

Facteurs d'abandon de la récupération nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans en Guinée

[Factors abandoning the nutritional recovery of children under five years in Guinea]

Emmanuel Goumou¹, Marce – Amara Kpoghomou², Nomou Alphose Kpoghmou³, Joella Eldie Soatiana⁴, Ghose Bishwajit⁵, Delpeuch Francis¹, and Mesenge Christian¹

¹Departement Sante en Politique Nutritionnelle, Université Senghor, Alexandrie, Egypte

²Departement d'Epidemiologie et Biostatistiques, Sante Publique, Tongji Medical College a Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, China

³Departement de Chirurgie Cardio -Vasculaire, Hopital National Donka, Universite de Conakry, Guinee

⁴Departement d'Ophthalmologie, Tongji Medical College a Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, China

⁵Departement de Nutrition et d'Hygiene Alimentaire, Sante Publique, Tongji Medical College a Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, China

Copyright © 2014 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

RESUME: La Guinée a ratifié toutes les conventions des droits des enfants à l'alimentation à la santé. En l'absence de projets de nutrition publique durable et de large échelle, elle bénéficie ponctuellement de l'aide d'ONGs étrangères de lutte contre la malnutrition aiguë. Suite à l'intervention d'une de ces ONG dans la commune de Matoto, six centres de santé ont été intégrés pour assurer la continuité des activités de nutrition. Malgré la gratuité des services de nutrition et de soins, il a été constaté de plus en plus l'abandon du programme par les bénéficiaires. C'est dans le cadre d'une meilleure compréhension des raisons et la prévention des facteurs d'abandon liés à la récupération nutritionnelle que s'inscrit ce travail.

Une étude cas-témoins a permis d'identifier les charges familiales des accompagnants (44, 19%) et les déplacements de l'accompagnant (37.21%) comme les principales raisons ($P < 0.0001$) de l'abandon. Parmi les facteurs, nous avons identifié qu'il y a moins d'abandons lorsqu'il n'y a eu aucune absence ($OR = 0,07[0,03-0,18]$) et plus d'abandons lorsque la durée probable de la récupération a été expliquée à l'accompagnant ($OR=2,71[1,28-5,70]$).

L'amélioration de cette situation est bien possible en Guinée. Pour y parvenir, nous proposons que soient prises des mesures de sensibilisation des accompagnants, de flexibilité dans la distribution des vivres aux bénéficiaires, de décentralisation approfondie et d'extension des activités de nutrition.

MOTS-CLEFS: Malnutrition, raison d'abandon, programme, réhabilitation nutritionnelle, traitement, Communautaire, Guinée.

ABSTRACT: Guinea ratified all the conventions of the rights of the children for the food in the health. In the absence of projects of sustainable public nutrition and wide scale, it benefits punctually from the assistant of foreign NGOs of fight against acute malnutrition. Further to the intervention of one of these NGOs in the municipality of Matoto, six health centers must to be integrated to assure the continuity of the activities of nutrition. In spite of the free of the departments of nutrition and care, was noticed more and more the abandonment of the program by the beneficiaries. It is within the

framework of the better understanding of the reasons and the prevention of the factors of abandonment bound to the nutritional recovery that joins this work.

A case control study allowed to identifying the family responsibilities of accompanying (44, 19 %) and the travels of accompanying (37.21 %) as the main reasons ($P < 0.0001$) of the abandonment. Among factors (mailmen), we identified that there are fewer abandonments when there was no absence ($OR = 0,07 [0,03-0,18]$) and more abandonments (relinquishments) when the likely duration of the recovery (recycling) was explained accompanying ($OR=2,71 [1,28-5,70]$).

The improvement of this situation is very possible in Guinea. To reach there, we propose that are taken the measures of raising sensitization of accompanying, flexibility in the distribution of foods to the beneficiaries, thorough decentralization and extension of the activities of nutrition.

KEYWORDS: malnutrition, reason of abandonment, programs, nutritional rehabilitation, treatment, community, Guinea.

1 INTRODUCTION

« Le rapport annuel de la FAO, l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture estime que l'agriculture mondiale pourrait aujourd'hui nourrir normalement 12 milliards d'humains, presque le double de l'humanité. Au seuil de ce nouveau millénaire, il n'y a plus aucune fatalité, aucun manque d'objectif. La planète croule sous la richesse. Un enfant qui meurt de faim est assassiné. Il n'est pas la victime d'une «loi de la nature » [1].

Pourtant, le rapport 2012 de la FAO estime que 870 millions de personnes, plus que la population des USA, du Canada et de l'Union Européenne combinée souffraient de la faim en 2010-2012 [2].

En 2010, 27% (171 millions) des enfants de moins de 5 ans souffraient d'un retard de croissance et 16% (104 millions) d'insuffisance pondérale [3] dans le monde. Le retard de croissance intra-utérine, le retard de croissance infanto juvénile et l'émaciation sont responsables de 2,2 millions décès chez les enfants de moins de 5 ans [4].

