

#UNIVERSITÉSENGHOR

université internationale de langue française
au service du développement africain

Evaluation du suivi de la croissance des enfants de 0 à 5 ans dans le District Sanitaire de Yopougon-Est à Abidjan (Côte d'Ivoire)

Présentée par

Francke-Lina Siagbé GBOGBO

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Politiques Nutritionnelles

Le 09 Avril 2019

Devant le jury composé de :

Dr Patrick THONNEAU	Président
DR/INSERM	
Directeur du Département Santé/Université Senghor	
Dr. Thierry CALVEZ	Examineur
MD	
M. Pierre TRAISSAC	Examineur
Ingénieur de Recherche CE/IRD	

Remerciements

A tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail, nous adressons nos sincères remerciements, en particulier à :

Dr Patrick THONNEAU, Directeur du Département Santé qui a accepté de nous diriger dans l'élaboration de ce mémoire et pour toutes les orientations reçues de sa part ;

Dr François-Marie LAHAYE, ancien Directeur du Département Santé, pour son accompagnement dans le choix de notre thème et la recherche de notre lieu de stage ;

Madame Alice MOUNIR, Responsable du Service Administratif du Département Santé, pour sa disponibilité à répondre à toutes nos sollicitations ;

Dr René Kouamé OKA, Directeur Coordonateur du Programme National de Nutrition de Côte d'Ivoire et toute son équipe. Sans leur accompagnement durant le stage, ce travail n'aurait pas été possible ;

Dr Raymond ANKEMAN, Directeur Départemental de la Santé du District Sanitaire de Yopougon-Est, qui nous a reçu avec beaucoup de simplicité et qui nous a autorisé à mener cette étude dans son District ;

Toute l'équipe du District de Yopougon-Est, en particulier Dr N'GORAN pour sa disponibilité.

Nos remerciements vont également à l'endroit de Dr Didier Yao KOFFI, ancien étudiant de l'Université Senghor, pour l'encadrement dont nous avons bénéficié de sa part.

Merci à tous nos professeurs et aux étudiants du Département Santé pour ces deux années riches d'expériences.

Nous ne saurions terminer sans saluer le Professeur Thierry VERDEL, Recteur de l'Université Senghor, pour toutes les innovations apportées au sein de l'université qui nous ont permis de travailler dans un cadre agréable et propice à des études studieuses. Merci Professeur !

Dédicaces

A mon Père là-haut dans les Cieux.

Tu m'as soutenu et fortifié tout au long de ces deux années passées à Alexandrie. Ta présence et ton amour ne m'ont jamais fait défaut. Merci Jésus!

A mon cher époux : YOUAN BI Tra Firmin

Tu as consenti des sacrifices en me permettant de venir étudier loin de toi et des enfants. Ce travail t'est dédié, pour ta compréhension et ton soutien. Merci mon cœur !

A mes merveilleux enfants : YOUAN BI Hiram Daniel et YOUAN BI Vamy Eraste Emmanuel

Maman vous aime très fort !

Résumé

Introduction : La malnutrition représente un défi pour la santé humaine. La prévention occupe une place importante dans la stratégie de lutte contre ce fléau. De ce fait, l'activité du suivi de la croissance qui a pour but de prévenir et de dépister précocement la malnutrition, a été intégrée dans le programme de plusieurs pays. En Côte d'Ivoire, bien que cette activité préventive soit menée de façon régulière dans les structures de santé et malgré l'existence de directives visant à uniformiser les actions et à améliorer la qualité des prestations, force est de constater que les chiffres de la malnutrition stagnent chez les enfants de moins de 5 ans. La présente étude avait pour objectif d'évaluer l'écart entre ce que prévoient les directives en matière de suivi de la croissance et ce qui est fait en pratique courante par les agents de santé.

Méthode : Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui a été conduite dans 6 centres de santé publics du District Sanitaire de Yopougon-Est. Les données ont été recueillies à l'aide d'une grille d'observation et de 3 questionnaires. Au terme de la collecte, 6 séances de suivi de la croissance ont été observées ; 6 responsables de l'activité, 9 agents de santé affectés à cette activité et 133 mères venues au centre pour le suivi de leur enfant ont été interrogés.

Résultats : Les séances se déroulaient tous les jours ouvrables dans la majorité des cas (4 centres sur 6). La moitié des agents de santé commis à l'activité n'avait pas reçu de formation sur le suivi de la croissance. Sur les 6 structures, 4 avaient été supervisées au moins une fois les 6 derniers mois. Tous les 6 centres disposaient d'un pèse-bébé et 5, d'une toise horizontale. Cependant, une seule structure possédait une toise verticale et un pèse-personne. La plupart des agents de santé (78%) n'avait pas connaissance de l'existence des directives. Les différentes étapes de l'accueil et examen étaient réalisées à seulement 58%. Dans aucune des structures, les œdèmes n'étaient recherchés aux membres inférieurs. Les critères de mesure correcte du poids étaient respectés à 96% et à 70% pour la taille. Cependant une seule structure évaluait l'état nutritionnel des enfants avec le Z score. Aucune structure ne traçait la courbe de croissance. Près de la moitié des mères interrogées n'avait pas reçu de conseils lors de leurs visites.

Conclusion : L'étude a mis en évidence de nombreuses insuffisances qui constituent un frein à l'atteinte des objectifs du suivi de la croissance. L'activité telle qu'elle est conduite, s'avère être un échec. Il conviendrait de mener une évaluation touchant un échantillon représentatif de Districts et d'entreprendre des actions correctrices afin de rendre cette activité plus efficace pour une meilleure prévention et un dépistage précoce effectif de la malnutrition.

Mots-clefs

Malnutrition, Prévention, Dépistage précoce, Suivi de la croissance.

Abstract

Introduction: Malnutrition represents a huge challenge for human health. Prevention occupies an important place in the strategy to fight against this disease. That is why, the growth monitoring activity which goal is to prevent and to early detect malnutrition, has been integrated into the program of several countries. In Côte d'Ivoire, although this preventive activity is carried out on a regular basis and despite the existence of guidelines to standardize and improve the quality of services, prevalence of malnutrition stagnate in children less than 5 years of age. The purpose of this study was to assess the gap between the growth monitoring guidelines and what is done routinely by health workers.

Method: This is a descriptive cross-sectional study that was conducted in 6 public health centers in the District of Yopougon-East. The data were collected using an observation grid and 3 questionnaires. At the end of the collection, 6 growth monitoring sessions were observed; 6 activity leaders, 9 health workers involved in the activity and 133 mothers who came for the follow-up of their child were interviewed.

Results: The sessions were done every working day in the majority of cases (4 centers over 6). Half of the health workers had not received training. Four of the 6 centers had been supervised at least once in the last 6 months. All centers had a baby scale and 5 over 6, had a horizontal height. However, only one center had a vertical height and an adult scale. Most health workers (78%) were unaware of the existence of the guidelines. The different steps of the reception and examination were carried out at only 58%. No health worker was looking for edema in the lower limbs. The criteria for the correct measurement of weight were respected at 96% and at 70% for the size. However, only one center evaluated the nutritional status of children with the Z score. No center traced the growth curve. Nearly half of mothers had not received counseling during their visits.

Conclusion: The study highlighted several failures that do not allow the achievement of growth monitoring objectives. In fact, activity as it is conducted, proves to be a failure. An assessment of a representative sample of Districts should be conducted and corrective actions taken to improve the growth monitoring activity.

Key-words

Malnutrition, Prevention, Early detection, Growth monitoring.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- CAT : Conduite à tenir
- CSU : Centre de Santé Urbain
- DDS : Direction Départementale de la Santé
- FSU-COM : Formation Sanitaire Urbaine à base Communautaire
- GOBI : Growth monitoring, Oral rehydration, Breastfeeding, Immunization
- ICDS : Integrated Child Development Services
- IEC : Information, Education, Communication
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- MACA : Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan
- NCHS : National Center for Health Statistics
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PAM : Programme Alimentaire Mondial
- PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
- PMA : Paquet Minimum d'Activités
- PMI : Protection Maternelle et Infantile
- PNN : Programme National de Nutrition
- SSSU : Service de Santé Scolaire et Universitaire
- Unicef : United Nations of International Children's Emergency Fund
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Remerciements	i
Dédicaces	ii
Résumé	iii
Mots-clefs	iii
Abstract.....	iv
Key-words	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés	v
Table des matières	1
1 Introduction.....	3
2 Méthodologie	9
2.1 Cadre de l'étude.....	9
2.2 Type et durée de l'étude	10
2.3 Population de l'étude.....	10
2.4 Déroulement de l'étude	12
2.5 Outils de collecte et variables étudiées	12
2.6 Considérations éthiques.....	14
2.7 Traitement et analyse des données.....	14
3 Résultats.....	15
3.1 Résultats du questionnaire adressé aux responsables de l'activité	15
3.2 Résultats du questionnaire aux agents de santé commis à l'activité.....	20
3.3 Résultats de l'observation des séances de pesées	21
3.4 Résultats de l'entretien avec les mères	26
4 Discussion.....	30
4.1 Capacité insuffisante des structures en termes de ressources.....	30
4.2 Faible niveau de connaissance des directives	33
4.3 Faible application des directives dans la pratique.....	34
4.4 Evaluation par entretien avec les mères.....	36
4.5 Limites de l'étude.....	38
5 Conclusion	39
Recommandations.....	40
Références	41

Liste des figures.....	44
Liste des tableaux.....	44
Annexes.....	45
Annexe 1 : Courbes de croissance de l’OMS.....	45
Annexe 2 : Directives Nationales de Nutrition.....	46
Annexe 3 : Carte du District Sanitaire de Yopougon-Est	48
Annexe 4 : Questionnaire aux responsables de l’activité de suivi de la croissance	49
Annexe 5 : Questionnaire aux agents de santé commis à l’activité.....	51
Annexe 6 : Grille d’observation des séances de suivi de la croissance	53
Annexe 7 : Questionnaire aux mères des enfants venues pour le suivi de la croissance ...	56

1 Introduction

La malnutrition constitue un défi considérable pour la santé humaine et un véritable problème de santé publique, surtout dans les pays en développement.

Dans le monde, elle représente 11% de la charge de morbidité, entraînant une mauvaise santé à long terme, des incapacités et des conséquences défavorables dans le domaine de l'éducation et du développement.¹

En effet, 462 millions d'adultes présentaient une insuffisance pondérale pendant que 1,9 milliards étaient en surpoids ou obèses en 2014 selon l'OMS. En 2016, ce sont environ 52 millions d'enfants de moins de 5 ans qui souffraient d'émaciation et 17 millions de la forme sévère. Par ailleurs, le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance était d'environ 155 millions, alors que 41 millions étaient en surpoids ou obèses.² On estime que la dénutrition est responsable de 3,1 millions de décès par an, soit 45% de tous les décès chez les enfants de moins de 5 ans. Ces décès interviennent principalement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.²

Pour ce qui est du continent africain, un rapport sur la nutrition a été publié en 2017 par l'OMS. Ce rapport réalisé à partir des données d'enquêtes nationales de 47 pays, ainsi que des estimations conjointes sur la malnutrition publiées chaque année par l'OMS, l'Unicef et la Banque Mondiale, stipule que le nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant de retard de croissance ne cesse d'augmenter. En effet, ce nombre est passé de 50,4 millions en 2000 à 58,5 millions en 2016. Ce rapport indique par ailleurs que chez les enfants de moins de 5 ans, seuls 17 pays ont des niveaux acceptables d'émaciation c'est-à-dire inférieurs à 5%, 19 pays ont une faible prévalence (entre 5 et 9%) et 6 pays ont des taux entre 10 et 14% (ce qui représente une urgence grave de santé publique). Trois pays ont dépassé le seuil critique de 15% à savoir, l'Erythrée (15,3%), le Niger (18,7%) et le Soudan du Sud (22,7%).³

Dans le même temps, le nombre d'enfants souffrant de surpoids a augmenté de plus de 50% entre 2000 et 2015, exposant ainsi ce continent au double fardeau de la malnutrition.³

La Côte d'Ivoire n'échappe pas non plus au phénomène de la double charge nutritionnelle tant par carence que par excès (surpoids et obésité).⁴

Le retard de croissance est la forme la plus répandue chez les enfants de moins de 5 ans. La prévalence est passée de 34% en 2006 selon les normes du National Center for Health statistics (NCHS) à 29,8% en 2012 selon celle de l'OMS. Malgré une tendance à la baisse, la prévalence reste néanmoins supérieure au seuil d'acceptabilité fixé par l'OMS qui est de 20%. La prévalence nationale de la malnutrition aiguë ou émaciation stagne depuis plus de 10 ans touchant 7,5% des enfants de moins de 5 ans en 2012. Tandis que l'insuffisance pondérale est passée de 21% en 2006 à 14,9% en 2012 sans pour autant atteindre le seuil acceptable de 10%.⁵

Dans le même temps, les problèmes de surnutrition caractérisés par la surcharge pondérale et les autres surcharges métaboliques touchent particulièrement les adultes avec au niveau national, environ 26% des femmes en âge de procréer qui ont un indice de masse corporel (IMC) supérieur à 25.⁵ Ces problèmes restent encore sous évalués chez les enfants.

Conséquences de la malnutrition

La malnutrition se définit comme un déséquilibre dans l'apport énergétique et/ou nutritionnel d'une personne. Elle a des conséquences graves qui affectent non seulement les individus et leur famille mais aussi la communauté et le pays touché dans son ensemble.² Elle est source de pauvreté et entraîne des coûts considérables.

Selon l'OMS, « *les conséquences économiques, sociales, médicales et sur le développement induit par la charge mondiale de la malnutrition sont graves et persistantes* ». ²

Le terme de malnutrition regroupe trois grands types d'affections:

- La dénutrition qui comprend l'émaciation, le retard de croissance et l'insuffisance pondérale ;
- La carence en micronutriments qui résulte d'un déficit en vitamines et minéraux essentiels ;
- La surnutrition qui regroupe le surpoids, l'obésité et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation telles que les cardiopathies, le diabète etc.²

Outre son rôle dans la survenue de décès chez les enfants, la dénutrition a des conséquences fonctionnelles délétères et conduit à une perte tissulaire. Elle allonge la durée d'hospitalisation de 45% d'où une augmentation du coût de l'hospitalisation. La dénutrition est également responsable de l'aggravation des pathologies et favorise la survenue de complications.⁶

Le retard de croissance quant à lui, influence négativement le développement cognitif des enfants avec pour conséquence, une diminution des performances intellectuelles et de la capacité physique. Ce qui est responsable à long terme d'un mauvais rendement scolaire, d'un bas salaire à l'âge adulte et d'une perte de productivité.³

Dans le rapport sur la situation des enfants dans le monde 1998, on estimait que les carences en vitamines et en minéraux coûtaient déjà à certains pays l'équivalent de plus de 5% de leur produit national brut en vies perdues, en incapacité et en diminution de productivité. Les conséquences de ces carences sont particulièrement graves chez les femmes enceintes et les enfants les exposant respectivement à un risque élevé de mortalité et d'invalidité. L'anémie constitue en effet un facteur de complication de la grossesse et de l'accouchement. La carence en iode peut entraîner un amoindrissement des capacités intellectuelles et celle de la vitamine A est une cause majeure de cécité chez les enfants.⁷

Place de la prévention et du dépistage précoce dans la stratégie de lutte

Face à l'ampleur du phénomène et ses conséquences, la lutte contre la malnutrition apparaît de plus en plus comme un enjeu majeur. Cela se voit à l'échelle internationale notamment avec la proclamation de la « Décennie 2016-2025 d'actions des Nations Unies pour la nutrition », le consensus obtenu à l'Assemblée Mondiale de la Santé tenue en Mai 2012 sur les 6 cibles mondiales de nutrition 2025 et enfin, la place prépondérante de la nutrition au sein des Objectifs du Développement Durable.

