

LA MALNUTRITION VUE A PARTIR  
D'UN CENTRE DE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

S. LALLEMANT-LE COEUR \*, A. MOKA \*\*, M. LALLEMANT \*\*\*

\* SMI Jeanne Vialle  
\*\* Médecin chef des SMI  
\*\*\* ORSTOM

Les SMI ou Centres de Santé Maternelle et Infantile sont des structures de type dispensaire qui sont chargées de suivre sur le plan sanitaire les femmes enceintes et les enfants de 0 à 6 ans.

Il existe pour les enfants, deux grands secteurs :

- le secteur préventif ou "Enfants Sains", où les enfants sont pesés chaque mois, vaccinés et où une éducation sanitaire et nutritionnelle est dispensée ;
- le secteur curatif, où viennent se faire soigner les enfants lorsqu'ils sont malades.

La SMI Jane Vialle que nous avons choisie, est située au coeur de Ouenzé, au centre des quartiers est de Brazzaville. Le nombre d'enfants suivis dans cette SMI est très important : 1972 inscriptions d'enfants "sains" en 1985, 20.063 consultations d'enfants malades en 1985 (premières consultations).

L'un des objectifs explicite des SMI est de dépister et traiter les malnutris. Pourtant, lorsque nous avons consulté les registres des enfants malades, nous avons observé que la malnutrition est un motif de consultation très rare (0,06 %) ; par contre l'anorexie des enfants (manque d'appétit) est une plainte assez fréquente (17.4 %). Nous avons donc voulu savoir ce qu'il en était en réalité. En effet, certaines enquêtes effectuées par l'ORSTOM, montraient un retard de croissance chez de nombreux enfants plus âgés.

## 1. LE SECTEUR "ENFANTS SAINS"

Nous avons analysé de façon retrospective les fiches des enfants (5573 pesées, poids rapporté à l'âge et taille rapportée à l'âge). Les résultats sont les suivants:

Pour toutes les classes d'âge réunies (0 à 13 mois), le pourcentage de pesées dans la zone de malnutrition sévère (zone rouge des fiches) est de 0,6 % ; le pourcentage de pesées dans la zone de malnutrition modérée (zone jaune des fiches) est de 8 %, soit au total 8,6 % en zone jaune et rouge. L'analyse ici porte sur le poids des enfants par rapport à leur âge (nous avons utilisé les normes Morley, n=5573).

Dans les différentes classes d'âge, les résultats sont les suivants (zones rouge et jaune) :

- 0 à 3 mois	:	7,3% (n=2415)
- 3 à 6 mois	:	8,3% (n=2074)
- 6 à 9 mois	:	10,4% (n= 746)
- 9 à 13 mois	:	15,4% (n= 338)

Mais si l'on reprend ces données et qu'on les stratifie suivant le poids de naissance des enfants, on s'aperçoit que le risque de malnutrition entre 9 et 13 mois est beaucoup plus important chez les enfants de petit poids de naissance. Les proportions d'enfants malnutris (zones rouge et jaune) entre 9 et 13 mois selon le poids de naissance s'établissent de la manière suivante :

poids de naissance :	- inférieur à 2400 g	:	24,1 % (n= 29)
	- entre 2400 g et 2700 g	:	19,1 % (n= 47)
	- entre 2700 g et 3250 g	:	18,2 % (n=132)
	- supérieur à 3250g	:	9,2 % (n=130)

L'analyse des courbes de taille par rapport à l'âge (normes OMS) montre une très nette dégradation de l'état nutritionnel à partir de 6 mois. Entre 9 et 12 mois, 15 % des tailles/âge sont au dessous du 3ème percentile, 31,2 %, au dessous du 10ème percentile (n=93).

L'analyse des courbes de poids par rapport à la taille chez ces mêmes enfants donne des chiffres, par contre, très proches des normes OMS : entre 9 et 13 mois, 2 % des poids/taille sont au dessous du 3ème percentile, 15 %, au dessous du 10ème percentile (n=93).

Nous constatons donc la rareté des états de maigreur et la grande fréquence des retards de croissance.

## 2. LE SECTEUR "ENFANTS MALADES"

L'analyse du poids par rapport à l'âge montre que 4 % des enfants sont malnutris sévères (zone rouge) et 19 % sont malnutris modérés (zone jaune), soit 23 % de malnutris au total (n=849, normes Morley). Il faut remarquer que ce chiffre est très supérieur à celui du secteur préventif (8,6 %), ce qui peut en partie s'expliquer par la liaison entre la morbidité et les problèmes nutritionnels. Nous avons voulu préciser ces résultats en pesant et mesurant avec précision et de façon systématique tous les enfants se présentant dans le secteur préventif pendant une durée de deux semaines, et en posant un certain nombre de questions simples. Cette enquête a porté sur 700 enfants et nous avons obtenu les résultats suivants.