Tout cela a des répercussions sur le développement physique, intellectuel et la productivité économique des individus et des Nations [5]. La malnutrition aiguë sévère tue au moins un million d'enfants par an, soit en moyenne un enfant toutes les trente secondes. Ces enfants comparés à ceux qui sont bien nourris ont jusqu'à 20 fois plus de risque de mourir [6].

En Guinée, selon l'enquête démographique et de santé (EDS IV) de 2012, le risque de mortalité avant l'âge de cinq ans est de 122 ‰ naissance vivants contre 163 en 2005. En d'autres termes, près d'un enfant sur huit meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans. La prévalence de la malnutrition aiguë est de 10 % dont 4 % sous la forme sévère. Elle atteint plus de 20 % chez les enfants de 12-17 mois(9). Ces chiffres sont dans les seuils d'intervention en santé publique de nutrition, selon les recommandations de l'OMS, l'Organisation Mondiale de la Santé.

Pour lutter contre la malnutrition aiguë, les pratiques ont évolué dans le temps. Au départ, avant les années 2000, toute la prise en charge se faisait dans les hôpitaux et uniquement par les professionnels de santé. Mais à cause de l'abandon des services par les accompagnants des enfants, une nouvelle stratégie a été mise en place au début des années 2000. A cette période, grâce à une nouvelle génération de produits thérapeutiques prêts à l'emploi, le nutritionniste Steve Collins propose d'améliorer l'approche hospitalière par l'approche communautaire [7]-[9]. Ceci permettra que plus de 80% des enfants atteints d'une malnutrition aiguë sans complications médicales de bénéficier d'un traitement au sein même de la communauté. Cette approche a permis de décongestionner le circuit de soins, d'augmenter la couverture et la guérison des malnutris aboutissant à moins d'abandons [10], [11]. Du fait de son succès, cette approche a été conseillée par l'OMS à ses pays membres [6].

Dans l'histoire de la prise en charge de la malnutrition aiguë, l'abandon a été déterminant dans la décentralisation (communautaire) des activités de nutrition. L'abandon du traitement (durée de trois mois) de la malnutrition est défini dans le protocole national comme une absence de deux séances consécutives, deux semaines d'absence [12]. Il a des conséquences tant sur l'individu, la communauté, la couverture du système de soins que sur le respect des engagements de l'Etat vis-à-vis des résolutions internationales.

En Guinée, la malnutrition infantile se présente sous la forme de retard de croissance, d'émaciation et de carences en micronutriments. Elle s'expliquent par la mauvaise pratique de l'allaitement maternel et l'inadéquation de l'alimentation de complément. D'une manière générale, cette malnutrition survient très tôt et parfois touche les enfants avant leur naissance.

Environ 11% des enfants ont un poids insuffisant à la naissance (inférieur à 2,5kg). Parmi les enfants de moins de 5 ans, 40% souffrent de malnutrition chronique dont 20,7% sous la forme sévère [13].

La prévalence de l'émaciation est de 8% chez les moins de 5 ans avec 2,8% sous la forme sévère. Elle varie en fonction de l'âge. Les enfants âgés de 6-11 mois sont les plus touchés : 16,6% dont 6% sous la forme sévère.

L'insuffisance pondérale est de 21% dont 6,7% sous la forme sévère. Elle augmente avec l'âge pour atteindre 30% entre 24-35 mois. Elle est de 23% en milieu rural contre 15,2% en milieu urbain. Les garçons sont aussi touchés que les filles : 22% et 20%, respectivement. La prévalence de l'insuffisance pondérale est associée au niveau d'instruction: 22% pour les enfants dont la gardienne n'a aucun niveau contre 12% pour un niveau scolaire du secondaire et plus. Elle est également associée au niveau de vie du ménage: 23,7% pour les enfants issus de ménages les plus pauvres contre 18,6% pour ceux vivant dans les ménages les plus riches [13].

Pour la carence en micronutriment, il faut signaler qu'en Guinée, l'anémie affecte plus 70% des enfants âgés de 6 à 35 mois et 46% des enfants âgés de moins de cinq ans vivent dans des ménages ne disposant de sel iodé.

Pour identifier les facteurs et comprendre les raisons qui motivent les accompagnants qui abandonnent la PCN des enfants admis dans un programme de traitement de la malnutrition, nous avons cherché dans la littérature les facteurs de risque qui expliquent cette situation. Certes il y a des abandons dans les programmes de récupération nutritionnelle, mais, nous avons trouvé peu d'articles sur l'abandon du traitement de la malnutrition au niveau communautaire. Pourtant, on trouve assez d'articles sur l'abandon de la vaccination, des maladies chroniques (Diabète, HTA, Obésités, Cancer), des maladies mentales, des infections comme le VIH ou la tuberculose. C'est à la lumière des informations sur ces pathologies et les rapports ou les protocoles nationaux de prise en charge de la malnutrition que nous avons présenté le problème de l'abandon de la PCN des enfants malnutris.

Le poids économique de la lutte contre la maladie est énorme sur le développement. Plus de 20 et 30 milliards de dollars sont engagés par an pour la lutte contre la malnutrition [14]. Ces investissements ont permis d'enregistrer des acquis considérables dans la gestion et la prévention de la malnutrition. Cependant certains problèmes comme l'abandon du traitement de la malnutrition risquent de compromettre ces acquis.