La malnutrition résulte d'une interaction multiple de causes. Le cadre conceptuel des causes de la malnutrition élaboré en 1990 par l'Unicef montre que celles-ci sont multisectorielles. C'est pourquoi son élimination reste « *un défi socialement et politiquement complexe à relever* »⁸.

La prévention de ce fait occupe une place importante dans la stratégie de lutte, avec un accent marqué sur les 1000 premiers jours allant de la conception jusqu'à l'âge de deux ans. Cette étape de la vie constitue en effet une fenêtre d'opportunité. C'est au cours de cette période que les organes et les tissus de l'enfant se forment. De même son cerveau, ses os et son potentiel physique se développent. Après deux ans les déficits installés sont souvent irréversibles.⁷

Dans la déclaration commune de l'OMS, du PAM, de l'Unicef et du comité permanent de nutrition du système des Nations Unies sur la prise en charge communautaire de la malnutrition aigue sévère, il est clairement stipulé qu'« il est essentiel d'investir dans la prévention »⁸. Selon cette déclaration, les mesures de prévention passent par :

- L'amélioration de l'accès à une alimentation et des soins de qualité ;
- L'amélioration des connaissances et pratiques en matière de nutrition et de santé ;
- La promotion de l'allaitement exclusif au sein pendant les 6 premiers mois ;
- La promotion de meilleures pratiques d'alimentation complémentaire pour tous les enfants de 6 à 24 mois ;
- L'amélioration des systèmes d'approvisionnement en eau et assainissement.⁸

En matière de prévention, la fréquentation des centres de santé par les moins de 5 ans pour la vaccination a constitué jusqu'à ce jour, un moyen pour assurer la promotion des bonnes pratiques et susciter des recommandations appropriées à l'endroit des parents, en particulier des mères. Elle constitue également une occasion pour apprécier l'état nutritionnel des enfants afin de dépister de façon précoce la malnutrition et prendre les mesures qui s'imposent.⁹

Selon l'OMS le terme de dépistage doit répondre à un certain nombre de critères :

- La pathologie qu'on dépiste doit correspondre à un problème de santé publique ;
- La pathologie doit être accessible à un traitement et la prise en charge possible ;
- Les outils de dépistage doivent être simples, validés, fiables et spécifiques ;
- Un protocole de prise en charge doit exister et l'évolution spontanée connue ;
- Une pérennité du programme de dépistage doit être assurée.¹⁰

Dans le cas de la malnutrition, tous ces critères sont réunis pour mettre en place un dépistage systématique et précoce de cette pathologie chez l'enfant.

De ce fait, l'activité du suivi de la croissance est apparue comme un élément essentiel des soins de santé primaire du nourrisson et du jeune enfant et a été intégrée dans le programme de nombreux pays selon les recommandations de l'OMS.

Concept du « suivi et promotion de la croissance de l'enfant »

L'activité du suivi et promotion de la croissance a pour objectif d'une part de prévenir la malnutrition par la promotion des bonnes pratiques nutritionnelles et d'autre part de dépister précocement la malnutrition par la surveillance de la croissance.

Cette activité a débuté dans les années 80 dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), avec l'utilisation de la courbe de croissance de Morley.

La surveillance de la croissance était la première stratégie du plan Growth monitoring, Oral rehydration, Breastfeeding, Immunization (GOBI) de l'Unicef qui signifie « surveillance de la croissance, réhydratation orale, allaitement maternel et vaccination ». Elle a ensuite évolué par l'intégration des activités de promotion vue que le suivi à lui seul ne donnait pas de résultats probants.¹¹

Il s'agit d'une stratégie de prévention qui a été conçue dans le but de promouvoir une bonne santé et une bonne nutrition de l'enfant. Elle comporte deux volets.

➤ La surveillance de la croissance et l'évaluation de l'état nutritionnel

La surveillance de la croissance consiste en la prise régulière des mesures anthropométriques des enfants à savoir le poids, la taille, le périmètre brachial et le périmètre crânien pour les plus jeunes.

Ces mesures contribuent à confirmer la croissance et le développement sains et à repérer rapidement d'éventuels troubles nutritionnels et de santé notamment la dénutrition, le retard de croissance ainsi que le surpoids ou l'obésité par l'évaluation de l'état nutritionnel.¹² L'état nutritionnel étant défini comme le statut physique d'un individu, déterminé par la relation entre les apports et les besoins en nutriments et par la capacité de l'organisme à digérer, à absorber et à utiliser ces nutriments.¹³

Les résultats des mesures doivent être interprétés par rapport à une norme.

En 2006, l'OMS conjointement avec l'Unicef a publié de nouveaux standards internationaux permettant d'évaluer la croissance de la naissance à l'âge de 5 ans. Ces standards ont été élaborés en vue de remplacer les courbes de références internationales du NCHS qui présentaient un certain nombre de limites. En effet ces courbes n'étaient pas adaptées pour évaluer la croissance d'enfants nourris au sein car elles avaient été obtenues par observation d'enfants non allaités.¹⁴ Les nouvelles courbes de croissance de l'OMS (Annexe1) ont quant à elles, été obtenues à partir d'une population d'enfants de 0 à 5 ans ayant grandi dans 6 pays différents (Brésil, Ghana, Inde, Norvège, Oman et Etats-Unis) d'où leur caractère universel.

Ces enfants ont par ailleurs suivi les pratiques nutritionnelles et de santé recommandées, y compris l'allaitement exclusif pendant les quatre à six premiers mois de vie.¹⁴

La croissance optimale indiquée par ces courbes pour les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire représente la référence idéale de croissance des enfants. Ces courbes sont considérées comme des normes de croissance.¹⁴

Les résultats des mesures peuvent également être interprétés à l'aide d'indicateurs et d'indices anthropométriques exprimés en écart type de la moyenne (Z score). Il s'agit des indices « poids-taille » pour la malnutrition aiguë ou émaciation, « taille-âge » pour le retard de croissance et « poids-âge » pour l'insuffisance pondérale.

➤ La promotion d'une croissance optimale

Elle consiste en des activités de promotion notamment de l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois et des meilleures pratiques d'alimentation complémentaire pour tous les enfants de 6 à 24 mois, ainsi qu'en l'amélioration des connaissances et pratiques en matière de nutrition et santé.

Justification et intérêt de notre étude

En Côte d'Ivoire, l'activité de suivi et promotion de la croissance fait partie des activités jugées essentielles dans la stratégie de lutte contre la malnutrition.

Elle concerne les enfants de 0 à 59 mois et est intégrée aux soins de santé primaire à travers le paquet minimum d'activités (PMA) des structures de santé.

L'Etat de Côte d'Ivoire, face au double fardeau nutritionnel auquel le pays est confronté, s'est engagé dans la lutte contre la malnutrition.

Le Ministère de la Santé à travers le Programme National de Nutrition (PNN) créé depuis 2001, travaille à l'amélioration de l'état nutritionnel de la population en général et des plus vulnérables en particulier (personnes vivant avec le VIH, malades de la tuberculose, femmes enceintes, femmes allaitantes, nourrissons et jeunes enfants).

La réponse nationale du fait de la décennie de crise que le pays a connu à partir de 2002, avait été axée sur des interventions curatives (environ 58% du budget de la nutrition) plutôt que préventives et promotionnelles (environ 6% du budget).¹⁵

Aujourd'hui, la stratégie vise à mettre l'accent sur les activités de prévention et de promotion. En effet, l'axe stratégique 1 du Plan National Multisectoriel de Nutrition 2016-2020 qui s'articule autour de 7 axes prioritaires, a pour objectif de promouvoir et soutenir les bonnes pratiques nutritionnelles et les mesures préventives.¹⁵

Pour atteindre cet objectif, un accent est mis sur la promotion d'actions clés nommées « Actions Essentielles en Nutrition » qui couvrent :

- L'alimentation de la femme enceinte et allaitante,
- L'allaitement et l'alimentation de complément,
- L'alimentation de l'enfant malade,
- La promotion de la consommation du sel iodé et autres aliments enrichis en micronutriments et le déparasitage.

D'autres aspects ont été également identifiés comme essentiels. Il s'agit de :

- La promotion de la consommation des fruits et légumes,
- La promotion de l'hygiène alimentaire et du lavage des mains,
- La promotion de l'évaluation nutritionnelle et du suivi de la croissance.¹⁵

Par ailleurs, afin d'uniformiser les actions en fonction des niveaux de prise en charge et surtout d'améliorer la qualité des services, un document de Directives Nationales de Nutrition a été élaboré par le PNN pour servir de guide aux structures de santé.⁴

Cependant, bien que l'activité de suivi et promotion de la croissance de même que les autres activités suscitées soient menées de façon régulière dans la majorité des centres de santé, force est de constater que les chiffres de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans diminuent très peu et restent au dessus des seuils acceptables.

En outre, le suivi de la croissance a été sujet à de nombreuses critiques mettant en doute son efficacité et sa pertinence dans la lutte contre la malnutrition. Cependant, peu d'études ont été conduites pour évaluer cette activité et aucune n'a été menée en Côte d'Ivoire.

C'est partant de ce constat, que nous avons jugé opportun de faire une évaluation de l'activité du suivi et promotion de la croissance dans les structures de santé en nous référant aux Directives (Annexe 2). Ceci en vue de contribuer à l'amélioration de la qualité des services pour une meilleure prévention et un dépistage précoce de la malnutrition.

Objectifs de l'étude

Notre étude consistera à évaluer l'écart entre ce que prévoient les Directives nationales et ce qui est fait en pratique courante par les agents de santé pour ce qui est de l'activité du suivi de la croissance des enfants de 0 à 5 ans dans le District Sanitaire de Yopougon-Est à Abidjan en Côte d'Ivoire .

Plus spécifiquement il s'agira :

- D'évaluer la capacité en termes de ressources des centres de santé à mener l'activité du suivi et promotion de la croissance.
- De déterminer le niveau de connaissance des agents de santé concernant les Directives en matière de suivi et promotion de la croissance.
- De vérifier le respect des Directives dans la mise en œuvre des activités par les agents de santé.

2 Méthodologie

2.1 Cadre de l'étude

Notre étude a été menée dans les centres de santé publics et à base communautaire du District Sanitaire de Yopougon-Est à Abidjan, en Côte d'Ivoire. En effet, les structures privées dans leur ensemble ne réalisent pas l'activité du suivi de la croissance qui est une activité gratuite et sociale.

Le District Sanitaire de Yopougon-Est a été choisi parmi les 12 Districts des 2 Régions Sanitaires d'Abidjan où s'est déroulé notre stage de validation du Master 1.

Données géographiques et démographiques du District

Créé par arrêté n°212 du 11 Juillet 2007 du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le District Sanitaire de Yopougon-Est (Annexe 3) est situé à l'Ouest de la ville d'Abidjan dans la Région Sanitaire d'Abidjan 1 (Région des Grands Ponts). Il est limité :

- Au Nord par le District Sanitaire d'Abobo-Ouest
- Au Sud par le District Sanitaire de Treichville-Marcory
- A l'Ouest par le District Sanitaire de Yopougon-Ouest Songon
- A l'Est par le District Sanitaire d'Adjamé-Plateau-Attiécoubé

Sa superficie est de 527 km² avec une densité de 1599 habitants par Km².

Le District couvre une population de 842 513 habitants. Le nombre d'enfants de 0 à 11 mois est estimé à 20 745 et celui des enfants de 0 à 5 ans à 96 010.

Tableau 1 Accessibilité géographique aux soins

Désignation	Effectifs	Pourcentage %
Population vivant à moins de 5 km	834 088	99
Population vivant entre 5 et 15 km	0	0
Population vivant à plus de 15 km	8425	1
Total	842 513	100

(Source : Direction Départementale de la Santé Yopougon-Est)

La majorité de la population (99%) vit à moins de 5 km d'une structure de santé (Tableau 1).

Données sanitaires du District

Le District compte 37 structures de santé constituées en majorité de cliniques privées. Il existe seulement 9 centres de santé publics ou à base communautaire.

Tableau 2 Récapitulatif du personnel de santé du District

Catégories socioprofessionnelles	Effectif au 30/06/2018	Ratio/ population	Normes
Médecins	42	1/20 060 habitants	1/10 000 habitants
Pharmaciens	10	1/84 251 habitants	1/15 000 habitants
Infirmiers	84	1/10 029 habitants	1/5 000 habitants
Sages-femmes	87	1/1 808 FAR	1/3 000 FAR

(Source : Direction Départementale de la santé Yopougon-Est)

Le ratio du personnel de santé du District par habitant ne répond pas aux normes de l'OMS pour ce qui concerne les médecins, les infirmiers et les pharmaciens.

Seul le ratio de sages-femmes par femme en âge de reproduction (FAR) répond aux recommandations internationales (Tableau 2).

2.2 Type et durée de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive d'une durée de deux semaines. La collecte des données s'est déroulée du 22 Août au 05 Septembre 2018.

2.3 Population de l'étude

Elle est constituée :

- Des responsables de l'activité du suivi de la croissance, c'est-à-dire ceux qui ont la charge d'organiser l'activité dans la structure.
- Des agents de santé commis à l'activité, c'est-à-dire ceux qui sont chargés de mener l'activité en pratique.
- Des mères des enfants suivis pour la croissance dans les structures visitées.

Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude :

- Les agents de santé responsables de l'activité du suivi de la croissance, qui ont accepté de répondre au questionnaire.
- Les agents de santé commis à l'activité, qui ont donné leur accord pour l'enquête.
- Les mères venues dans le centre de santé pour le suivi de leur enfant, qui avaient déjà participé au moins une fois à une séance de suivi de la croissance et qui ont accepté de se soumettre au questionnaire.

Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus :

- Les agents de santé absents le jour de la collecte des données dans leur structure.
- Les mères venues pour la première fois dans le centre pour le suivi de leur enfant.

En effet, l'interrogatoire des mères se faisait dès leur arrivée au centre et portait sur le déroulement des séances antérieures de suivi de la croissance auxquelles elles avaient participé. Les mères qui n'avaient assisté à aucune séance antérieure n'ont donc pas été incluses.

Taille de l'échantillon

Les structures de santé publics ou à base communautaire du District retenu étant peu nombreuses, nous avons interrogé de façon exhaustive tous les responsables et tous les agents en charge de l'activité. Nous avons également interrogé toutes les mères venant la deuxième fois au moins pour le suivi de la croissance de leur enfant, le jour de l'enquête dans la structure.

Au terme de la collecte de données, 6 séances de suivi de la croissance ont été observées. (Le District compte 9 structures de santé publics, mais 3 ne mènent pas l'activité).

Nous avons interrogé 6 responsables de l'activité de suivi et 9 agents de santé commis à cette activité. Au total, 133 mères ont été enrôlées dans l'étude, après un consentement éclairé.

Tableau 3 Répartition du nombre d'enquêtés en fonction de la structure

Nom de la structure	Nombre de Responsables interrogés	Effectif des agents commis à l'activité	Nombre d'agents interrogés	Nombre de mères interrogées	Commentaires
1. CSU-COM Andokoi	1	4	2	20	2 agents absents
2. CSU Santé	1	2	1	10	1 agent absent
3. FSU-COM Kouté	1	2	2	21	
4. FSU-COM Toits-rouges	1	1	1	38	
5. FSU-COM Koweit	1	2	2	14	
6. FSU-COM Ouassakara	1	1	1	30	
TOTAL	6	12	9	133	

2.4 Déroulement de l'étude

La collecte des données s'est faite lors des séances de suivi de la croissance. Les différents questionnaires ont été administrés par nous-mêmes. Deux visites ont été effectuées dans chaque structure. La première visite nous a permis de remplir la grille d'observation et de soumettre le questionnaire aux personnels de santé. La deuxième visite a été consacrée à l'enquête auprès des mères.