- Caractéristiques de la population enquêtée :

- . sex ratio équilibré
- . statut d'habitation des mères : propriétaires : 63,9 %  
locataires : 36,1 %
- . situation matrimoniale des mères :  
mariées (officiellement ou traditionnellement) : 40,9 %  
célibataires (+ union libre ou fiancées) : 59,1 %

- Résultats anthropométriques :

- . poids de naissance : inférieur à 2400 g : 10,2 %  
entre 2400 g et 2700 g : 12 %  
entre 2700 g et 3250 g : 54,9 %  
supérieur à 3250 g : 22,9 %

Il est à noter que 11,2 % des poids de naissance sont inférieurs à 2500 g.

- Poids par rapport à l'âge (normes OMS) :

	< 3ème percentile	< 10ème percentile
moins de 3 mois(n=98)	2 %	4 %
3 - 6 mois(n=154)	2,6 %	9 %
6 - 9 mois(n=114)	8,8 %	22 %
9 - 12 mois(n=122)	18 %	37 %

Le nombre de malnutris augmente régulièrement avec l'âge. Si on s'en réfère à ces normes, on observe une stagnation de poids très précoce. Nous avons donc précisé les composantes de maigreur et de stature de ces retards de croissance.

- Taille par rapport à l'âge (normes OMS) :

	< 3ème percentile	< 10ème percentile
moins de 3 mois	2 %	12 %
3 - 6 mois	4,5 %	11 %
6 - 9 mois	7,9 %	26 %
9 - 12 mois	14,7 %	37 %

Une évolution semblable est observée et on remarque qu'un retard de stature important apparaît à partir de 6 mois.

- Poids par rapport à la taille (normes OMS)

	< 3ème percentile	< 10ème percentile
moins de 3 mois	2,1 %	13 %
3 - 6 mois	0,6 %	3 %
6 - 9 mois	3,6 %	11 %
9 - 12 mois	6,6 %	18 %

Les pourcentages sont très proches des normes. On observe très peu d'enfants maigres, par contre, les enfants petits et gros sont fréquents entre 3 et 6 mois. Ce fait pourrait s'expliquer par le mode d'alimentation, il est donc nécessaire de s'y intéresser.

### 3. ALIMENTATION

L'allaitement maternel est généralisé avec un sevrage qui intervient vers 11 mois (100 % d'allaitement au sein jusqu'à 10 mois). L'allaitement artificiel est très marginal : 2 % des enfants de 1 mois. Seuls 3 enfants de notre échantillon n'étaient pas nourris au sein mais au biberon. L'allaitement mixte, par contre, est plus répandu : à 3 mois (fin des congés de maternité), 37 % des enfants reçoivent un allaitement mixte.

La bouillie est introduite dans l'alimentation à partir du 2ème mois : 34 % des enfants en prennent à 2 mois, 72 %, à 3 mois, 83 %, à 4 mois, 90 %, à 5 mois. L'introduction précoce de la bouillie explique la fréquence des enfants petits et gros. Le plat familial est introduit vers le 6ème mois pour 40 % des enfants et, pour 80 %, à partir du 7ème mois.

Ainsi, contrairement à l'idée préconçue sur la vie en ville qui modifierait les habitudes culturelles de consommation, on observe qu'à Brazzaville les habitudes alimentaires sont restées inchangées, du moins dans les quartiers est. L'allaitement maternel persiste beaucoup plus qu'on ne le dit, mais il intervient pendant moins longtemps que dans les zones rurales (jusqu'à 18 mois).

La malnutrition est donc bien une réalité à Brazzaville. En effet, 8,6 % des enfants du secteur "Enfants sains" (soit 170 enfants en 1985), et 23 % des enfants du secteur "Enfants malades" (soit 4610 en 1985), sont malnutris. Pourtant, seuls les marasmes évidents sont dépistés et entrent dans la filière spéciale de nutrition. Par contre, les malnutris modérés ne sont pas "vus". On peut se poser la question de savoir pourquoi, bien que le dispositif de dépistage soit en place (pesée des enfants, courbes de poids...), ces enfants ne sont pas dépistés et traités? Le personnel soignant semble rejeter la "faute" sur les mères qui sont "négligentes" et refusent de se rendre aux séances d'éducation nutritionnelle. De leur côté, les mères réclament cette prise en charge, en se plaignant de l'inappétence de leur enfant. Est-ce alors le personnel soignant qui n'est pas convaincu de l'efficacité de ces séances d'éducation nutritionnelle puisqu'il se contente généralement de prescrire un "remontant" ou des vitamines ?