Dans l'identification et l'analyse des causes de l'abandon du traitement de la malnutrition, on a souvent le réflexe de jeter la responsabilité sur les patients, les accompagnants, les professionnels de santé ou sur le système. Les chercheurs, en s'intéressant au sujet de l'abandon du traitement, nous ont permis de répertorier quelques facteurs et raisons.

Au Canada, CATOR Magalie et all. dans leur étude sur la non-observance du traitement de la tuberculose à Montréal, ont trouvé que 19,8 % des patients qui avaient absorbé moins de 80 % des doses totales d'antituberculeux prescrites. Et les facteurs de risques incriminés étaient, naître dans un pays à forte prévalence de tuberculose, les effets secondaires reliés à la médication, le suivi dans une clinique non spécialisée dans le traitement de la tuberculose, l'alcoolisme et la coinfection au VIH [15].

En Norvège, Hasvold PE et coll ont mené une revue sur l'utilisation des rappels téléphoniques et SMS dans l'amélioration du respect des rendez-vous hospitalier par les malades ambulatoires. Il ressort de cette étude que ce moyen a permis de récupérer plus de 29 à 39% des absences potentielles [16].

En Suisse, Wittmer M et coll. dans une étude sur l'attente, la satisfaction et la prévention d'abandon en réadaptation cardiaque, ont trouvé un taux d'abandon de 12,9%. Les raisons étaient l'aggravation de leur état cardiaque, l'obésité, les activités professionnelles, le tabagisme, le veuvage, le niveau de formation supérieure, la profession de haut niveau [17].

Au Bangladesh, Nielsen CC et all ont mené une étude sur les facteurs d'abandon de la réhabilitation nutritionnelle. Ils ont trouvé comme raison d'abandon la perception des accompagnants que l'enfant était amélioré et la non-implication d'autres membres de la famille dans l'accompagnement de l'enfant [18].

En Iran, Khazaie H et all, dans une étude sur les facteurs d'abandon, ont rapporté 20 à 80 % d'abandon. Les facteurs déterminants étaient le jeune âge des patients, le sexe masculin, faible niveau d'éducation, le chômage, le manque d'assurance sur le système de soins et le divorce. Les raisons évoquées étaient l'oubli, l'aggravation de l'état de santé, le sommeil prolongé, la peur de la dépendance au médicament et le manque de confiance de l'efficacité du traitement [19].

Au Sénégal, Faye A et col. ont fait une étude sur les déterminants des abandons de la vaccination. Ils ont enregistré un taux d'abandon de 18,2% entre le BCG et le vaccin antirougeoleux (VAR). Les raisons évoquées étaient entre autres : l'oubli du rendez-vous, le manque de temps, la perte de la fiche de vaccination, le voyage [20].

Au Gabon, Médard Toung Mvé et all. dans leur étude sur les performances du Programme national de lutte contre la tuberculose ont trouvé qu'en 2006, 45 % des patients avaient abandonné le traitement. Les causes rapportées sont: l'insuffisance de moyens financiers et une impression de guérison [21].

L'analyse de certains protocoles nationaux de Prise en Charge de la malnutrition aiguë [22], [12], [23], [24] nous ont permis de trouver les raisons suivantes :

- l'éloignement des structures de prise en charge au domicile des bénéficiaires;
- les occupations ménagères
- la saison de la récolte ou des cultures;
- la participation à des fêtes coutumières ou religieuses
- le flux migratoire des populations (du fait de la sécheresse, de l'insécurité etc..);
- les mères ne comprenant pas le but du programme;
- la mauvaise organisation du service (lenteur des distributions, insuffisance de communication)
- le mauvais accueil
- la rupture des vivres
- l'insuffisance d'amélioration du patient,
- la perception de guérison du patient,
- l'amélioration du statut nutritionnel du patient,
- la difficulté de déplacement de l'accompagnant.

Tout ce qui précède nous permet de comprendre que l'abandon du traitement est un problème de santé complexe, il varie en fonction des temps, des circonstances, des personnes et des systèmes de prise en charge.

1.1 HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

La responsabilité des accompagnants de répondre aux charges familiales quotidiennes serait la raison principale de l'abandon de la récupération nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans qui ont été suivis dans les six centres de santé de la commune de Matoto.

1.2 OBJECTIF GÉNÉRAL

Identifier chez les enfants, les accompagnants et les services de nutrition les facteurs associés à l'abandon de la prise en charge de la récupération nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans qui ont été suivis dans les six centres de santé de la commune de Matoto d'avril 2011 à Septembre 2012.