2.5 Outils de collecte et variables étudiées

Les données ont été recueillies à l'aide d'une grille d'observation et de 3 questionnaires adressés respectivement:

- Au responsable de l'activité du suivi de la croissance de la structure ;
- Aux agents de santé commis à l'activité ;
- Aux mères venues pour le suivi de leur enfant le jour de l'enquête.

La grille a été renseignée par observation des séances.

Notre questionnaire était constitué en majorité de questions fermées et de questions semi-ouvertes.

2.5.1 Questionnaire au responsable de l'activité

Il avait pour objectif d'évaluer la capacité en termes de ressources, des centres de santé à mener l'activité du suivi de la croissance. Ce questionnaire a intégré les aspects concernant :

La disponibilité et la fréquence des activités

- Fréquence de l'activité du suivi de la croissance ;
- Disponibilité et fréquence des séances d'éducation nutritionnelle ;
- Nombre de femmes et d'enfants reçus par séance ;
- Disponibilité des autres activités de nutrition rattachées (démonstrations culinaires, prise en charge des cas de malnutrition).

Les ressources humaines

- Profil des responsables et des agents en charge de l'activité ;
- Formation reçue dans le domaine de la nutrition en générale et du suivi de la croissance en particulier ;
- Supervisions effectuées par la Direction Départementale de la Santé.

Les ressources matérielles

- Disponibilité de pèse-bébés et de pèse-personnes ;
- Disponibilité de toises horizontales et verticales ;
- Disponibilité d'outils de communication.

Le questionnaire aux responsables est présenté en annexe 4.

2.5.2 Questionnaire aux agents de santé commis à l'activité

Il a été élaboré à partir des Directives Nationales de Nutrition et avait pour objectif d'évaluer le niveau de connaissance des directives par les agents de santé en charge du suivi de la croissance. Le questionnaire aux agents (Annexe 5) a pris en compte :

- La connaissance des objectifs de l'activité ;
- La connaissance de la tranche d'âge concernée par l'activité ;
- La connaissance des indicateurs et des indices anthropométriques ;
- La conduite à tenir en fonction des résultats.

2.5.3 Grille d'observation

Elle a été également élaborée à partir des Directives Nationale de Nutrition. Les données ont été recueillies par observation des séances de suivi de la croissance. L'objectif était de vérifier le respect des Directives dans la conduite pratique de l'activité par les agents.

Cette observation a porté sur le déroulement des trois composantes du suivi de la croissance à savoir :

- L'accueil et l'examen de l'enfant ;
- La prise des mesures anthropométriques et l'interprétation des résultats ;
- La prise de décision avec la mère.

Ces composantes se déroulent suivant un certain nombre d'étapes.

La grille d'observation est présentée en annexe 6.

2.5.4 Questionnaire aux mères

Etant donné que l'observation ne portait que sur une séance, celle ayant lieu le jour de l'enquête, nous avons jugé pertinent d'adresser un questionnaire aux mères venues plus d'une fois dans le centre pour le suivi de leur enfant.

L'objectif était d'apprécier d'une part, le déroulement des séances antérieures et d'autre part, le niveau de satisfaction des mères.

Le questionnaire a porté sur :

- Le profil des mères (niveau d'instruction et fonction) ;
- L'interrogatoire fait par l'agent ;
- Les mesures anthropométriques prises par l'agent ;
- La communication des résultats par l'agent et les conseils reçus ;
- Le nombre de séances d'éducation nutritionnelle auxquelles la mère a assisté ;
- Le niveau de satisfaction concernant l'accueil au centre.

Le questionnaire aux mères est présenté en annexe 7.

2.6 Considérations éthiques

Cette enquête a été réalisée avec les autorisations de recherche signées par le Directeur Coordonnateur du PNN et par le Directeur Départemental de la Santé du District Sanitaire de Yopougon-Est.

L'accord préalable des responsables des centres de santé concernés a également été obtenu avant de procéder à la collecte de données.

Les responsables de l'activité du suivi de la croissance, les agents de santé commis à cette activité ainsi que les mères interrogées, ont été informés des objectifs et du déroulement de l'enquête.

Le consentement verbal de chacun des enquêtés a été obtenu avant l'administration du questionnaire. L'anonymat a été respecté afin de permettre aux enquêtés d'être rassurés.

2.7 Traitement et analyse des données

La saisie des données a été réalisée avec le logiciel EPI-INFO version 7.2.2.2.

Les données recueillies ont ensuite fait l'objet d'un traitement informatique et d'une analyse statistique à l'aide du même logiciel.

Le logiciel Excel a été utilisé pour la mise en forme des tableaux et la réalisation des figures.

3 Résultats

Sur les neuf (9) centres de santé publics ou à base communautaire que compte le District Sanitaire de Yopougon-Est, six (6) menaient l'activité du suivi de la croissance.

Pour les trois (3) autres centres qui ne faisaient pas l'activité, les raisons étaient les suivantes :

- Le CSU de l'Île Boulay n'est pas fonctionnel ;
- Le SSSU de Sicogi est un service de santé scolaire destiné aux plus de 5 ans ;
- Le CSU MACA est réservé aux pensionnaires de la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan.

Les résultats concernent donc les 6 structures qui mènent l'activité du suivi de la croissance encore appelée « activité de pesées ».

3.1 Résultats du questionnaire adressé aux responsables de l'activité

3.1.1 Disponibilité et fréquence des activités

Tableau 4 Répartition selon la fréquence des activités

Activités/Fréquence	Effectif (n=6)	Pourcentage (%)
Suivi de la croissance (pesées)		
Tous les jours ouvrables	4	66
Trois fois par semaine	1	17
Deux fois par semaine	1	17
Education nutritionnelle		
Tous les jours ouvrables	3	50
Deux fois par semaine	2	33
Une fois par semaine	1	17

Les séances de suivi de la croissance et d'éducation nutritionnelle se font tous les jours ouvrables de la semaine dans la plupart des structures, respectivement 66% et 50%.

Tableau 5 Disponibilité des autres activités de nutrition rattachées aux pesées

Autres activités	Effectif (n=6)	Pourcentage (%)
Démonstrations culinaires	3	50
Prise en charge de la malnutrition	1	17
Aucune autre activité	2	33

La moitié des structures organisait des séances de démonstrations culinaires.

Une seule structure prenait en charge les cas de malnutrition.

Nombre de personnes reçues par séance

En moyenne 36 femmes étaient reçues par séance d'éducation nutritionnelle avec des extrêmes de 10 et 50.

En moyenne 38 enfants étaient reçus par séance de pesées avec un minimum de 15 et un maximum de 50.

Difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'activité

Selon les responsables, les difficultés rencontrées étaient liées :

- Au manque de personnel ;
- A l'insuffisance de matériel ;
- A l'absence de locaux pour les démonstrations culinaires ;
- Au manque de formation des agents de santé sur le suivi de la croissance.

3.1.2 Ressources humaines

Profil du personnel de santé (fonction)

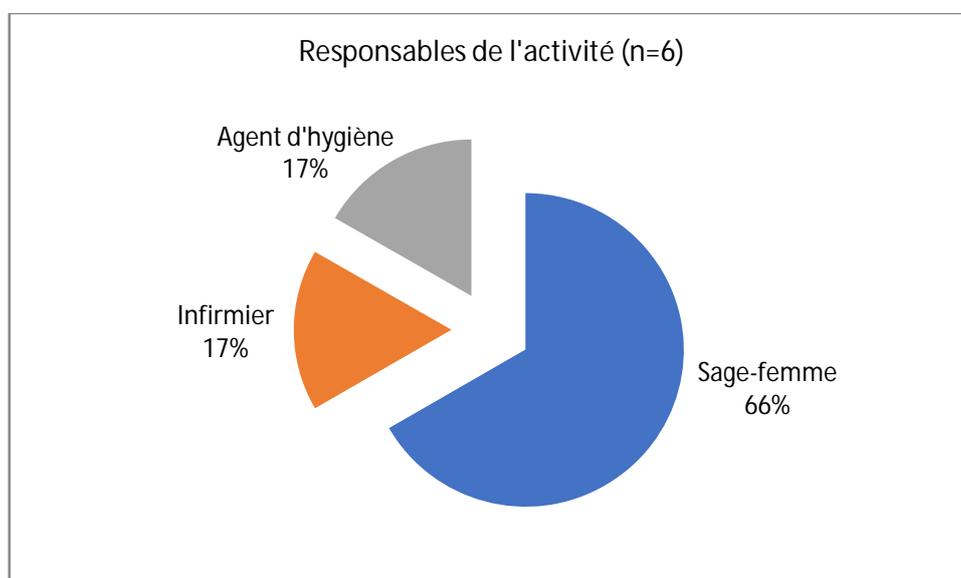


Figure 1 Répartition des responsables de l'activité selon leur fonction

La plupart des responsables de l'activité de pesées (67%) était des sages-femmes.

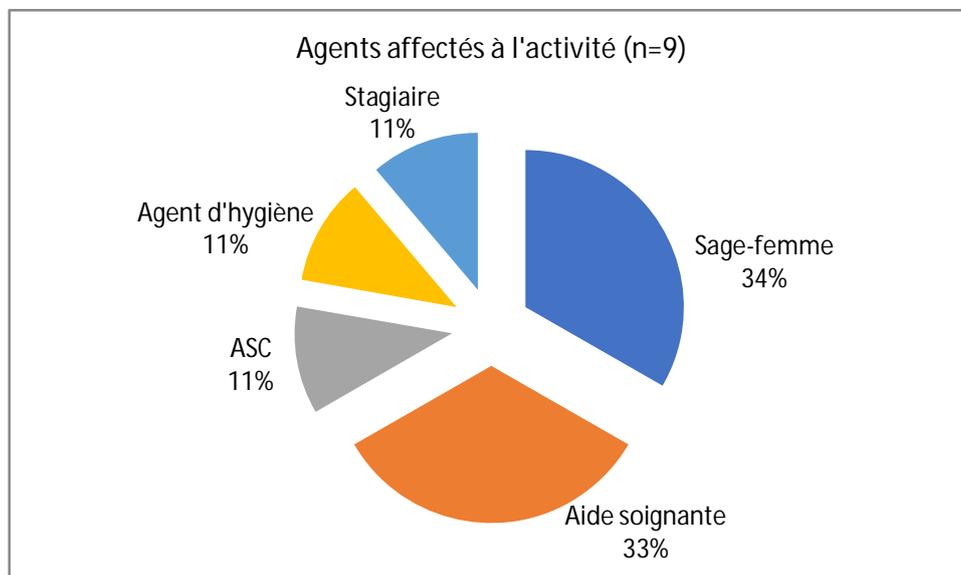


Figure 2 Répartition des agents commis à l'activité selon leur fonction

Un tiers (34%) des agents de santé en charge du suivi de la croissance était également des sages-femmes.

Formations et supervisions

Tableau 6 Répartition des agents de santé formés et des supervisions par structure

	CSU COM Andokoi	FSU COM Ouassakara	CSU Santé	FSU COM Koweit	FSU COM Toits Rouge	FSU COM Kouté	Total
Nombre d'agents commis à l'activité de pesées	4	1	2	2	1	2	12
Nombre d'agents formés sur le suivi de la croissance	4	0	1	1	1	0	6
Nombre d'agents jamais formés en matière de nutrition y compris sur le suivi de la croissance	0	1	1	0	0	2	4
Nombre de supervisions par la DDS les 6 derniers mois	2	2	2	0	0	1	7

Seulement la moitié des agents de santé affectés à l'activité avait reçu une formation sur le suivi de la croissance.

Quatre (4) agents sur les 12 en charge de l'activité dans le District n'avaient reçu aucune formation dans le domaine de la nutrition en général y compris sur le suivi de la croissance.

Pour ce qui est de la supervision, 4 structures sur les 6 avaient été supervisées au moins une fois par la Direction Départementale de la Santé (DDS) ces 6 derniers mois.

3.1.3 Ressources matérielles

Tableau 7 Répartition du matériel selon la disponibilité dans l'ensemble des structures

Matériel	Effectif (n=6)	Pourcentage (%)
Pèse-bébé en bon état		
Oui	6	100
Non	0	0
Pèse-personne en bon état		
Oui	1	17
Non	5	83
Toise horizontale en bon état		
Oui	5	83
Non	1	17
Toise verticale en bon état		
Oui	1	17
Non	5	83
Outils de communication (IEC)		
Oui	5	83
Non	1	17

Tous les centres de santé disposaient d'un pèse-bébé.

La majorité (83%) disposait d'une toise horizontale et d'outils d'information, d'éducation et de communication (IEC).

Une seule structure possédait une toise verticale et un pèse-personne.

3.2 Résultats du questionnaire aux agents de santé commis à l'activité

Tableau 8 Récapitulatif des connaissances des agents sur les directives

	Effectifs (n=9)	Pourcentage %
Connaissance de l'existence des directives		
Oui	2	22
Non	7	78
Connaissance des objectifs de l'activité		
Oui	7	78
Non	2	22
Bonne réponse concernant les objectifs		
Apprécier le gain de poids et de taille	6	67
Dépister précocement la malnutrition	6	67
Prévenir la malnutrition	0	0
Réponse pour la tranche d'âge concernée		
0 à 59 mois	0	0
0 à 24 mois	2	22
0 à 12 mois	3	34
6 semaines à 11 mois	2	22
0 à 18 mois	2	22
Bonne réponse concernant les indices anthropométriques		
Taille-Age pour le retard de croissance	0	0
Poids-Taille pour la malnutrition aigue ou émaciation	0	0
Poids-Age pour l'insuffisance pondérale	3	34
CAT devant une courbe de croissance et un Z score normaux		
Conseils nutritionnels	4	44
Féliciter et encourager la mère	6	67
Aucune CAT	1	11
CAT devant une courbe de croissance ou un Z score anormaux		
Traiter l'enfant	3	34
Référer vers une structure spécialisée	4	44
Conseils nutritionnels pour corriger les erreurs de régime	5	56

La plupart des agents interrogés (78%) n'avait pas connaissance de l'existence des directives. Aucun agent n'a répondu juste pour la tranche d'âge concernée (0 à 59 mois) selon les Directives.

La majorité des agents ne connaissait pas les indices anthropométriques pour l'interprétation des mesures.

3.3 Résultats de l'observation des séances de pesées

Etape effectuée par l'agent de santé = 1

Etape non effectuée par l'agent = 0

Etape non applicable = NA

3.3.1 Composante « Accueil et examen de l'enfant »

Tableau 9 Réalisation des différentes étapes par structure de santé

	CSU COM Andokoi	FSU COM Ouassakara	CSU Santé	FSU COM Koweit	FSU COM Toits Rouge	FSU COM Kouté	Total/ Pourcentage
1- Vérification des données inscrites dans le carnet	1	1	1	1	1	1	6/6 (100%)
2- Interrogatoire sur l'état de santé de l'enfant	0	0	0	0	1	0	1/6 (17%)
3- Interrogatoire sur le régime de l'enfant	0	0	1	1	1	0	3/6 (50%)
4- Vérification de l'état vaccinal de l'enfant	1	1	1	1	1	1	6/6 (100%)
5- Prise du poids	1	1	1	1	1	1	6/6 (100%)
6- Mesure de la taille	1	1	0	1	1	1	5/6 (83%)
7- Mesure du périmètre brachial	0	0	0	0	1	0	1/6 (17%)
8- Recherche d'œdèmes	0	0	0	0	0	0	0/6 (0%)
Total global/ Pourcentage							28/48 (58%)

Au niveau de la composante « Accueil et examen de l'enfant », le score de réalisation des étapes est de 58% pour l'ensemble du District. Ce faible taux est dû à l'étape « recherche d'œdèmes aux deux membres inférieurs » qui n'était réalisée par aucune structure. Aussi, les étapes « interrogatoire sur l'état de santé de l'enfant » et « mesure du périmètre brachial » étaient réalisées par une seule structure.