La malnutrition est en fait une maladie beaucoup plus qu'un simple symptôme qu'on peut faire disparaître avec un médicament. Elle est un dysfonctionnement plus profond qui nécessite une réelle prise en charge, très difficile à assumer.

Que signifie la prise en charge d'un malnutri ? C'est expliquer, réexpliquer, montrer à la mère comment nourrir son enfant malgré son manque d'appétit ; suivre l'enfant chaque jour ou plusieurs fois par semaine ; encourager la mère à ne pas rejeter son enfant qui est le plus souvent grognon et triste ; soigner l'enfant chaque fois qu'il est malade (ce qui est fréquent), qu'il a la diarrhée, soigner ses multiples pathologies, le déparasiter régulièrement ; essayer d'aider la mère dans ses multiples problèmes familiaux et matériels ; surveiller la courbe de poids en encourageant la mère si l'enfant a grossi et même s'il a maigri ; faire en sorte que la mère ne se sente plus seule avec son enfant. Alors, que faut-il proposer ?

En premier lieu, il faut une prévention à court terme par une surveillance de la prise de poids des enfants (comme elle se fait actuellement) mais qui déboucherait sur un véritable dépistage des enfants à risque et définir une population à risque (petit poids de naissance, mère célibataire, travailleuse ou écolière...) qui serait soumise à une surveillance accrue.

En second lieu, il faut une prise en charge effective des enfants dépistés par :

- la création d'une permanence d'accueil de ces enfants ;
- la prise en charge individuelle par un personnel formé, disponible pour écouter, comprendre, se déplacer à domicile ;
- des explications et démonstrations patientes de recettes hypercaloriques simples, peu onéreuses et bien acceptées des enfants.

Troisièmement, il faut une prévention à moyen terme grâce à un effort d'éducation nutritionnelle utilisant les moyens modernes d'informations (posters, médias...).

Enfin, il faut une prévention à long terme remontant aux facteurs spécifiques de la ville qui prédisposent à la malnutrition et sur lesquels une action est possible. La lutte contre la pauvreté se justifie en soi. Mais on peut penser, par exemple, qu'une meilleure tolérance vis-à-vis des jeunes mères scolarisées pourrait apporter des résultats sur le plan nutritionnel de ces enfants.

# Journées d'Etude sur Brazzaville.

**Actes du colloque**

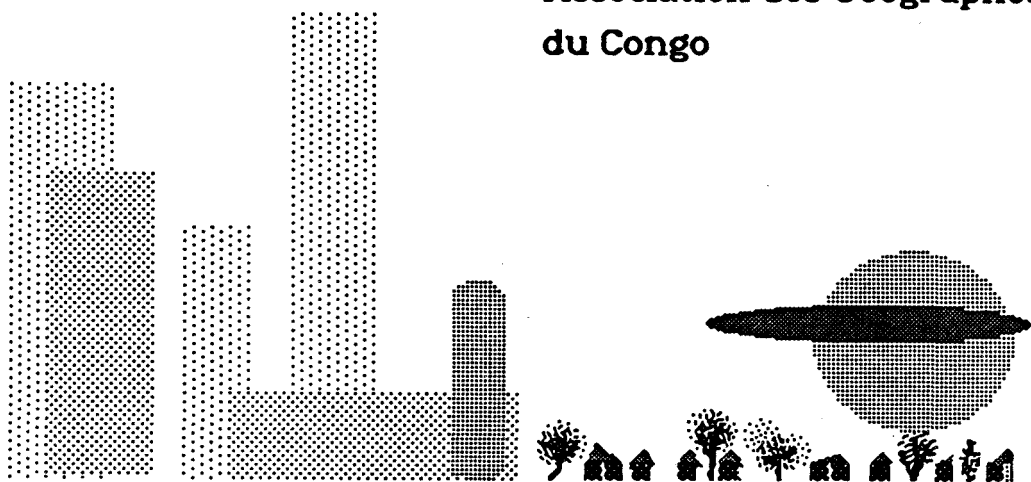
**Brazzaville, 25-28 avril 1986.**

**ORSTOM**

**Santé Urbanisation**

**AGECO**

**Association des Géographes  
du Congo**



**Publié avec le concours de la Mission Française  
de Coopération et d'Action Culturelle.**

**Brazzaville. R. P. Congo.**