2 METHODOLOGIQUE

2.1 CADRE D'ÉTUDE:

La présente étude s'appuie sur des démarches de terrain dans les centres de santé de Matoto une des cinq communes urbaines de la capitale Conakry et auprès des personnes qui y avaient accompagné des enfants pour leur prise en charge nutritionnelle. Les interventions de prise en charge de la malnutrition aiguë se faisaient dans centres de santé de Gbésia, Matoto, Tanènè, Tombolia, Dabompa et le centre de santé de Yimbaya a été intégré en 2010. Avant de mener cette enquête, nous avons consulté la littérature, dans le but d'avoir des supports pouvant contribuer à comprendre le problème de l'abandon. A l'aide d'un questionnaire administré, nous avons contacté des acteurs qui ont été impliqués dans la prise en charge communautaire des enfants malnutris aigus.

2.2 TYPE D'ÉTUDE ET PÉRIODE DE L'ÉTUDE

Notre étude est de type cas témoin. Elle vise à mesurer la force de l'association entre l'exposition à différents facteurs avec l'abandon (les cas) et le non abandon (les témoins) de la récupération nutritionnelle. L'étude ne prend en compte que les données d'avril 2011 à septembre 2012.

2.3 POPULATION ET CRITÈRES DE L'ÉTUDE

Pour recueillir les informations sur les facteurs d'abandon de la récupération nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans, nous avons

- Ciblé : toute accompagnante d'enfant qui avait été prise en charge pour malnutrition aiguë dans l'un des six centres de santé intégrés de Matoto entre avril 2011 et septembre 2012.
- Inclus : toute accompagnante de la population cible qui a été retenue dans l'échantillonnage et qui a accepté de participer à l'étude.
- Exclus : toute personne incluse, qui n'a pas répondu totalement ou partiellement au questionnaire de l'étude.

2.4 VARIABLES DE L'ÉTUDE ET DÉFINITION

La variable qui définit l'appartenance aux groupes des cas et des témoins est l'abandon. Il est défini par une absence successive à deux séances de suivi de l'enfant dans le centre de récupération nutritionnelle.

Les variables indépendantes ont été regroupées en quatre catégories :

- Les variables liées aux enfants : le sexe, l'âge, la vaccination et le nombre d'enfants dans le ménage.
- Les variables liées aux accompagnants : le type de foyer, l'âge, la garde de l'enfant, l'alphabétisation, la couverture du besoin alimentaire, l'ethnie.
- Les variables liées aux services de PCN : type de dépistage, le type de malnutrition, l'explication de la durée probable du traitement, le nombre d'absences non-successives
- Les raisons des accompagnants à abandonner la PCN des enfants.

2.5 SAISIE, ANALYSE ET PRÉSENTATION DES DONNÉES

Nous avons utilisé différents logiciels pour la saisie, le traitement et l'analyse des données. Ces logiciels sont : Microsoft Word, Excel et PowerPoint, SPSS 18.

Nous avons élaboré un plan d'analyse des résultats et avons dépouillé les fiches d'enquêtes qui étaient correctement et totalement remplies. Nous avons aussi, recodé certaines variables pour faciliter l'analyse et obtenir l'Odds ratio. Les variables recodées sont :

- Chez l'enfant : le nombre d'enfants dans le ménage.
- Chez l'accompagnant : le type de foyer, l'âge, et l'ethnie.
- Les variables liées aux services de PCN : le nombre d'absences non-successives.

Les données ont été saisies et analysées dans le logiciel SPSS18. Le test Chi2 et le test de Fisher ont été utilisés pour la comparaison des pourcentages avec un seuil de signification statistique fixé à 5%. Pour chaque caractéristique, nous avons calculé l'effectif, déterminer la signification du test (P de Fisher pour l'effectif < 5 ou le Chi2 si l'effectif est >5), l'Odds ratios (OR) non ajustés dans l'intervalle de confiance (IC) à 95%.

2.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La confidentialité et l'anonymat des personnes enquêtées ont été respectés et nous l'avons mentionné sur chaque fiche d'enquête. Nous avons adressé à la Directrice Communale de Santé de Matoto une demande d'autorisation qui a été obtenue.

3 RESULTATS

Nous avons envisagé la participation de 150 accompagnants, mais c'est 141 qui ont accepté de participer à notre enquête, soit un taux de participation de 94%. Les données recueillies ont permis d'identifier les facteurs d'abandon associés:

- aux enfants qui ont été suivis dans les six centres de santé de Matoto pour PCN.
- aux accompagnants des enfants de moins de cinq ans qui ont suivi les enfants dans les six CS de Matoto pour PCN.
- à la prise en charge nutritionnelle des enfants dans les six CS de Matoto.

Tableau 1: Synoptique de suivi des activités dans les centres de santé de Matoto

Centres de santé de Matoto	Acteurs de la Nutrition		Total		Echantillon de notre Etude		
	Agents santé	Relais	Admission	Abandon	abandon	Non abandon	Total
Yimbaya	3	1	620	25	0	12	12
Tanènè	4	2	584	6	6	14	20
Dabompa	4	4	831	121	10	11	21
Gbéssia	4	4	1330	132	7	28	35
Matoto	2	4	410	18	13	19	32
Tombolia	3	4	728	171	7	14	21
Total	20	19	4503	473	43	98	141

Entre Avril 2011 à Septembre 2012, sur 4503 enfants de moins cinq ans reçus pour malnutrition aiguë, les services de nutrition des centres de Matoto ont enregistré 473 abandons soit 10,50%. Nous avons échantillonné 50 abandons et 100 non abandons. En termes de résultat, le niveau de réalisation de l'étude est de 94% soient 28,66 % de cas d'abandons contre 65,33 % de cas de non abandons.