3.3.2 Composante « Mesures anthropométriques et interprétation des données »

Tableau 10 Respect des étapes de la prise du poids de l'enfant par structure

	CSU COM Andokoi	FSU COM Ouassakara	CSU Santé	FSU COM Koweit	FSU COM Toits Rouge	FSU COM Kouté	Total/ Pourcentage
1- Balance sur une surface plane/dure	1	1	1	1	1	1	6/6 (100%)
2- Enfant nu ou légèrement vêtu	0	1	1	1	1	1	5/6 (83%)
3- Lecture du poids correcte	1	1	1	1	1	1	6/6 (100%)
4- Résultat noté sur un support	1	1	1	1	1	1	6/6 (100%)
Total global/ Pourcentage							23/24 (96%)

Les critères pour la mesure correcte du poids de l'enfant étaient respectés dans pratiquement toutes les structures de santé avec un score global de 96%.

Tableau 11 Respect des étapes pour la mesure de la taille de l'enfant en fonction de la structure

Critères	CSU COM Andokoi	FSU COM Ouassakara	CSU Santé	FSU COM Koweit	FSU COM Toits Rouge	FSU COM Kouté	Total/ Pourcentage
1- Pieds nus	1	1	NA	1	1	1	5/5 (100%)
2- Mesure couchée (moins de 2 ans)	1	1	NA	1	1	1	5/5 (100%)
3- Tête du bébé maintenue par la mère contre la partie fixe de la toise (enfant sur le dos)	1	0	NA	1	0	0	2/5 (40%)
4- Jambes maintenues contre la toise avec une main et curseur déplacé avec l'autre main par l'agent	1	0	NA	1	0	0	2/5 (40%)
5- Lecture de la taille correcte	1	0	NA	1	0	0	2/5 (40%)
6- Résultat de la mesure noté sur un support	1	1	NA	1	1	1	5/5 (100%)
Total global/ Pourcentage							21/30 (70%)

Le CSU-DM de SANTE ne prenait pas la taille des enfants.

Le score global pour la mesure de la taille est de 70% avec pour les critères 3 et 4, des scores relativement faibles de 40% chacun.

Tableau 12 Interprétation des données par structure (dépistage de la malnutrition)

Critères	CSU COM Andokoi	FSU COM Ouassakara	CSU Santé	FSU COM Koweit	FSU COM Toits Rouge	FSU COM Kouté	Total/ Pourcentage
1- Evaluation de l'état nutritionnel (Z score)	1	0	0	0	0	0	1/6 (17%)
2- Tracé de la courbe de croissance	0	0	0	0	0	0	0/6 (0%)
Total global/ Pourcentage							1/12 (8%)

Le score global est de 8% pour ce qui est de l'interprétation des données.

Une seule structure évaluait l'état nutritionnel des enfants avec le Z score.

Aucun agent dans toutes les structures visitées ne traçait la courbe de croissance dans le carnet de l'enfant.

3.3.3 Prise de décision avec la mère et reportage des données

Tableau 13 Tableau : Reportage des données par structure

	CSU COM Andokoi	FSU COM Ouassakara	CSU Santé	FSU COM Koweit	FSU COM Toits Rouge	FSU COM Kouté	Total
1- Résultats des mesures notés dans le carnet de l'enfant	1	1	1	1	1	1	6/6 (100%)
2- Activités de nutrition rapportées dans un registre	1	1	1	1	1	1	6/6 (100%)

Les résultats des mesures étaient rapportés dans le carnet de l'enfant et dans un registre de consultation dans l'ensemble des structures (100%).

La prise de décision avec les mères a été évaluée lors de l'entretien avec ces dernières. Les résultats figurent au point suivant.

3.4 Résultats de l'entretien avec les mères

Profil des mères

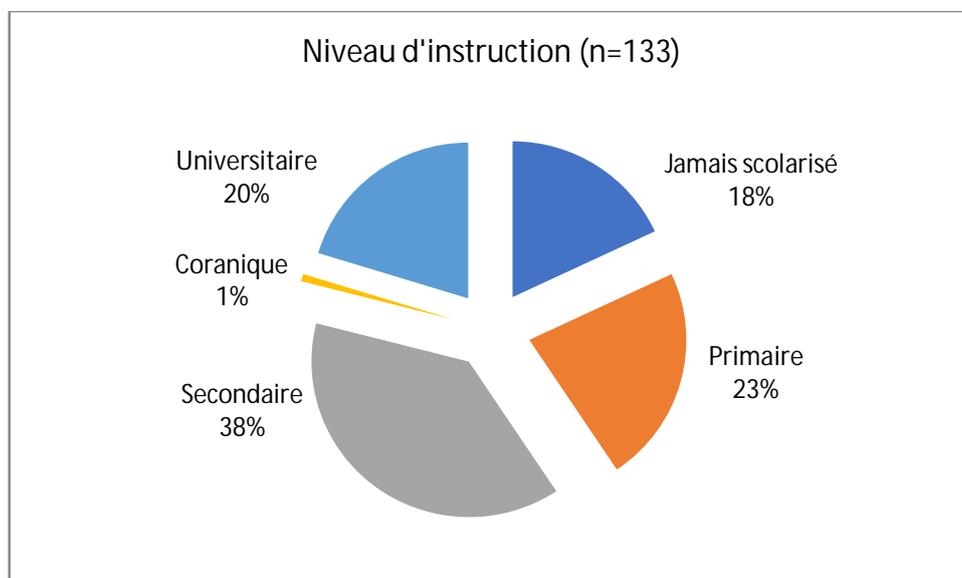


Figure 3 Répartition des mères selon leur niveau d'instruction

Les mères ayant le niveau secondaire étaient les plus représentées (38%).

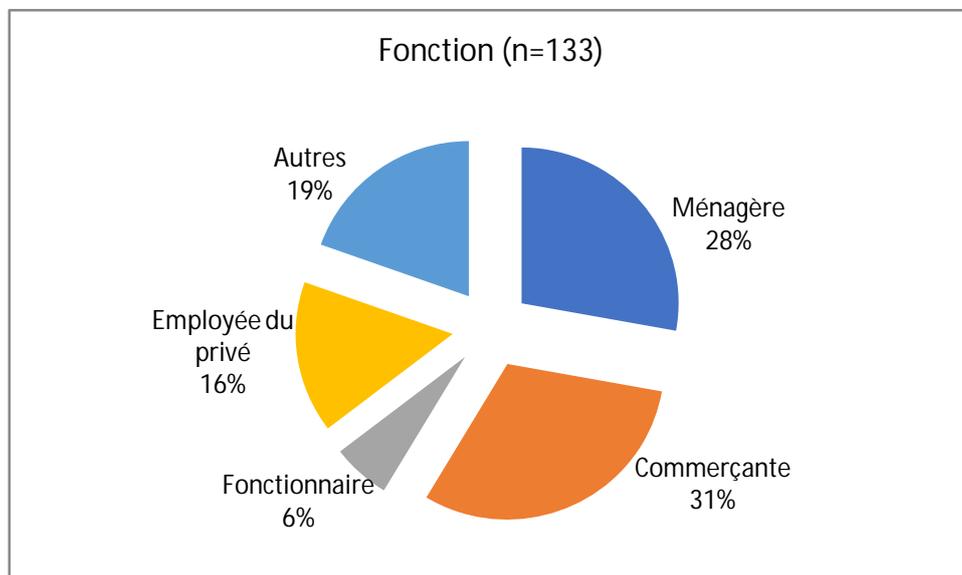


Figure 4 Répartition des mères selon leur fonction

Une mère interrogée sur trois (31%) était commerçante.

Accueil de la mère

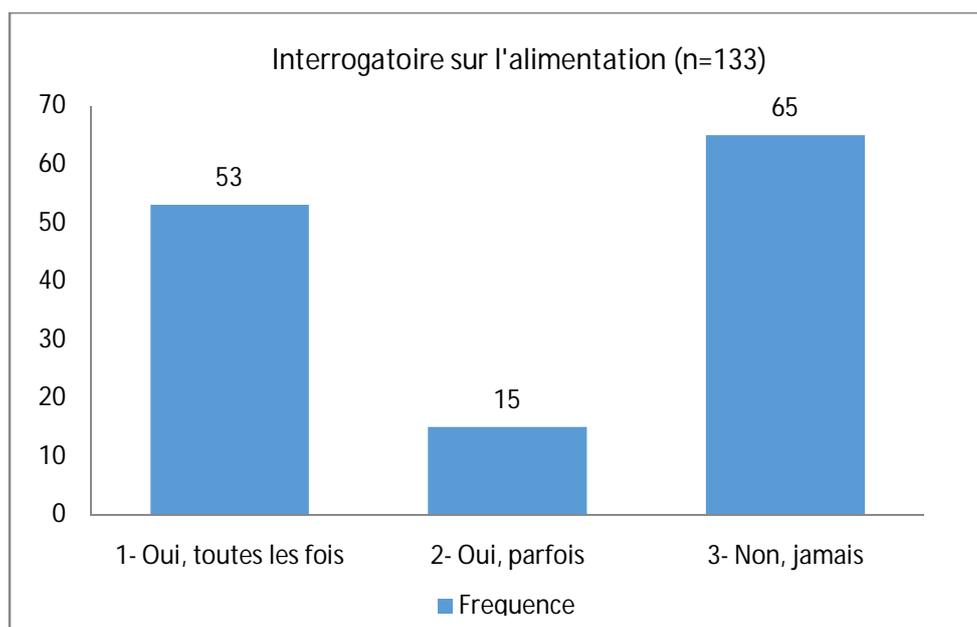


Figure 5 Répartition des mères selon l'interrogatoire sur l'alimentation de l'enfant

Près de la moitié des mères (65 sur 133) n'avait jamais été interrogée sur le régime alimentaire de leur enfant au cours de leurs différentes visites.

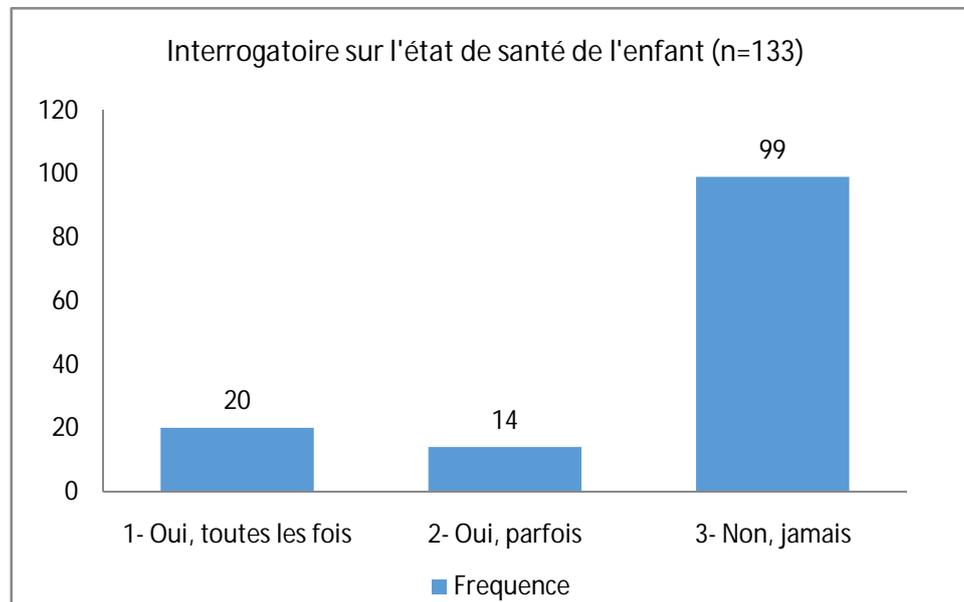


Figure 6 Répartition des mères selon l'interrogatoire sur l'état de santé de l'enfant

99 mères sur 133, soit 74% ont répondu qu'elles n'avaient jamais été interrogées sur l'état de santé de leur enfant au cours des différentes visites.

Examen de l'enfant

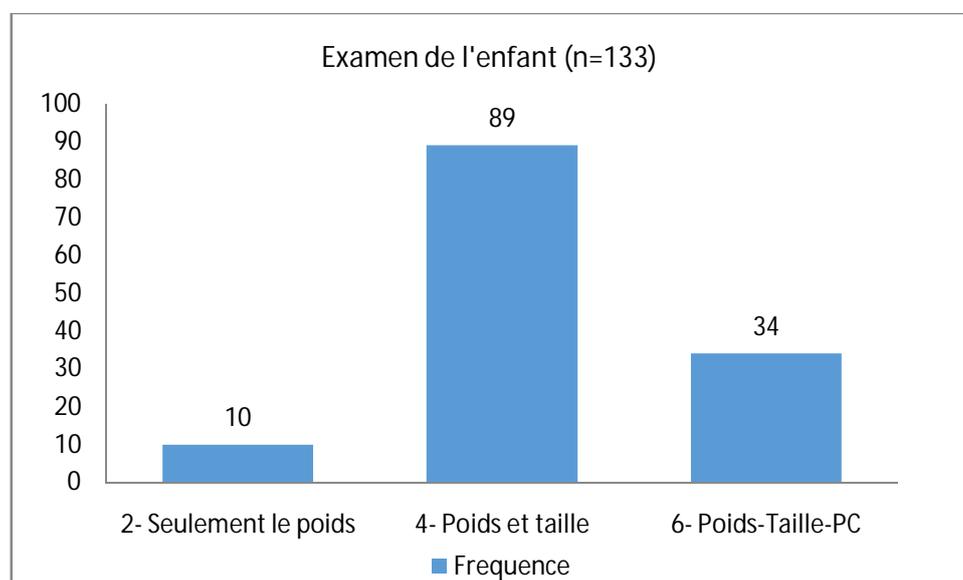


Figure 7 Répartition des mères selon l'examen de l'enfant

Dans la majorité des cas (67%), seule la prise du poids et de la taille était faite comme examen de l'enfant selon les mères.

Prise de décision avec les mères

Pour 59% des mères, les agents de santé communiquaient à chaque visite le résultat de la pesée de l'enfant contre 36% pour qui le résultat n'était jamais communiqué et 5% pour qui le résultat était parfois communiqué.

Parmi les mères interrogées, 55% ont déclaré recevoir des conseils à chacune de leur visite contre 26% qui n'avaient jamais reçu de conseil et 20% qui en recevaient parfois. Les conseils portaient selon les mères sur :

- L'allaitement maternel exclusif
- La planification familiale
- L'alimentation du nourrisson
- Le calendrier vaccinal
- L'utilisation de la moustiquaire imprégnée
- Les soins du bébé et de la mère
- La consultation post-natale
- L'hygiène

Education nutritionnelle

La majorité des mères interrogées (74%) avait assisté à des séances d'éducation nutritionnelle contre 26% qui n'avaient jamais suivi de séances.

Les femmes interrogées étaient venues en moyenne 3 fois au centre pour le suivi de la croissance avec un maximum de 12 et un mode de 3.

Cependant la moyenne de participation à une séance d'éducation nutritionnelle était de 1,5 avec un mode de 1 et un maximum de 9.