Deux raisons principales ont été fournies par les accompagnants pour expliquer l'abandon : les charges familiales pour 44% d'entre eux et les déplacements pour 37% (Tableau 5). Seulement 14% évoquent le manque de récupération, et 2% un temps d'attente trop long ou une distance trop grande (Tableau 2).

Tableau 2: Les raisons d'abandons selon les accompagnants

Raisons d'abandon	attentes prolongées au centre	charges familiales	déplacements	Centre distance de plus de 5km	Enfant non récupéré	Total
Effectifs	1	19	16	1	6	43
%	2,33	44,19	37,21	2,33	13,95	100,00

Aucune caractéristique de l'accompagnant (Tableau 3) n'est associée significativement à l'abandon.

En revanche certaines caractéristiques de la prise en charge nutritionnelle sont associées à l'abandon (Tableau 4) : il y a moins d'abandons lorsqu'il n'y a eu aucune absence (OR = 0,07[0,03-0,18]) et plus d'abandons lorsque la durée de la récupération n'a pas été expliquée à l'accompagnant (OR=2,71[1,28-5,70]). Enfin, ni la sévérité de la malnutrition, ni le fait qu'il y ait eu un dépistage ne sont associés à l'abandon (tableau 4).

Tableau 3: Facteurs caractérisant l'accompagnant

N°	Facteurs	Caractéristiques	Nombre	Abandons %	P	Odds ratio non ajusté	IC 95%
1	Type de foyers	Polygame	62	24,2	0,149	0,58	[0,28-1,22]
		Monogame	79	35,4			
2	Age	Inférieur 20 ans	20	20	0,203	0,53	[0,16-1,68]
		20 ans et plus	121	32,2			
3	Garde	Maman	128	32	0,178	2,59	[0,55-12,23]
		Autre	13	15,4			
4	Alphabétisation	Analphabète	82	29,3	0,708	0,87	[0,42-1,80]
		Alphabétisé	59	32,2			
5	Besoin Alimentaire	Oui	47	25,5	0,365	0,7	[0,32-1,53]
		Non	94	33			
6	Ethnie	Autre	80	36,3	0,089	1,91	[0,90-4,05]
		Soussou	61	23			

Tableau 4: Facteurs caractérisant la prise en charge nutritionnelle

N°	Facteurs	Caractéristiques	Nombre	Abandons %	P	Odds ratio non ajusté	IC 95%
1	Dépistage	Dépistage actif	104	33,7	0,172	1,84	[0,76-4,44]
		Dépistage passif	37	21,6		1	
2	Type de malnutrition	Malnutrition aiguë sévère	31	35,5	0,494	1,34	[0,58-3,11]
		Malnutrition aiguë modérée	110	29,1		1	
3	Récupération	Durée expliquée	68	41,2	0,007	2,71	[1,28-5,70]
		Durée non expliquée	73	20,5		1	
4	Absence	Aucune absence	79	8,9	1E-04	0,07	[0,03-0,18]
		Une absence et plus	62	58,1		1	

4 DISCUSSION

Les raisons qui motivent les accompagnants à abandonner la PCN des enfants qu'ils suivaient dans les centres de santé de Matoto sont d'abord les charges familiales (44,2%) et les déplacements en dehors de la zone de couverture médicale du centre de prise en charge Nutritionnelle (37,2%), ainsi qu'à moindre titre l'échec de la récupération nutritionnelle de l'enfant (14,0 %). Les délais d'attente prolongée au centre (2,3 %) et l'éloignement du domicile (supérieurs à 5km) au centre (2,3 %) semblent être des facteurs négligeables dans le contexte de Matoto. Différentes études viennent confirmer ou infirmer nos résultats.

Kruk ME et coll ont trouvé la durée du traitement comme raison d'abandon [25]. Nielsen CC et all ont trouvé comme raisons d'abandon : la perception des accompagnants que l'enfant était amélioré et la non-implication d'autres membres de la famille dans l'accompagnement de l'enfant [18]. Faye A et al. ont évoqué: l'oubli du rendez-vous, le manque de temps, la perte de la fiche de médicale, le voyage [20]. Thiam S et al. ont trouvé : l'insuffisance de communication entre le personnel de santé et les patients, la non décentralisation du traitement, les effets secondaires du médicament et l'insuffisance de supervision des activités de prise en charge [26]. Au Gabon, Médard Toung Mvé et al. ont rapportées comme causes d'abandon : l'insuffisance de moyens financiers et une impression de guérison [21].

Aucun des quatre facteurs caractérisant l'enfant : sexe, âge, vaccination et nombre de fratrie, n'ont d'association statistiquement significative avec l'abandon de la récupération nutritionnelle.

En plus aucun des six (6) facteurs (type de foyer, âge, garde de l'enfant, alphabétisation, couverture du besoin alimentaire et ethnie) caractérisant l'accompagnant n'est significativement associé à l'abandon.

Dans cette étude, 35,4% des accompagnants qui sont de foyer monogame avaient abandonné la PCN des enfants par rapport à 24,2% des accompagnants de foyer polygame. Bien qu'il n'y a pas d'association ($p=0,149$, OR = 0,58[0,28-0,22]), en regardant les proportions le résultat peut paraître surprenant, au regard des difficultés dans les familles africaines polygames. On aurait été tenté de penser que c'est dans les foyers polygames qu'on pourrait rencontrer plus d'abandons de PCN d'enfants. Car dans les familles polygames, en plus des propres enfants, chaque femme a tendance à se faire entourer par ses proches. Une façon de s'entourer d'un bouclier social et constituer un groupe de riposte ou de pression en cas de menaces éventuelles dans le foyer. Ainsi, lorsqu'un enfant est malnutri, la maman a la possibilité de se faire remplacer dans les activités ménagères ou quotidiennes par un proche. Cela permet à la maman ou à une autre personne de la famille de se consacrer à l'accompagnement de l'enfant pour la PCN. La polygamie entraîne une rivalité permanente entre les femmes. Chaque femme fait l'effort de montrer à l'entourage et la belle-famille qu'elle est la meilleure femme. Cela crée une déviance positive envers les enfants et permet à chaque femme de se consacrer aux siens (enfants).

Dans cette étude, 32,2% des accompagnants qui avaient 20 ans et plus avaient abandonné la PCN des enfants par contre 20% d'accompagnants qui avaient moins de 20 ans. Mais il n'y a pas d'association significative ($p=0,203$, OR = 0,53[0,16-1,68]) entre l'abandon et l'âge de l'accompagnant. On aurait pu penser de prime abord que les personnes plus âgées prendraient plus soins des enfants que les moins âgées.

Dans cette étude, 15,4% des accompagnants autres que la maman avaient abandonné la PCN des enfants contre 32% des accompagnants qui étaient des mamans, mais l'association n'est pas significative ($p=0,178$, OR = 2,59[0,55-12,23]). La différence de proportion s'explique par le fait que le détachement de l'enfant à sa maman est du à des problèmes réels dans la vie de cette dernière. Cela peut être l'occupation, le divorce, les études, l'apprentissage d'un métier ou une activité qui

contraint la maman à ne pas accompagner son enfant au centre de santé. Dans de telles situations, l'enfant est confié à une personne de la famille qui a un lien particulier avec l'enfant.

Dans cette étude, 32,2% des accompagnants alphabétisés avaient abandonnés la PCN des enfants par rapport à 29,3 % des accompagnants analphabètes; il n'y a pas d'association entre cette caractéristique et l'abandon ($p=0,708$, $OR = 0,87[0,42-1,80]$). Ceci est en contradiction avec l'étude de Wierzbicki M. et al. qui dans une méta-analyse ont trouvé le faible niveau d'alphabétisation comme facteur d'abandon [27]. Et Fergusson P. et all [28] ont aussi rapporté comme facteur d'abandon du traitement le faible niveau d'éducation. Par contre, d'autre raison son apporté par des certains auteurs. C'est comme l'étude de Wittmer M. et al. qui porte sur l'attente, la satisfaction et les facteurs précoces de l'abandon en réadaptation cardiaque. Dans cette étude le fait d'avoir un niveau d'alphabétisation ou d'instruction supérieur était favorable à l'abandon [29].

Dans cette étude, 36% des accompagnants qui avaient abandonné la PCN des enfants n'avaient pas les besoins alimentaires satisfaits contre 25,5% des accompagnants qui avaient les besoins alimentaires satisfaits. Mais il n'y a pas d'association significative ($p=0,365$, $OR=0,70[0,32-1,53]$). Le revenu de la famille a une influence sur le respect des programmes de santé, même si le service est gratuit. L'étude de Wierzbicki M et coll, aux USA et celle de Tahiri L et al. au Maroc ont trouvé le faible niveau de revenu statistiquement significatif à l'abandon [27], [29].

Dans cette étude, 23% des accompagnants qui avaient abandonné la PCN des enfants étaient de l'ethnie soussou contre 36,3% d'autres ethnies, cependant l'association n'est pas significative ($p=0,089$, $OR=1,91[0,90-4,05]$), même s'il y a une tendance. Les Soussous constituent l'ethnie autochtone et majoritaire de la commune de Matoto voire de la capitale. Cette ethnie est connue pour son hospitalité et l'entraide familiale. Ainsi, les Soussous ont la facilité de trouver un proche pour s'occuper de certains leurs travaux de la maison pendant que la maman s'occupe de l'enfant malnutri. Les autres ethnies sont moins nombreuses dans leurs familles, elles ont à faire face à beaucoup de dépenses liées aux frais de loyer, aux frais alimentaires et de vie sans oublier de subvenir aux besoins des parents habitant dans d'autres localités du pays.