Niveau de satisfaction des mères

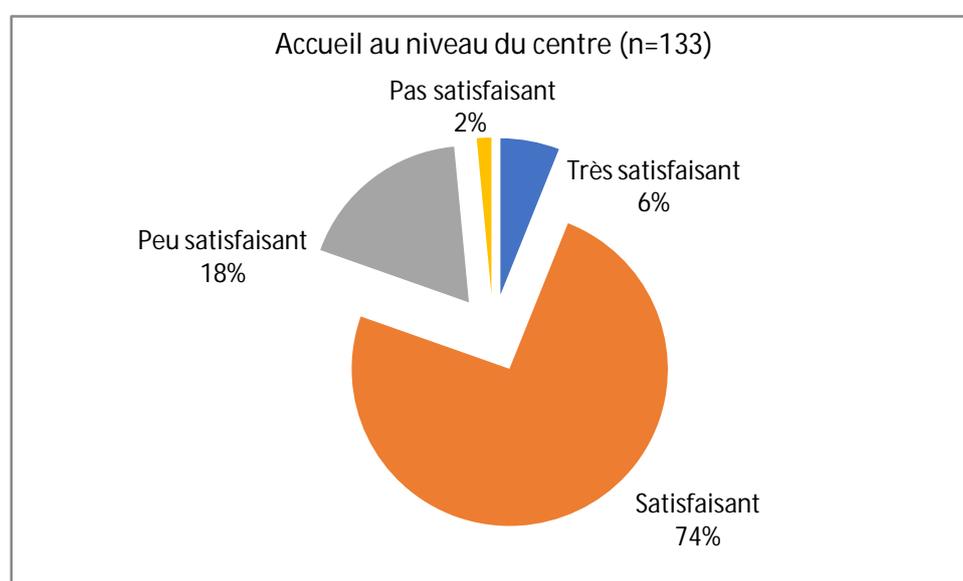


Figure 8 Niveau de satisfaction des mères concernant l'accueil

La majorité des mères (74%) était satisfaite de l'accueil au niveau du centre de santé.

4 Discussion

Cette étude menée dans le District Sanitaire de Yopougon-Est avait pour objectif d'évaluer le fonctionnement de l'activité du suivi de la croissance en se référant aux Directives Nationales de Nutrition.

L'enquête réalisée dans les structures de santé a mis en évidence plusieurs insuffisances dans la mise en œuvre de cette activité sur le terrain. En effet, les résultats montrent que les structures ne disposent pas de toutes les ressources nécessaires pour mener correctement l'activité. De plus, on note une méconnaissance des Directives par les agents de santé et par conséquent, la non-application de celles-ci dans leur pratique quotidienne.

4.1 Capacité insuffisante des structures en termes de ressources

Disponibilité et fréquence des activités

Les Directives ne donnent pas de recommandation sur la fréquence à laquelle l'activité du suivi de la croissance doit se tenir.

Nos résultats ont montré que la majorité des structures (4 centres de santé sur les 6) menait cette activité tous les jours ouvrables de la semaine. Ces résultats diffèrent de l'étude réalisée au Rwanda par Ngirabega *et al.* en 2010, où les séances de suivi et promotion de la croissance étaient réalisées une fois par mois dans chaque village.¹⁶ Il faut néanmoins préciser qu'il s'agissait dans le cas du Rwanda, d'un programme à base communautaire mis en œuvre par des agents communautaires de nutrition.

Dans notre étude, la fréquence observée s'explique par le fait que les pesées sont couplées aux séances de vaccination qui se déroulent tous les jours ouvrables au centre de santé.

Le fait de réaliser la vaccination et les pesées de façon conjointe et ce, tous les jours, a des avantages et des inconvénients.

L'avantage est que les mères ont la possibilité à tout moment de faire le suivi de la croissance de leur enfant lorsqu'elles viennent pour la vaccination.

Cependant, l'inconvénient est que la charge de travail est augmentée pour le personnel déjà en nombre insuffisant. Cette situation peut conduire à un suivi peu rigoureux, moins de communication avec les mères et moins de temps à passer avec chaque enfant, surtout que ces deux activités sont assez contraignantes.

Les résultats montrent également que seulement la moitié des structures de santé organisait des séances de démonstrations culinaires.

Nos résultats sont supérieurs à ceux obtenus par Testa *et al.* en 2008, dans une étude réalisée à Cotonou au Bénin dans 19 centres de santé. Selon cette étude, 42% des structures de santé disposaient de matériels pour les démonstrations culinaires mais seulement 29% l'utilisaient.¹⁷

Ces résultats révèlent le faible intérêt du personnel de santé pour cette activité.

Pourtant les démonstrations culinaires permettent d'apprendre de façon pratique aux mères des recettes simples, faciles à réaliser à partir de produits locaux pour une alimentation de complément équilibrée des enfants de 6 à 24 mois.¹⁸

L'organisation de séances de démonstrations culinaires en accompagnement du suivi de la croissance est nécessaire pour améliorer la conduite de l'alimentation de complément par les mères en leur servant de guide. Cela est d'autant plus important que les mauvaises pratiques d'alimentation de complément à partir de 6 jusqu'à 24 mois sont parmi les facteurs qui affectent la mortalité infantile. Par ailleurs, une alimentation de complément inadéquate à 6 mois compromet la croissance et entraîne une probabilité de retard de croissance pendant les 12 mois à venir.¹⁹

La prise en charge des malnutris ne se faisait que dans une structure. Cela peut s'expliquer par le fait que le suivi de la croissance étant une activité préventive, les directives recommandent de donner les conseils nutritionnels nécessaires pour corriger les erreurs de régime et au cas échéant, de référer les malnutris vers une structure spécialisée.

Ressources humaines

La plupart des responsables de l'activité de pesées était des sages-femmes (67%). L'étude de Testa *et al.* réalisée en 2008 à Cotonou au Bénin, avait montré que la majorité des responsables nutritionnels était des travailleurs de l'action sociale (63%). Les sages-femmes étaient responsables dans 37% des cas.¹⁷ On note que dans nos deux études, aucun médecin n'était responsable de cette activité. Gnintoungbé (2008) avait mis en évidence ce désintérêt des médecins pour les activités de nutrition qu'ils considèrent plus comme un problème social que médical.¹⁷

Cela peut aussi s'expliquer par le fait que la vaccination à laquelle le suivi de la croissance est couplé reste sous la responsabilité des infirmiers et sages-femmes en Côte d'Ivoire.

Dans cette étude, la moitié des agents de santé chargés des pesées (sage-femme en majorité) n'a pas été formée au suivi de la croissance. Parmi eux, 33% n'ont reçu aucune formation dans le domaine de la nutrition en général y compris le suivi de la croissance. Selon l'étude de Kapil *et al.* en 1996, aucune formation sur le suivi de la croissance n'avait été effectuée par les travailleurs de l'Anganwadi en Inde dans certains projets ICDS (Integrated Child Development Services) qui s'étaient révélés très peu performants.²⁰

En revanche, de meilleurs résultats ont été obtenus dans les programmes où suffisamment de temps avaient été consacrés à former et superviser les agents de santé sur le suivi de la croissance selon les études menées par Georges M. *et al.* en 1993 au Tamil Nadu en Inde²¹ et par Mareck T. *et al.* en 1999 au Sénégal et à Madagascar.²²

Le manque de formation constitue un obstacle à la conduite efficace de l'activité. Pourtant bien trop souvent, l'investissement dans la formation en nutrition est insuffisant. Dans la formation PCIME (Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant), la composante nutrition est réduite. Le personnel de santé n'est donc pas suffisamment équipé pour faire le suivi de la croissance.²³

La majorité des structures (4 sur 6) avait été supervisée au moins une fois les 6 derniers mois. Les supervisions peuvent permettre de combler le gap en formation si ces dernières sont formatives. Ce qui ne semble pas être le cas, puisque les responsables de l'activité ont eux aussi mentionné comme difficulté à la mise en œuvre de l'activité, le manque de formation de leurs agents.

Ressources matérielles

L'évaluation du matériel montre que seuls les pèse-bébés étaient disponibles dans tous les centres. La toise horizontale et le matériel d'IEC étaient disponibles dans 5 centres sur les 6 (83%). Nos résultats sont proches de ceux de Testa *et al.* à Cotonou au Bénin en 2008, où la balance était en bon état dans 90% des centres et le matériel d'IEC présent dans 89,5% des centres.¹⁷

Le pèse-personne et la toise verticale n'ont été retrouvés que dans un centre de santé. Cela laisse supposer que pour les 5 autres structures, la taille n'était pas mesurée chez les enfants de plus de 2 ans, ni le poids chez les enfants qui ne pouvaient se tenir sur un pèse-bébé. Pourtant les Directives recommandent la poursuite de la surveillance de la croissance jusqu'à l'âge de 5 ans. Le défaut d'équipement constitue un obstacle au respect des recommandations dans notre contexte.

Ce constat rejoint celui de Gerein M. et Ross dans leur étude menée au Zaïre (actuelle RDC) en 1991, qui étaient parvenus à la conclusion que l'introduction de l'activité du suivi de la croissance dans des systèmes de santé sous dotés et mal gérés serait un exercice relativement stérile.²⁴

De même, Valadez *et al.* ont montré dans une étude menée au Costa Rica en 1996, que le manque de fournitures essentielles et un système de santé peu favorable démotiveraient les agents de santé, ce qui conduirait à des pratiques de suivi de la croissance peu satisfaisantes.²⁵

Pour Pedraza *et al.* par contre, la faible performance ne résulte pas d'un manque d'équipements, mais de défaillances dans le processus de travail dues au manque de qualification, d'expériences et à l'indisponibilité des documents techniques. En effet, dans leur étude réalisée dans 2 municipalités du Paraíba au Brésil en 2017, toutes les 18 équipes participantes disposaient de tout le matériel nécessaire pour la prise des mesures anthropométriques.²⁶

Au total, pour ce qui est de la capacité des structures à mener l'activité du suivi de la croissance, on note que celle-ci est réalisée de façon régulière. Cependant le fait qu'elle soit couplée à la vaccination constitue une charge importante de travail pour le personnel. Ce qui pourrait avoir un impact négatif sur la qualité du service.

De plus les agents de santé manquent de formation sur le suivi de la croissance et le matériel nécessaire pour conduire l'activité jusqu'à l'âge requis selon les directives est absent dans la majorité des centres de santé.

4.2 Faible niveau de connaissance des directives

Il ressort de notre étude que les Directives sont peu connues des agents de santé en charge de l'activité du suivi de la croissance. En effet, 78% de ces agents n'avaient pas connaissance de l'existence de ces directives dans leur structure.

Sept (7) agents sur les neuf (9) ont affirmé néanmoins connaître les objectifs du suivi de la croissance, mais aucun n'a pu citer les 3 objectifs. La plupart ont évoqué « l'appréciation du gain de poids et de taille » (6 agents sur les 7) et « le dépistage précoce de la malnutrition » (6 agents sur les 7). Aucun n'a mentionné « la prévention de la malnutrition » comme objectif. Cela laisse supposer que l'accent n'est pas mis sur le volet promotion qui vise à fournir aux mères des connaissances sur les bonnes pratiques nutritionnelles afin d'éviter la malnutrition.

La tranche d'âge de « 0 à 59 mois » concernée par l'activité selon les Directives n'était connue d'aucun agent. Le tiers des agents (33%) a indiqué « 0 à 12 mois » comme tranche d'âge. L'âge maximal mentionné par les agents était 24 mois.

Deux raisons pourraient expliquer cette interruption précoce du suivi de la croissance. D'une part, les résultats avaient déjà montré l'absence de matériel notamment la toise verticale et le pèse-personne pour les mesures des enfants de plus de 2 ans. D'autre part, les pesées étant couplées à la vaccination, les agents de santé et les mères ont tendance à ne pas poursuivre le suivi de la croissance au-delà du calendrier du programme élargi de vaccination qui se limite à 11 mois.

Aucun agent ne connaissait les indices associés aux différents types de dénutrition et utilisés pour évaluer l'état nutritionnel des enfants. Cela vient confirmer le manque de formation des agents et montre aussi que les supervisions n'étaient pas formatives.

Les résultats montrent par ailleurs que les connaissances sur la conduite à tenir devant les résultats des mesures n'étaient pas très précises. Les agents faisaient appel à leur avis personnel sur la question plutôt qu'aux recommandations des Directives.

En résumé, pour ce qui est de la connaissance des Directives, notre étude met en évidence l'absence de diffusion de ces Directives dans les structures de santé qui sont de ce fait, méconnues des agents. Ces derniers mènent l'activité sans avoir une connaissance assez précise des recommandations.

4.3 Faible application des Directives dans la pratique

Accueil et examen

Le score pour ce qui est de la composante « accueil et examen » du suivi de la croissance était de 58% de façon globale, traduisant un niveau très moyen d'application des Directives.

Les étapes de « vérification des données inscrites dans le carnet » et de « vérification de l'état vaccinal de l'enfant » étaient réalisées dans toutes les structures. Cela s'explique par le fait que les enfants reçoivent leur dose de vaccination au cours de la même séance comme mentionné plus haut. Cependant l'agent qui effectue les pesées n'est pas forcément celui qui vérifie les données dans le carnet car le travail se fait le plus souvent à la chaîne. Un agent vérifie les données et l'état vaccinal, un agent effectue la vaccination, un autre réalise les pesées et parfois un agent enregistre les données dans le carnet.

La mesure du poids était faite dans toutes les structures (100%) et celui de la taille dans la majorité des cas (83%). Nos résultats se rapprochent de ceux de Pedraza *et al.* en 2017 à Paraíba au Brésil. Dans l'ensemble de leur échantillon, les mesures du poids et de la taille étaient effectuées dans plus de 80% des cas.²⁶

Cependant, les mères n'étaient pratiquement pas interrogées sur l'état de santé de l'enfant (5 structures sur 6). Dans la moitié des structures, elles n'étaient pas non plus interrogées sur le régime alimentaire de l'enfant. L'interrogatoire est pourtant nécessaire pour s'assurer qu'un épisode de maladie ou qu'un régime alimentaire inadéquat n'a pas influencé négativement la prise de poids de l'enfant. Mais dans la plupart des structures, les agents se contentaient de peser et prendre la taille de l'enfant sans échanger avec la mère.

Aucun agent ne recherchait la présence d'œdèmes aux deux membres inférieurs. La présence d'œdèmes bilatéraux est pourtant un signe de malnutrition et permet de classer systématiquement cette malnutrition comme sévère. Cette étape était omise dans toutes les structures visitées.

Au total, on constate que des étapes aussi importantes que l'interrogatoire des mères et la recherche d'œdèmes, étaient peu ou pas réalisées pour ce qui est de la composante « accueil et examen ». Cela remet en cause la qualité des prestations offertes.

Mesures anthropométriques et interprétation des données

Le poids des enfants était correctement mesuré dans pratiquement toutes les structures. Le score global était de 96%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les agents de santé considèrent la prise du poids comme le point clé de l'activité du suivi de la croissance. Cette activité est d'ailleurs abusivement appelée « activité de pesées ».

Pour ce qui est de la mesure de la taille, le score était de 70%. La mesure de la taille semble revêtir une moindre importance pour les agents que celle du poids. Une structure ne prenait pas du tout la taille des enfants.

Par ailleurs, certains critères de mesure de la taille n'étaient pas correctement observés dans la plupart des structures par les agents. Il s'agit « du maintien de la tête du bébé par la mère contre la partie fixe de la toise » (40%) et « du maintien des jambes par l'agent contre la toise avec une main, pendant que l'autre main déplace le curseur » (40%). Ces gestes permettent de maintenir l'enfant pour l'empêcher de bouger afin d'avoir une mesure correcte de la taille. Le non-respect de ces étapes influence le résultat de la lecture et par conséquent celui même de l'évaluation de l'état nutritionnel. Cela laisse planer un doute sur la qualité des données recueillies.