Parmi les facteurs caractérisant la récupération nutritionnelle, seuls le fait que la durée de récupération ait été expliquée ou pas et le fait qu'il n'y ait eu absence à une séance ou pas sont associés à l'abandon.

Dans cette étude, 21,6% des enfants qui ont été admis dans le programme de PCN par un dépistage passif avaient leur PCN abandonnée contre 33,7% des enfants admis par dépistage actifs dont la PCN avait été abandonnée, mais l'association n'est pas significative ($p=0,172$, $OR= 1,84[0,76-4,44]$). On pourrait expliquer la différence de proportion par le fait que les enfants admis par dépistage passif sont amenés au centre pour une autre raison et de la décision des parents. C'est dans le processus de prise en charge du motif de consultation qu'ils sont admis dans le programme de PCN.

Dans cette étude, il n'y a aucune association entre la sévérité de la malnutrition et l'abandon ($p=0,494$, $OR=1,34[0,58-3,11]$). Dans les proportions, 29,1% des enfants diagnostiqués malnutris aiguës modérés avaient leur PCN abandonné contre 35,5% des enfants diagnostiqués malnutris aiguës sévères dont le traitement avait été abandonné. On pourrait expliquer les proportions par le fait que les accompagnants des enfants admis pour malnutrition aiguë modérée n'ont pas la même perception que les accompagnants des enfants admis pour malnutris sévères. Ces derniers sont plus soucieux peuvent de traiter leurs enfants. Ainsi, l'impatience de les voir récupérer peut les amener à ne pas avoir confiance au traitement surtout quand ils sont sous la pression des voisins ou des proches parents qui proposent de s'orienter vers d'autres sources de soins ou de guérison.

Dans cette étude, il y a plus d'abandons de la PCN lorsque la durée probable de récupération avait été expliquée aux accompagnants : 41,5% d'abandons contre 20,5% lorsqu'il n'y avait pas eu d'explication. L'explication de la durée probable de la récupération nutritionnelle est statistiquement liée à l'abandon ($P= 0,007$, $OR=2,71[1,28-5,70]$). L'explication de la durée probable de la PCN semble ainsi favoriser l'abandon. On pourrait expliquer cela par le fait que l'explication de la durée du traitement n'est pas habituelle chez les professionnels de santé en Guinée. Le fait d'expliquer amènerait les accompagnants à suspecter une issue défavorable de la PCN.

Dans cette étude, il y a eu 58,1% d'abandons de la PCN en cas d'absence supérieur ou égal à un, contre seulement 8,9% lorsqu'il n'y avait eu aucune absence ($P= 0,0001$, $OR=0,07[0,03-0,18]$). L'absence non successive est ainsi fortement associée à l'abandon. Plus l'accompagnant enregistre d'absence, plus il est tenté d'abandonner. Car l'accompagnement devient de moins en moins une préoccupation ou une priorité par rapport au facteur d'absence.

5 CONCLUSION

De ces résultats, il ressort qu'aucune caractéristique de l'enfant n'a de lien avec l'abandon de la PCN. Contrairement à cela, lorsqu'on associe les raisons évoquées par les accompagnants, on trouve que 81.4% des raisons d'abandon de la PCN sont liées aux accompagnants contre 18.61% qui sont liées aux services de PCN. Les facteurs statistiquement significatifs associés à l'abandon de la PCN, sont: le fait d'expliquer la durée probable du traitement ($P= 0,007$, $OR=2,71[1,28-5,70]$) et le nombre d'absences non-successives égal ou supérieur une absence ($P= 0,0001$, $OR=0,07[0,03-0,18]$), d'autres études plus exhaustives permettront d'apprécier mieux la force de liaison entre l'abandon et les caractéristiques de l'enfant, de l'accompagnant et de la PCN. Ce qui permettra de proposer des projets de lutte contre l'abandon de la prise en charge de la malnutrition sur la base d'évidences et de faits scientifiquement avérés.

CONFLIT D'INTERET: les auteurs n'ont eu aucuns conflits financiers ou autres, résultant de la publication de cet article.

REFERENCES

- [1] Jean Ziegler : Les spéculateurs devraient être jugés pour crime contre l'humanité [Internet]. C.A.F.E : Le blog de Claire Jannot. [cité 21 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.clairejannot.com/?p=4433>
- [2] Unies-DPI/NMD N. Centre d'actualités de l'ONU - Selon l'ONU, 870 millions de personnes souffrent de la faim dans le monde [Internet]. Centre d'actualités de l'ONU. 2012 [cité 21 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.un.org/apps/newsFr/storyF.asp?NewsID=29150&Cr=FAO&Cr1#.USXmwfKthCo>
- [3] Lutter CK, Daelmans BMEG, Onis M de, Kothari MT, Ruel MT, Arimond M, et al. Undernutrition, Poor Feeding Practices, and Low Coverage of Key Nutrition Interventions. *Pediatrics*. 12 janv 2011;128(6):e1418-e1427.
- [4] Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, De Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*. janv 2008;371(9608):243-260
- [5] Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 26 janv 2008;371(9609):340-357.
- [6] OMS | Une méthode originale pour combattre la malnutrition dans la communauté [Internet]. WHO. [cité 21 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr27/fr/index.html>.
- [7] Collins S, Dent N, Binns P, Bahwere P, Sadler K, Hallam A. Management of severe acute malnutrition in children. *The Lancet*. 2;368(9551):1992-2000.
- [8] Collins S. Changing the way we address severe malnutrition during famine. *Lancet*. 11 août 2001;358(9280):498-501.
- [9] Sadler K, Bahwere P, Guerrero S, Collins S. Community-based therapeutic care in HIV-affected populations. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. janv 2006;100(1):6-9.
- [10] Collins S, Sadler K, Dent N, Khara T, Guerrero S, Myatt M, et al. Key issues in the success of community-based management of severe malnutrition. *Food Nutr Bull*. sept 2006;27(3 Suppl):S49-82.
- [11] Collins, Sadler S K. Outpatient care for severely malnourished children in... [Lancet. 2002] - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 4 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12480359>.
- [12] MSHP M de la S et de l'Hygiène P. Protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe, novembre 2007 [Internet]. 2007 [cité 5 févr 2013]. Disponible sur: www.pfnutrition.org/IMG/.../Protocole_Guinee_PEC_MA_17.02.08...9b82e1d4
- [13] EDSG III M du PIN de la S. RÉPUBLIQUE DE GUINÉE. Enquête Démographique et de Santé. Guinée. 2005. Direction Nationale de la Statistique. Ministère du Plan. [Internet]. [cité 4 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.psi.org/resources/research-metrics/publications/hiv/guin%C3%A9-2010-d%C3%A9terminants-de-l%E2%80%99utilisation-syst%C3%A9matique--1>
- [14] La nutrition dans le monde, en chiffres [Internet]. OverBlog. [cité 23 févr 2013]. Disponible sur: <http://komenan.narcisse.over-blog.com/article-la-nutrition-dans-le-monde-en-chiffres-44493587.html>
- [15] Cator M, Brassard P, Ducic S, Culman K. Facteurs associés à la non-observance du traitement de la tuberculose active, Montréal 1992-1995. *Canadian journal of public health*. 93(2):92-97.
- [16] Hasvold PE, Wootton R. Use of telephone and SMS reminders to improve attendance at hospital appointments: a systematic review. *J Telemed Telecare*. 2011;17(7):358-364.
- [17] Wittmer M, Volpatti M, Piazzalonga S, Hoffmann A. Expectation, satisfaction, and predictors of dropout in cardiac rehabilitation. *Eur J Prev Cardiol*. oct 2012;19(5):1082-1088.

- [18] Nielsen CC, Islam MA, Thilsted SH, Ishrat F. Why do some families become defaulters in a hospital based nutrition rehabilitation follow-up programme? *Trop Geogr Med.* oct 1992;44(4):346-351.
- [19] Khazaie H, Rezaie L, De Jong DM. Dropping out of outpatient psychiatric treatment: a preliminary report of a 2-year follow-up of 1500 psychiatric outpatients in Kermanshah, Iran. *Gen Hosp Psychiatry.* 21 déc 2012;
- [20] Mvé MT, Bisvigou U, Barry NCD, Ondo CE, Nkoghe D. Les causes d'abandon et les motivations d'une reprise de traitement au Centre antituberculeux de Libreville (Gabon). *Cahiers d'études et de recherches francophones / Santé.* 1 janv 2010;20(1):31-34.
- [21] Niger-Protocole-PEC-malnutrition-aigue-2012.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/Niger-Protocole-PEC-malnutrition-aigue-2012.pdf>
- [22] Mali. Protocole National de Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë [Internet]. [cité 23 févr 2013]. Disponible sur: <http://mali.humanitarianresponse.info/fr/document/protocole-national-de-prise-en-charge-de-la-malnutrition-aigu%C3%AB>
- [23] Report on Meeting on CMAM and CCM at conference hall.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.ghanahealthservice.org/documents/Report%20on%20Meeting%20on%20CMAM%20and%20CCM%20at%20conference%20hall.pdf>
- [24] Kruk ME, Schwalbe NR, Aguiar CA. Timing of default from tuberculosis treatment: a systematic review. *Trop. Med. Int. Health.* mai 2008;13(5):703-712.
- [25] Thiam S LA. Effectiveness of a strategy to improve adherence to tuberculosis treatment in a resource-poor setting: A cluster randomized controlled trial. *JAMA.* 24 janv 2007;297(4):380-386.
- [26] Wierzbicki M, Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice.* 1993;24(2):190-195.
- [27] Wittmer M, Volpatti M, Piazzalonga S, Hoffmann A. Expectation, satisfaction, and predictors of dropout in cardiac rehabilitation. *Eur J Prev Cardiol.* oct 2012;19(5):1082-1088.
- [29] Tahiri L, Allali F, Jroundi I, Abouqal R, Hajjaj-Hassouni N. [Therapeutic maintenance level of methotrexate in rheumatoid arthritis]. *Sante.* sept 2006;16(3):167-172.