Sinnaeve *et al.* s'étaient également posés des questions sur la qualité du dépistage de la malnutrition par les agents de santé. Ils avaient mis en évidence ce défaut de qualité du dépistage et de la prise en charge des enfants malnutris lors d'une enquête réalisée dans les centres de santé à Cotonou au Bénin en 2006.²⁷

Aucune structure dans notre étude ne traçait la courbe de croissance dans le carnet de l'enfant.

En France, l'étude réalisée par Vincelet *et al.* en 2003 sur la nature informative du carnet de l'enfant, avait montré que la courbe du poids était tracée dans 62% des cas pour les enfants de 12 à 18 mois et dans 22% des cas pour les enfants de 42 à 54 mois (tranches d'âges retenues pour cette étude).²⁸ L'étude de Testa *et al.* avait quant à elle, montré que la courbe était tracée dans la moitié des cas.¹⁷

Le tracé de la courbe de croissance représente une étape importante du suivi de l'enfant qui semble pourtant être négligée par la plupart des agents de santé. Le report sur le carnet à chaque visite du poids permet de tracer une courbe qui pourra mettre en évidence un ralentissement ou une cassure au niveau de la vitesse de croissance. L'analyse de la courbe de croissance va permettre le diagnostic de dénutrition de l'enfant.

En 1985, à la demande de l'OMS, Gopalan et Chatterjee avaient mené une étude pour examiner l'expérience mondiale acquise dans l'utilisation des courbes de croissance notamment dans le cadre de programmes à grande échelle conduits en Inde, en Indonésie et aux Philippines.

Ils ont conclu que les données sur la croissance étaient souvent inexactes en raison de lacunes dans les aspects techniques, mais la plus grande difficulté des agents de santé était l'interprétation des courbes et la prise de mesures appropriées.²³ Ces problèmes semblent persister à ce jour.

La malnutrition peut également être diagnostiquée par l'évaluation de l'état nutritionnel grâce aux indices anthropométriques exprimés en Z score. Cependant dans notre étude, une seule structure faisait l'évaluation de l'état nutritionnel par le Z score.

En résumé, pour ce qui est de l'application des Directives dans la pratique, certaines étapes telles que la vérification des données dans le carnet, la vérification de l'état vaccinal et la mesure du poids étaient réalisées conformément aux directives.

Par contre, des étapes clés constituant des conditions sine qua none à l'atteinte des objectifs du suivi de la croissance n'étaient pas effectuées. Il s'agit de la mesure correcte de la taille, de la recherche d'œdèmes et du dépistage de la malnutrition.

En réalité, les agents de santé ne dépistent pas la malnutrition puisque ni la courbe de croissance, ni le Z score ne sont renseignés. Ils se contentent de comparer les mesures actuelles à celles de la dernière pesée et ne se sentent interpellés que lorsqu'il y a une diminution du poids par rapport à la mesure antérieure selon nos observations.

4.4 Evaluation par entretien avec les mères

L'entretien avec les mères avait pour objectif de confronter les résultats de l'observation et les dires des agents de santé avec la perception des mères. Il s'agissait en outre d'avoir une idée sur le déroulement des séances antérieures de pesées.

Les résultats obtenus de l'entretien avec les mères confirment les observations faites au cours de notre enquête et montrent que le comportement des agents de santé est habituel.

Profil des mères

Plus d'un tiers des mères interrogées (38%) était de niveau secondaire. Dans 81% des cas, les mères avaient au moins le niveau primaire. Nos résultats sont superposables à ceux de Yessoufou *et al.* en 2015 à Lomé au Togo, avec 88,9% des mères ayant au moins le niveau primaire.⁹

Cette fréquence élevée de femmes ayant un minimum de scolarisation peut s'expliquer par le fait que nous soyons en zone urbaine. Le niveau d'instruction est important car il peut favoriser une meilleure compréhension par les mères, des activités de promotion notamment de l'allaitement et de l'alimentation adéquats.

Accueil et examen de l'enfant

Dans la majorité des cas (74%), les mères ont répondu qu'elles n'étaient pas interrogées sur l'état de santé de l'enfant lors de leurs différentes visites de suivi. Le résultat de l'observation avait aussi montré que l'interrogatoire sur l'état de santé était mené dans une seule structure. L'interrogatoire sur le régime alimentaire de l'enfant n'était pas réalisé selon 49% des mères. Les mères sont plus souvent interrogées sur le régime alimentaire que sur l'état de santé de l'enfant.

Pour ce qui est de l'examen, l'enquête auprès des mères confirme également que seuls le poids et la taille étaient mesurés le plus souvent (67%). Les agents ne recherchaient jamais les œdèmes aux deux membres inférieurs.

Prise de décision avec les mères

Le résultat des mesures anthropométriques était communiqué aux mères dans 59% des cas. Sinnaeve *et al.* en 2006 à Cotonou avaient trouvé que seulement 33% des mères étaient informées de l'état nutritionnel de leur enfant après la consultation.²⁷

Les mères dans 55% des cas, ont déclaré recevoir des conseils. Il s'agissait le plus souvent de conseils de groupe au cours de séances d'IEC selon nos observations. Les entretiens individuels à l'annonce des résultats étaient rares.

Nos résultats sont supérieurs à ceux des études menées au Burkina Faso, au Niger et au Mozambique selon lesquels moins de 30% des mères avaient été conseillées.²⁹

Des études menées à Lusaka en Zambie dans les cliniques de suivi de la croissance ont montré que le temps de contact avec les mères était en moyenne de 30 secondes.³⁰

Au Zaïre (actuelle République Démocratique du Congo), dans trois programmes de santé infantile, 64% des mères avaient bénéficié de moins de 2 minutes de consultation et 43% n'avaient reçu aucun conseil du tout. Selon cette étude, les agents de santé maîtrisaient assez bien la pesée, mais manquaient de connaissances en matière de nutrition et de compétences en communication. De sorte que les conseils, le cas échéant ne comprenaient que de brèves directives normalisées.²⁴

Ce constat rejoint également ceux de Sinnaeve *et al.* qui avaient mis en évidence un manque de connaissance des mères à la fois sur l'état nutritionnel de leur enfant, mais aussi sur l'importance de la prévention par une alimentation équilibrée et suffisante.²⁷

Ce faible intérêt pour les échanges individuels avec les mères pourrait aussi s'expliquer par la charge de travail. Le plus souvent, un seul agent est chargé des pesées. Il s'avère dans ce cas difficile d'accorder du temps à chacune des mères pour des entretiens individuels. Le personnel de santé préfère les conseils de groupe dans le cadre des IEC. Cependant, les séances d'IEC se font avant le début des activités de sorte que les mères qui n'arrivent pas tôt le matin ne peuvent en bénéficier.

Niveau de satisfaction des mères

Les mères ont déclaré être satisfaites de l'accueil au niveau du centre dans 74% des cas et ce, malgré les faiblesses et disfonctionnements relevés. Cela pourrait signifier que les mères adhèrent de façon générale à cette activité. De meilleurs résultats peuvent être obtenus si les agents de santé appliquent toutes les recommandations et améliorent la qualité de leur prestation.

4.5 Limites de l'étude

Cette étude ne s'est pas faite sans difficultés. De ce fait, elle présente un certain nombre de limites qu'il convient de relever.

L'étude a concerné un seul District sanitaire. Le pays en compte 79 dont 12 à Abidjan où s'est déroulé notre stage. Ce faible échantillon s'explique par le manque de moyens financiers et de temps, étant seule à réaliser l'enquête.

Les résultats de cette étude ne sauraient être extrapolés à l'ensemble des Districts. Néanmoins, une telle étude participerait à orienter les responsables de la santé sur les réels problèmes rencontrés dans la mise en œuvre des activités sur le terrain. Elle pourrait en outre susciter une évaluation de plus grande envergure visant un échantillon représentatif de Districts.

La méthode utilisée pour évaluer le respect des Directives par les agents de santé était l'observation de ces derniers au cours des séances de pesées. La présence d'une tierce personne observant le personnel de santé a pu influencer leur geste et modifier leur comportement habituel dans le sens positif. Notre présence s'est faite néanmoins assez discrète de sorte que les agents semblaient ne plus y prêter attention après les premières minutes.

L'enquête auprès des mères s'est déroulée au sein du centre de santé et a porté sur des notions rétrospectives (déroulement des séances antérieures). Cela a pu introduire un biais d'informations. Les mères en effet ont pu être influencées par le fait d'être au centre ou par la présence d'autres mères. De ce fait, elles auraient eu tendance soit à protéger les agents en faisant des éloges ou à les accabler si elles n'étaient pas satisfaites auparavant. C'est l'une des raisons pour laquelle, la collecte des données auprès des mères et celle auprès des agents de santé se sont faites à des jours différents.

Par ailleurs, pour ce qui est de l'analyse des données, la petite taille de notre échantillon ne nous a pas permis de réaliser de tests statistiques. Nous nous sommes contentés d'une analyse descriptive des résultats.

5 Conclusion

Au terme de cette étude qui a concerné le District Sanitaire de Yopougon-Est, le constat est que l'activité du suivi de la croissance telle que menée par les agents sur le terrain s'avère être un échec.

L'objectif de l'étude était d'évaluer le fonctionnement de cette activité dans les structures de santé en vue de déceler les raisons de la persistance de la malnutrition malgré la conduite régulière d'activités de prévention. Les résultats de l'étude ont mis en évidence plusieurs insuffisances qui constituent un obstacle à l'atteinte des objectifs principaux du suivi de la croissance à savoir la prévention et le dépistage précoce de la malnutrition.

En effet, loin d'être une activité de promotion de bonnes pratiques nutritionnelles et de santé, le suivi de la croissance semble se résumer en des pesées routinières. Les agents de santé ne sont pas formés pour la plupart, manquent de matériel et ont très peu de connaissances sur les Directives qui sont censées les guider. Par conséquent, la mise en œuvre de l'activité en pratique sur le terrain ne se fait pas conformément aux recommandations. En outre, très peu d'échanges ont lieu entre les agents et les mères qui ne sont pratiquement pas interrogées sur l'état de santé et le régime alimentaire des enfants. La plupart d'entre elles ne reçoivent pas de conseils lors de leurs visites.

Des études avaient remis en cause l'utilité et l'efficacité du suivi et promotion de la croissance dans la lutte contre la malnutrition. On se rend compte que le problème en réalité ne se situe pas au niveau de l'efficacité mais avant tout, dans la façon dont l'activité est menée en pratique courante. Il va de soi qu'une activité mal conduite ne peut être efficace et atteindre les objectifs escomptés.

Cette étude ne saurait être extrapolée à l'ensemble des Districts sanitaires, cependant elle suscite de réelles interrogations quant à la qualité des prestations fournies dans les structures de santé. Il conviendrait de mener une évaluation à plus grande échelle touchant un échantillon représentatif de Districts et d'entreprendre des actions correctrices afin d'améliorer la qualité des services pour une meilleure prévention et un dépistage précoce effectif de la malnutrition.

Nous ne saurions terminer nos propos sans faire quelques recommandations qui pourraient orienter à différents niveaux, les acteurs de la santé en ce qui concerne le suivi de la croissance.

Recommandations

Aux responsables des structures de santé

- L'activité de suivi de la croissance ne doit pas être couplée aux séances de vaccination ni se faire tous les jours de la semaine. Il est préférable que dans la semaine, un jour soit consacré à cette activité afin de mobiliser un personnel suffisant et réaliser correctement l'activité. Cela contribuera à réduire la charge de travail du personnel et à améliorer la qualité du service.
- Le suivi de la croissance doit être accompagné de séances d'éducation nutritionnelle et de démonstrations culinaires qui doivent se faire le même jour.

A la Direction Départementale de la Santé

- Un point focal nutrition doit être désigné et formé afin de mener des supervisions formatives régulières dans les structures de santé compte tenu de la mobilité du personnel de santé.

Au Programme National de Nutrition

- Les centres de santé doivent être équipés en matériel de démonstrations culinaires et disposer de tous les instruments de mesure nécessaires pour conduire efficacement l'activité.
- Des formations sur le suivi de la croissance doivent être organisées à l'endroit de tout le personnel de santé en charge de cette activité en s'appuyant sur les Directives et les modules d'évaluation de la croissance élaborés par l'OMS.
- Les Directives Nationale de Nutrition doivent être vulgarisées et affichées aux vues des agents de santé afin qu'ils s'en approprient dans leur pratique quotidienne.
- Les médecins généralistes doivent être formés à la prise en charge de la malnutrition pour faciliter la référence.

Références

- 1 Organisation Mondiale de la santé. *Statistiques sanitaires mondiales 2010*. Genève, 2010. 177 pages.
- 2 Organisation Mondiale de Santé. *Malnutrition*. Feb 2018. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition> (accessed Nov 27, 2018).
- 3 WHO Regional Office for Africa Brazzaville. *Nutrition in the WHO African Region*. 2017. https://afro.who.int/sites/default/files/2017-11/Nutrition%20in%20the%20WHO%20African%20Region%202017_0.pdf (accessed Dec 1, 2018).
- 4 Programme National de Nutrition de Côte d'Ivoire. *Directives Nationales de Nutrition*. Edition 2009. 48 pages.
- 5 Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2011-2012 Rapport de synthèse*. Côte d'Ivoire: Institut National de Statistique. 2012. 24 pages.
- 6 Hankard R, Colomb V, Piloquet H, et al. *Dépister la dénutrition de l'enfant en pratique courante*. Archives de pédiatrie. Vol 19. 2012. pp 1110–1117.
- 7 Bellamy C, Grant JP, Unicef. *La situation des enfants dans le monde 1998*. New York: UNICEF. 1998. 146 pages.
- 8 Unicef. Malnutrition aiguë sévère. https://www.unicef.org/french/nutrition/index_sam.html (accessed Dec 1, 2018).
- 9 Yessoufou G. A1.*, Yessoufou K. A.2, Gbaguidi B.1, Sezan A.1, Agbere A-R. D.2, 3. *Evaluation anthropométrique de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 59 mois reçus à l'Unité de vaccination de CHR Lomé-Commune (Togo)*. J Rech Sci Univ Lomé (Togo). Série A, Vol 17(1). 2015. pp 21-32.
- 10 Wilson JMG, Jungner G. *Principles and practice of screening for disease*. Public Health Papers N°34. 1968. 168 pages.
- 11 Michael C. Latham. *La nutrition dans les pays en développement*. FAO 2001. <http://www.fao.org/docrep/004/W0073F/w0073f00.htm#toc>.
- 12 Aussel C, Ziegler F. *Évaluation de l'état nutritionnel*. Revue Francophone des Laboratoires Cahier 1. 2014. pp 53–60.
- 13 Solal-Céligny A. *Evaluation et analyse de l'état nutritionnel des populations*. Division de la Nutrition et de la Protection des Consommateurs (AGNA) FAO, Rome. pp 1-16.

- 14 De Onis M, Garza C, Onyango AW, Rolland-Cachera M-F. *Les standards de croissance de l'Organisation Mondiale de la Santé pour les nourrissons et les jeunes enfants*. Archives de Pédiatrie. Vol 16. 2009. pp 47–53.
- 15 République de Côte d'Ivoire. *Plan National Multisectoriel de Nutrition 2016- 2020*. Mai 2016. 37 pages.
- 16 Ngirabega JDD, Hakizimana C, Wendy L *et al*. *Amélioration de la gestion d'un programme de suivi de la croissance à base communautaire des enfants en milieu rural au Rwanda*. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. Vol 58. 2010. pp 111–119.
- 17 Testa J, Sinnaeve O, Ibrahim Y, Ayivi B. *Evaluation de la qualité du dépistage et de la prise en charge de la malnutrition infantile à Cotonou, Bénin*. Médecine Tropicale. Vol 68. 2008. pp 45–50.
- 18 Programme National de Nutrition. *Guide national de recettes pour l'alimentation de complément des enfants âgés de 6 à 24 mois en Côte d'Ivoire*. Décembre 2015. 96 pages.
- 19 Becquet R. *Complementary feeding adequacy in relation to nutritional status among early weaned breastfed children who are born to HIV-Infected mothers: ANRS 1201/1202 Ditrème Plus, Abidjan, Cote d'Ivoire*. Pediatrics. Vol 117. 2006. pp e701–710.
- 20 Kapil U, Saxena N, Nayar D, Gnanasekaran N. *Status of growth monitoring activities in selected ICDS projects of Rajasthan*. Indian pediatrics. Vol 33. 1996. pp 1-3.
- 21 George SM, Latham MC, Frongillo EA, Abel R, Ethirajan N. *Evaluation of effectiveness of good growth monitoring in south Indian villages*. The Lancet. Vol 342. 1993. pp 348–352.
- 22 Marek T, Diallo I, Ndiaye B, Rakotosalama J. *Successful contracting of prevention services: Fighting Malnutrition in Senegal and Madagascar*. Health Policy and Planning. Vol 14. 1999. pp 382–389.
- 23 Ashworth A, Shrimpton R, Jamil K. *Growth monitoring and promotion: review of evidence of impact*. Maternal & Child Nutrition. Vol 4. 2008. pp 86–117.
- 24 Gerein NM, Ross DA. *Is growth monitoring worthwhile? An evaluation of its use in three child health programmes in Zaire*. Social Science & Medicine. Vol 32. 1991. pp 667–675.
- 25 Valadez JJ, Brown LD, Vargas WV, Morley D. *Using lot quality assurance sampling to assess measurements for growth monitoring in a developing country's primary health care system*. International Journal of Epidemiology. Vol 25. 1996. pp 381–387.
- 26 Pedraza DF, Santos IS. *Avaliação da vigilância do crescimento nas consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do estado da Paraíba, Brasil**. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Vol 26. 2017. pp 847–855.
- 27 Sinnaeve O, Testa J, Ablefonlin E, Ayivi B. *Aspects épidémiologiques de la malnutrition infanto-juvénile à Cotonou (BENIN)*. Médecine Tropicale. Vol 66. 2006. pp 177–181.

28 Vincelet C, Tabone M., Berthier M, *et al.* *Le carnet de santé de l'enfant est-il informatif ? Évaluation dans différentes structures de prévention et de soins.* Archives de Pédiatrie. Vol 10. 2003. pp 403–409.

29 Hampshire RD, Aguayo VM, Harouna H, Roley JA, Tarini A, Baker SK. *Delivery of nutrition services in health systems in sub-Saharan Africa: opportunities in Burkina Faso, Mozambique and Niger.* Public Health Nutrition. Vol 7. 2004. pp 1047-1053.

30 Msefula D. *How can growth monitoring and special care of underweight children be improved in Zambia?* Tropical Doctor. Vol 23. 1993. pp 107–112.

Liste des figures

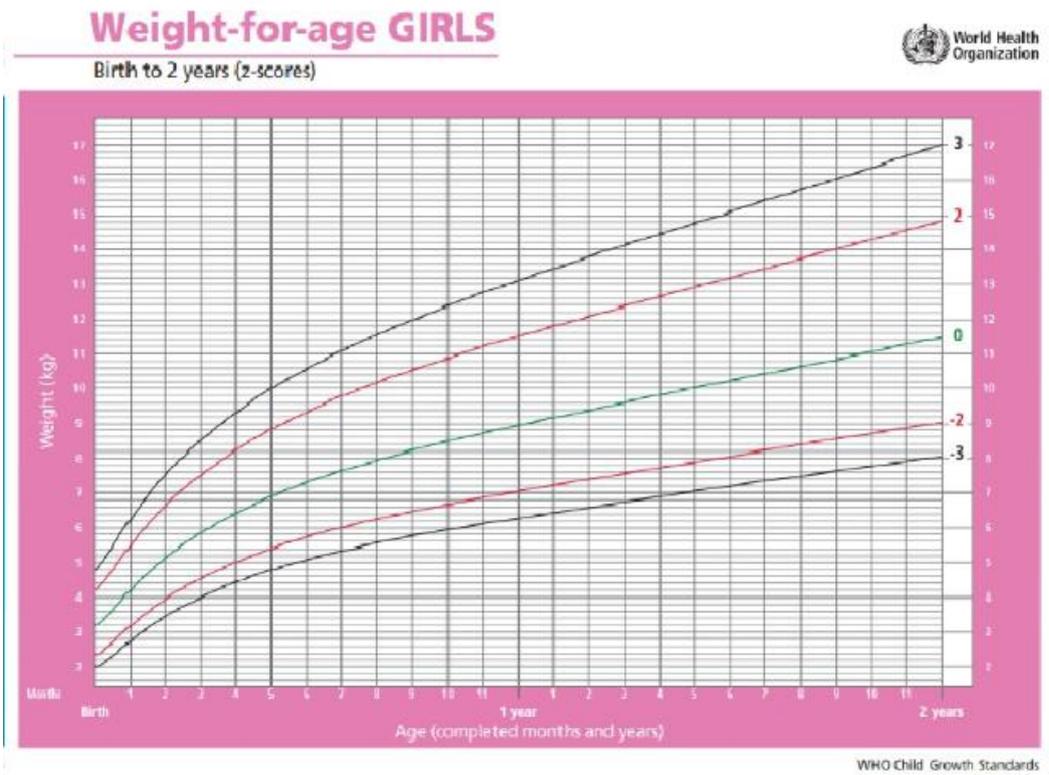
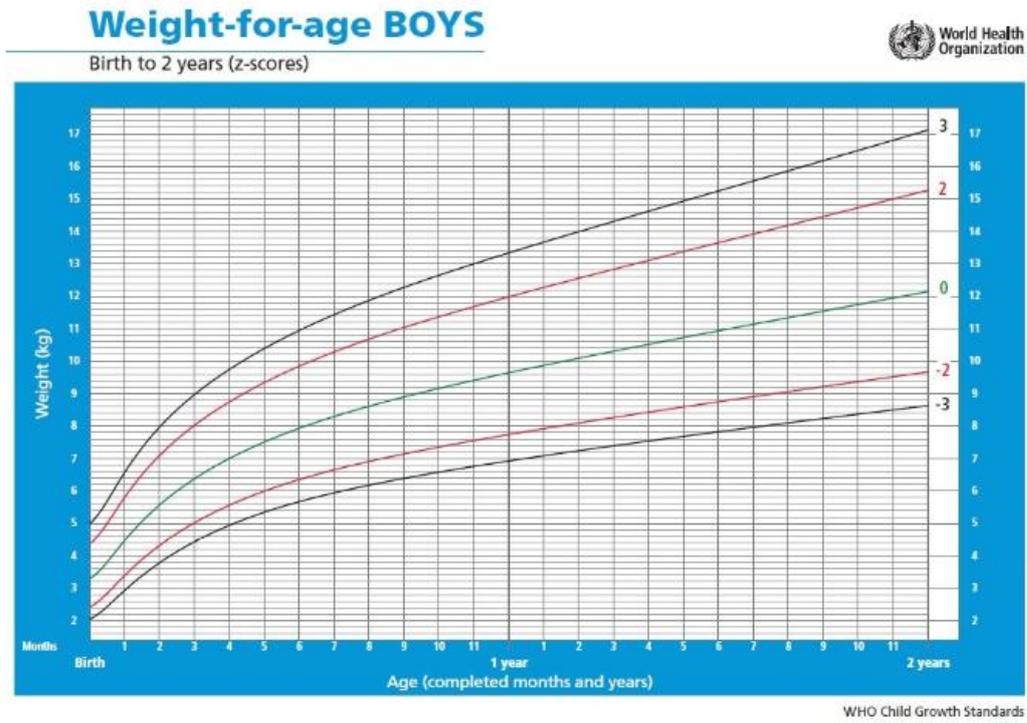
Figure 1	Répartition des responsables de l'activité selon leur fonction.....	17
Figure 2	Répartition des agents commis à l'activité selon leur fonction.....	17
Figure 3	Répartition des mères selon leur niveau d'instruction.....	26
Figure 4	Répartition des mères selon leur fonction.....	26
Figure 5	Répartition des mères selon l'interrogatoire sur l'alimentation de l'enfant.....	27
Figure 6	Répartition des mères selon l'interrogatoire sur l'état de santé de l'enfant.....	27
Figure 7	Répartition des mères selon l'examen de l'enfant.....	28
Figure 8	Niveau de satisfaction des mères concernant l'accueil.....	29

Liste des tableaux

Tableau 1	Accessibilité géographique aux soins.....	9
Tableau 2	Récapitulatif du personnel de santé du District.....	10
Tableau 3	Répartition du nombre d'enquêtés en fonction de la structure.....	11
Tableau 4	Répartition selon la fréquence des activités.....	15
Tableau 5	Disponibilité des autres activités de nutrition rattachées aux pesées.....	16
Tableau 6	Répartition des agents de santé formés et des supervisions par structure.....	18
Tableau 7	Répartition du matériel selon la disponibilité dans l'ensemble des structures.....	19
Tableau 8	Récapitulatif des connaissances des agents sur les directives.....	20
Tableau 9	Réalisation des étapes par structure de santé.....	21
Tableau 10	Respect des étapes de la prise du poids de l'enfant par structure.....	22
Tableau 11	Respect des étapes pour la mesure de la taille de l'enfant en fonction de la structure.....	23
Tableau 12	Interprétation des données par structure (dépistage de la malnutrition).....	24
Tableau 13	Tableau : Reportage des données par structure.....	25

Annexes

Annexe 1 : Courbes de croissance de l'OMS



Annexe 2 : Directives Nationales de Nutrition

DIRECTIVES POUR LE SUIVI ET LA PROMOTION DE LA CROISSANCE

La mise en application des directives pour le suivi et la promotion de la croissance du nouveau-né, du nourrisson et du jeune enfant permettra d'apprécier le gain de poids et de taille, de dépister précocement la malnutrition pour une croissance optimale. Ces directives concernent les enfants sains âgés de 0 à 59 mois.

❖ Directive 1

- Accueillir la mère, son enfant et l'examiner :

1. Interroger la mère sur :

- l'état de santé de l'enfant ;
- le régime alimentaire de l'enfant depuis la naissance : apprécier la quantité, la qualité, la fréquence, la diversité et le type de repas.

2. Vérifier l'état vaccinal ;

3. Prendre l'âge et les mesures anthropométriques (Poids, Taille, PB), et rechercher les œdèmes bilatéraux des membres inférieurs.

❖ Directive 2 :

Déterminer les indices anthropométriques et interpréter les données :

Tableau II : Etat nutritionnel à partir du Poids et de la taille (tableau de Z score en annexe)

Valeur du Z score	Taille pour Age	Poids pour Age	Poids pour Taille
Au-dessus de 3		Possible problème de croissance (se référer à l'indice P/T pour une évaluation précise)	Obèse
Au-dessus de 2			En surpoids
Au-dessus de 1			Risque possible de surpoids
Médiane (0)			Normal
En dessous de -1		Normal	Normal
En dessous de -2	Retard de croissance	Poids insuffisant	Emacié
En dessous de -3	Retard de croissance important	Poids gravement insuffisant	Gravement Emacié

- Etat nutritionnel à partir du PB
 - Si $PB < 11.5$ cm ou bande rouge : malnutrition aigüe sévère
 - Si $11.5\text{cm} \leq PB < 12.5$ cm ou bande jaune : malnutrition aigüe modérée
 - Si $PB \geq 12.5$ cm ou bande verte : état nutritionnel satisfaisant.
- Présence d'œdèmes bilatéraux des membres inférieurs
 - Prendre en charge l'enfant selon le protocole de PEC de la malnutrition aigüe

❖ Directive 3

- Prendre des décisions avec la mère dans le but de corriger les erreurs et/ou la féliciter

La prise de décision sera fonction des résultats obtenus après l'utilisation des courbes de croissance et des indicateurs rapportés à des normes¹.

Un enfant dont la courbe de croissance est normale bénéficiera, à travers sa mère, des félicitations et des encouragements de la part du personnel de santé pour continuer dans cette voie.

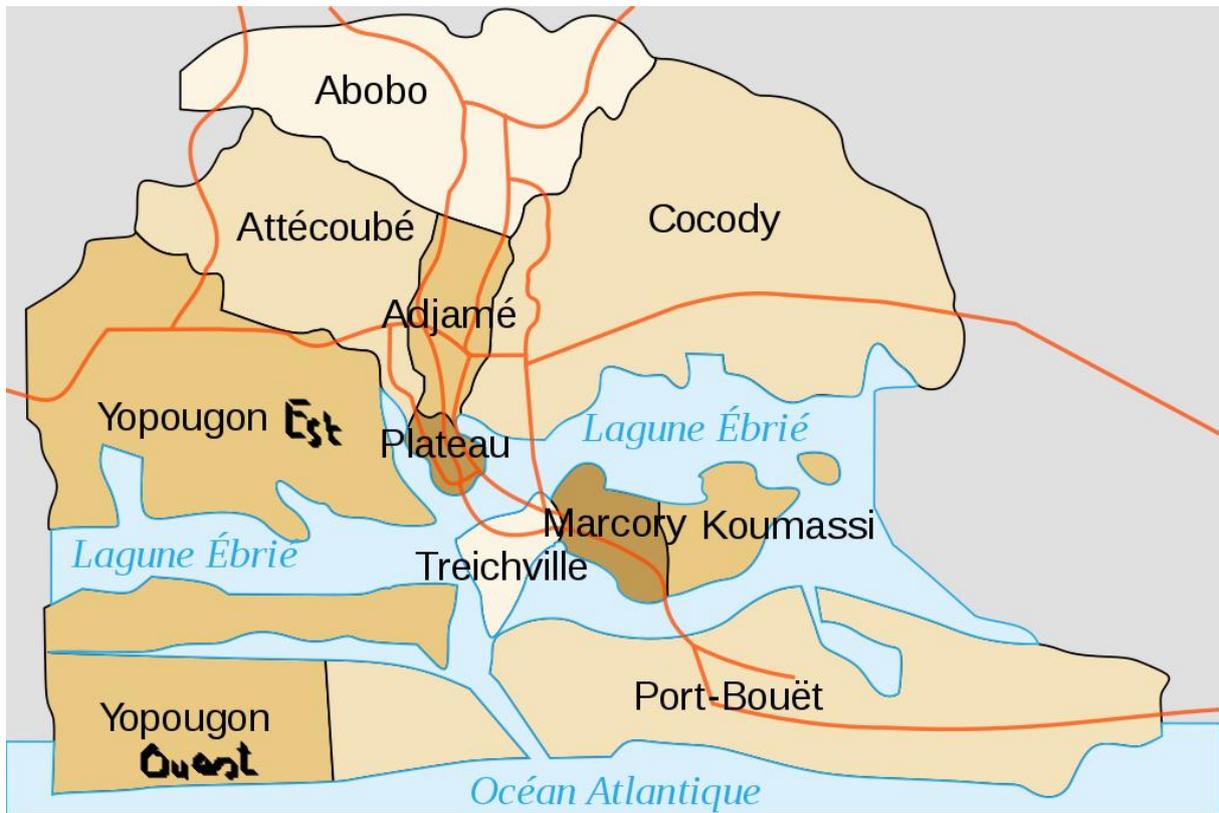
Les situations ci-après peuvent signaler un problème ou laisser supposer un risque :

- La courbe de croissance d'un enfant coupe une courbe de valeur du z score
 - Il y a un changement brusque – redressement ou fléchissement – dans l'orientation de la courbe de croissance.
 - La courbe de croissance de l'enfant reste plate (stagne) ; c'est-à-dire qu'il n'y a ni gain de poids ni gain de taille.
- Après un interrogatoire pointilleux à la recherche de causes éventuelles, il faut donner les conseils nutritionnels nécessaires pour corriger les erreurs de régime ou au cas échéant, le référer vers une structure spécialisée.

 - Rapporter les activités de nutrition dans :
 - le carnet de santé,
 - le registre de consultation,
 - la fiche de pointage.

Noter les actes de nutrition dans le rapport mensuel des activités

Annexe 3 : Carte du District Sanitaire de Yopougon-Est



Source : Wikipédia

Annexe 4 : Questionnaire aux responsables de l'activité de suivi de la croissance

THEME : EVALUATION DU SUIVI DE LA CROISSANCE DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YOPOUGON-EST

QUESTIONNAIRE AU RESPONSABLE DU SERVICE DE SUIVI ET PROMOTION DE LA CROISSANCE

Date : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Structure :

- CSU-DM COM Andokoi¹ CSU-D prison MACA² CSUS-SSSU Sicogi³
FSU COM Ouassakara⁴ FSU COM Koweit⁵ CSU-DM Sante⁶
CSU-DM Ile boulay⁷ FSU COM Toits-rouges⁸ FSU COM Koute⁹

Fonction de l'agent enquêté :

- Sage femme¹ Infirmier² Aide soignante³
Puéricultrice⁴ Fille/Garçon de salle⁵ ASC⁶
Autres⁷ Préciser.....

I/ Disponibilité des activités

I-1/ Les activités de suivi et promotion de la croissance sont-elles menées au sein de votre structure?
Oui¹ Non²

I-2/ Si non pourquoi ?

.....

I-3/ Si oui, à quel rythme ?

- Tous les jours ouvrable¹ Une fois par semaine²
Deux fois par semaine³ Trois fois par semaine⁴
Quatre fois par semaine⁵ Une fois par mois⁶
Autres⁷ Préciser :

I-4/ En moyenne combien d'enfants recevez-vous au cours de ces séances ? /____/

I-5/ Des séances d'éducation nutritionnelle sont-elles organisées au sein de votre service?

Oui¹ Non²

I-6/ Si non, pourquoi ?

.....

I-7/ Si oui, à quel rythme ?

- Tous les jours ouvrable¹ Une fois par semaine²
Deux fois par semaine³ Trois fois par semaine⁴
Quatre fois par semaine⁵ Une fois par mois⁶
Autres⁷ Préciser :

I-8/ Environ combien de femmes recevez-vous au cours de ces séances ? /____/

I-9/ D'autres activités de nutrition sont-elles menées au sein de votre structure?

Oui¹ Non²

I-10/ Si oui lesquelles ?

.....

I-11/ Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la mise en œuvre des activités?

Personnel insuffisant¹ Personnel non formé² Manque de matériel³ Autres⁴

Préciser :

II/ Ressources humaines

II-1/ Combien de personnes sont affectées aux activités de suivi promotion de la croissance ? /___/

II-2/ Combien parmi elles ont reçu une formation sur le suivi et promotion de la croissance? /___/

II-3/ Combien parmi elles n'ont jamais reçu de formation dans le domaine de la nutrition?
/___/

II-4/ Combien de fois avez-vous été supervisés ces 6 derniers mois ? /___/

III/ Ressources matérielles (demander à voir le matériel)

III-1/ Le service dispose t-il d'un pèse bébé en bon état ?

Oui¹ Non²

III-2/ Le service dispose t-il d'un pèse personne en bon état ?

Oui¹ Non²

III-3/ Le service dispose t-il d'une toise horizontale en bon état ?

Oui¹ Non²

III-4/ Le service dispose t-il d'une toise verticale en bon état ?

Oui¹ Non²

III-5/ Le service dispose t-il de ruban pour la mesure du périmètre brachial ?

Oui¹ Non²

III-6/ Le service dispose t-il d'un registre pour les activités de nutrition ?

Oui¹ Non²

III-7/ Le service dispose t-il d'outils de communication (boîte à image, affiches etc.)?

Oui¹ Non²

Annexe 5 : Questionnaire aux agents de santé commis à l'activité

THEME : EVALUATION DU SUIVI DE LA CROISSANCE DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YOPOUGON-EST

QUESTIONNAIRE AUX AGENTS DE SANTE

La participation à cette enquête est volontaire. Les résultats sont confidentiels et seront utilisés uniquement pour un travail de recherche scientifique. Vous pouvez vous retirer librement à tout moment de l'entretien si vous ne désirez plus continuer.

Date : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Structure :

- | | | |
|--|--|--|
| CSU-DM COM Andokoi ¹ <input type="checkbox"/> | CSU-D prison MACA ² <input type="checkbox"/> | CSUS-SSSU Sicogi ³ <input type="checkbox"/> |
| FSU COM Ouassakara ⁴ <input type="checkbox"/> | FSU COM Koweit ⁵ <input type="checkbox"/> | CSU-DM Sante ⁶ <input type="checkbox"/> |
| CSU-DM Ile boulay ⁷ <input type="checkbox"/> | FSU COM Toits-rouges ⁸ <input type="checkbox"/> | FSU COM Koute ⁹ <input type="checkbox"/> |

Fonction de l'agent enquêté :

- | | | |
|---|---|--|
| Sage femme ¹ <input type="checkbox"/> | Infirmier ² <input type="checkbox"/> | Aide soignante ³ <input type="checkbox"/> |
| Puéricultrice ⁴ <input type="checkbox"/> | Fille/Garçon de salle ⁵ <input type="checkbox"/> | ASC ⁶ <input type="checkbox"/> |
| Autres ⁷ <input type="checkbox"/> | Préciser..... | |

Connaissance des directives nationales pour le suivi et la promotion de la croissance

1/ Les directives pour le suivi et la promotion de la croissance sont-elles disponibles au sein de votre structure?

- Oui¹ Non² Ne sais pas³

2/ Connaissez-vous les objectifs de l'activité du suivi et promotion de la croissance?

- Oui¹ Non²

3/ Si oui, quels sont ces objectifs ?

- | | |
|---|--|
| Apprécier le gain de poids et de taille ¹ <input type="checkbox"/> | Traiter la malnutrition ² <input type="checkbox"/> |
| Dépister précocement la malnutrition ³ <input type="checkbox"/> | Prévenir la malnutrition ⁴ <input type="checkbox"/> |
| Autres ⁵ <input type="checkbox"/> Préciser : | |

.....

4/ Connaissez-vous les composantes de l'activité de suivi et promotion de la croissance ?

- Oui¹ Non²

5/ Si oui, quelles sont ces composantes ?

- | | |
|--|--------------------------|
| Accueillir la mère, l'enfant et l'examiner ¹ | <input type="checkbox"/> |
| Déterminer les indices anthropométriques et interpréter les données ² | <input type="checkbox"/> |
| Prendre des décisions avec la mère dans le but de corriger les erreurs et/ou la féliciter ³ | <input type="checkbox"/> |
| Autres ⁴ | <input type="checkbox"/> |

Préciser :

.....

Annexe 6 : Grille d'observation des séances de suivi de la croissance

THEME : EVALUATION DU SUIVI DE LA CROISSANCE DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YOPOUGON EST

GRILLE D'OBSERVATION

La participation à cette enquête est volontaire. Les résultats sont confidentiels et seront utilisés uniquement pour un travail de recherche scientifique. Vous pouvez vous retirer librement à tout moment de l'entretien si vous ne désirez plus continuer.

Date : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Structure :

CSU-DM COM Andokoi ¹ <input type="checkbox"/>	CSU-D prison MACA ² <input type="checkbox"/>	CSUS-SSSU Sicogi ³ <input type="checkbox"/>
FSU COM Ouassakara ⁴ <input type="checkbox"/>	FSU COM Koweit ⁵ <input type="checkbox"/>	CSU-DM Sante ⁶ <input type="checkbox"/>
CSU-DM Ile boulay ⁷ <input type="checkbox"/>	FSU COM Toits-rouges ⁸ <input type="checkbox"/>	FSU COM Koute ⁹ <input type="checkbox"/>

Fonction de l'agent enquêté :

Sage femme ¹ <input type="checkbox"/>	Infirmier ² <input type="checkbox"/>	Aide soignante ³ <input type="checkbox"/>
Puéricultrice ⁴ <input type="checkbox"/>	Fille/Garçon de salle ⁵ <input type="checkbox"/>	ASC ⁶ <input type="checkbox"/>
Autres ⁷ <input type="checkbox"/>	Préciser.....	

I/Accueil et examen

I-1/ L'agent vérifie t-il les données inscrites dans le carnet de l'enfant ou la fiche de suivi ?

Oui¹ Non²

I-2/ L'agent interroge t-il la mère sur l'état de santé de l'enfant ?

Oui¹ Non²

I-3/ L'agent interroge t-il la mère sur le régime alimentaire de l'enfant depuis la naissance ?

Oui¹ Non²

I-4/ L'agent vérifie t-il l'état vaccinal de l'enfant?

Oui¹ Non²

I-5/ L'agent prend t-il le poids de l'enfant ?

Oui¹ Non²

I-6/ L'agent mesure t-il la taille de l'enfant ?

Oui¹ Non²

I-7/ L'agent mesure t-il le périmètre brachial ?

Oui¹ Non²

I-8/ L'agent recherche t-il les œdèmes aux deux membres inférieurs ?

Oui¹ Non²

II/ Mesures anthropométriques et interprétation des résultats

Mesure du poids

II-1/ Quel type de balance l'agent utilise t-il ?

Pèse-personne¹ Pèse-bébé²

II-2/ La balance repose t- elle sur une surface plane (plan dur) ?

Oui¹ Non²

II-3/ Comment l'enfant est-il vêtu lors de la prise du poids ?

Habillé lourd¹ légèrement vêtu² Nu³

II-4/ L'agent de santé note t-il les résultats de la mesure sur un support ?

Oui¹ Non²

II-5/ La technique de mesure du poids est-elle correcte ?

Oui¹ Non²

II-6/ Si non, quelles sont les erreurs ?

.....
.....
.....

Mesure de la Taille

II-7/ Quel est le type de toise utilisé ?

Horizontale¹ Verticale²

II-8/ Comment l'enfant est t-il vêtu lors de la mesure de la taille ?

Avec chaussures¹ Pieds nus² Avec accessoires coiffure³
Sans accessoires coiffure⁴ Autres⁵

précisez.....

II-9/ Les résultats de la mesure sont-ils enregistrés sur un support ?

Oui¹ Non²

II-10/ La technique de mesure de la taille en position couchée ou debout est-elle correcte ?

Oui¹ Non²

II-11/ Si non, quelles sont les erreurs ?

.....
.....
.....

Interprétation des résultats

II-12/ L'agent évalue t-il l'état nutritionnel de l'enfant (Z-score et classification) ?

Oui¹ Non²

II-13/ L'agent trace t-il la courbe de croissance ?

Oui¹ Non²

III/ Prise de décision et rapportage

III-1/ Que fait l'agent lorsque la courbe de croissance et le Z-score répondent aux normes ?

Ne fait rien¹ Donne des conseils² Félicite et encourage la mère³ Autres⁴

Précisez :

III-2/ Que fait l'agent lorsque la courbe de croissance et/ou le Z-score ne répondent pas aux normes ?

Ne fait rien¹ Donne un traitement à l'enfant² Donne des conseils³
Réfère l'enfant⁴ Félicite et encourage la mère⁵ Autres⁶

Précisez :

III-3/ Les activités de nutrition sont-elles rapportées dans le carnet de l'enfant ?

Oui¹ Non²

III-4/ Les activités de nutrition sont-elles rapportées dans un registre de consultation ?

Oui¹ Non²

Annexe 7 : Questionnaire aux mères des enfants venues pour le suivi de la croissance

THEME : EVALUATION DU SUIVI DE LA CROISSANCE SAINTE DES ENFANTS DE 0 A 5 ANS DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE YOPOUGON-EST

QUESTIONNAIRE AUX MERES

La participation à cette enquête est volontaire. Les résultats sont confidentiels et seront utilisés uniquement pour un travail de recherche scientifique. Vous pouvez vous retirer librement à tout moment de l'entretien si vous ne désirez plus continuer.

Date : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Structure :

CSU-DM COM Andokoi ¹ <input type="checkbox"/>	CSU-D prison MACA ² <input type="checkbox"/>	CSUS-SSSU Sicogi ³ <input type="checkbox"/>
FSU COM Ouassakara ⁴ <input type="checkbox"/>	FSU COM Koweit ⁵ <input type="checkbox"/>	CSU-DM Sante ⁶ <input type="checkbox"/>
CSU-DM Ile boulay ⁷ <input type="checkbox"/>	FSU COM Toits-rouges ⁸ <input type="checkbox"/>	FSU COM Koute ⁹ <input type="checkbox"/>

1/ Age de la mère en années : |_|_|

2/ Niveau d'instruction :

Jamais scolarisé¹ Primaire² Secondaire³
 Coranique⁴ Universitaire⁵

3/ Profession :

Ménagère¹ Commerçante² Fonctionnaire³
 Employée du privé⁴ Autres⁵ Préciser :

4/ Date de naissance de l'enfant : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

5/- Sexe de l'enfant :

Féminin¹ Masculin²

6/ Distance du lieu d'habitation en Km (environ) : /_____/

7/ Motif de consultation :

Vaccination¹ Suivi de la croissance² Démonstration culinaire³
 Autres⁴ Préciser :

8/ Combien de fois êtes-vous venus dans ce centre pour le suivi de la croissance votre enfant?
 /____/

9/ Savez-vous pourquoi on fait le suivi de la croissance de l'enfant ?

Oui¹ Non²

10/ Si oui pourquoi ?

.....

11/ Durant vos différentes consultations, l'agent de santé vous interroge t-il sur l'alimentation de l'enfant ?

Oui, toutes les fois¹ Oui, parfois² Non, jamais³

12/ Durant vos différentes consultations, l'agent de santé vous interroge t-il sur l'état de santé de l'enfant ?

Oui, toutes les fois¹ Oui, parfois² Non, jamais³

13/ Durant vos différentes consultations, l'agent de santé examine t-il votre enfant (poids, taille, périmètre brachial et recherche d'œdèmes aux deux membres inférieurs) ?

Non¹ Seulement le poids² Seulement la taille³ Poids et taille⁴
Poids-taille-périmètre brachial-œdèmes⁵ autres⁶

Préciser :

14/ Durant vos différentes consultations, l'agent de santé échange t-il avec vous sur le résultat de l'examen (statut de l'enfant) ?

Oui, toutes les fois¹ Oui, parfois² Non, jamais³

15/ L'agent vous donne t-il des conseils?

Oui, toutes les fois¹ Oui, parfois² Non, jamais³

16/ Sur quoi portent ces conseils ?

.....
.....

17/ L'agent de santé vous donne t-il un rendez-vous?

Oui, toutes les fois¹ Oui, parfois² Non, jamais³

18/ Avez-vous déjà assisté à des séances d'éducation nutritionnelle ?

Oui¹ Non²

19/ Si oui combien de fois ?/ _____/

20/ Comment trouvez-vous l'accueil au niveau du centre de santé ?

Très satisfaisant¹ Satisfaisant² Peu satisfaisant³ Pas satisfaisant⁴