

Dénutrition aigüe chez les nourrissons de 1 à 6 mois à Libreville : étude multicentrique

Acute malnutrition in infants aged 1 to 6 months in Libreville: a multicenter study

Lembet Mikolo. A, Mekame Meye. A, Tècle Midili. L, Mabery Grodet. A, Mintsa Mi Kama. E, Nkouambat. A, Kuissi Kamgaing. E, Ategbo. S

Université des Sciences de la Santé – Faculté de médecine – CHU mère et enfant
Fondation Jeanne Ebori – service de pédiatrie – Libreville-Gabon

RESUME

Introduction: l'état nutritionnel chez le nourrisson de 1 à 6 mois est très peu étudié dans nos pays. La dénutrition de l'enfant reste un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale.

Objectif: évaluer l'état nutritionnel des nourrissons âgés de 1 à 6 mois à Libreville.

Méthode: Etude multicentrique, observationnelle, prospective à visée descriptive et analytique sur une période de quatre mois. Elle concernait des nourrissons de 1 à 6 mois né à terme et en bonne santé. Une analyse bivariée et multivariée ont été effectuées pour identifier les facteurs associés à la dénutrition

Résultats: Au total 441 nourrissons ont été enregistrés. La moyenne d'âge était 3,06 mois et le sex-ratio 0,93 en faveur du sexe féminin. La dénutrition était de 13,8% (n=61) soit 12 cas de dénutrition aigüe modérée (2,7%), trois (3) cas de dénutrition aigüe sévère (0,7%). Le risque de dénutrition était présent chez 10,2% (n=45) des nourrissons. Le surpoids et l'obésité était retrouvés dans 13,8% (n=61). Les facteurs associés à la survenue de la dénutrition étaient le niveau d'étude de la mère (p=0,002) et les erreurs diététiques (p<0,001).

Conclusion: la prévalence de la dénutrition chez le nourrisson de 1 à 6 mois est non négligeable dans notre contexte. Les erreurs diététiques constituent un facteur de risque indépendant de dénutrition dans cette tranche d'âge. Aussi la promotion de l'allaitement maternel est un moyen clé pour lutter contre cette affection.

Mots clés : Dénutrition aigüe, nourrisson, surpoids, obésité, Libreville

ABSTRACT

Introduction: The nutritional status of infants aged 1 to 6 months has been little studied in our countries. Child malnutrition remains a major public health problem worldwide.

Objective: To assess the nutritional status of infants aged 1 to 6 months in Libreville.

Method: A multicentre, observational, prospective study with descriptive and analytical objectives, conducted over a four-month period. It involved healthy, full-term infants aged between 1 and 6 months. Bivariate and multivariate analyses were carried out to identify factors associated with malnutrition.

Results: A total of 441 infants were registered. The average age was 3.06 months and the sex ratio was 0.93 in favour of females. Malnutrition was 13.8% (n=61), comprising 12 cases of moderate acute malnutrition (2.7%) and three (3) cases of severe acute malnutrition (0.7%). The risk of malnutrition was present in 10.2% (n=45) of infants. Overweight and obesity were found in 13.8% (n=61). Factors associated with the occurrence of malnutrition were the mother's level of education (p=0.002) and dietary errors (p<0.001).

Conclusion: The prevalence of malnutrition among infants aged 1 to 6 months is significant in our context. Poor dietary habits are a risk factor for malnutrition in this age group. Promoting breastfeeding is therefore a key strategy for combating this condition.

Key words : Acute malnutrition, infants, overweight, obesity, Libreville

Auteur Principal :

LEMBET MIKOLO Aude Mariela

Faculté de médecine, Université des sciences de la santé, Libreville-Gabon

Tel : +24177325278 ; mail : lembetmikoloaude@gmail.com

ORCID- <https://orcid.org/0009-0006-6722-0042>

INTRODUCTION

La dénutrition fait l'objet depuis de nombreuses années de tentatives de définition. Elle peut être définie comme une inadéquation entre les apports et les besoins en nutriments [1,2]. La dénutrition demeure un problème de santé publique à l'échelle mondiale, liée à diverses causes et pouvant perturber le développement psychomoteur ainsi qu'engager le pronostic vital de l'enfant [3]. Selon l'OMS, en 2022, 149 millions d'enfants de moins de 5 ans souffraient d'un retard de croissance, 45 millions étaient émaciés et 37 millions étaient en surpoids ou obèses [3]. En Afrique environ 22% des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition [3,4]. L'UNICEF estime que les enfants de moins de deux ans sont les plus touchés par l'émaciation, et que la prévalence du retard de croissance s'accroît plus vite entre 6 mois et 2 ans lorsque l'alimentation n'est pas suffisante pour subvenir aux besoins nutritionnels de ces enfants [5]. Durant les six premiers mois de la vie, une nutrition adaptée est essentielle à une croissance appropriée, à la formation et au développement du système nerveux [6]. Dans le monde 4,7 millions de nourrissons de moins de six mois sont atteints de dénutrition modérée, 3,8 millions souffrent de dénutrition sévère [6]. En Inde, la prévalence de l'émaciation chez les nourrissons de moins de six mois est de 31,9 % [7]. Au Togo selon l'étude d'Azouma Kd, le taux proportionnel de la dénutrition aiguë sévère était de 16,3 % de 2011 à 2015 [6]. Au Mali Cissouma A enregistrait une prévalence de la malnutrition aiguë sévère de 7,17% chez les nourrissons de moins de six mois en 2020 à l'hôpital de Sikasso et les causes sont multifactorielles [8].

Au Gabon, la dénutrition du nourrisson de 1 mois à 6 mois est peu documentée. Selon EDSG-III de 2019 à 2021, la dénutrition aiguë modérée et la dénutrition aiguë sévère chez les nourrissons âgés de 1 mois à 6 mois représentaient respectivement 6,0 % et 2,8% [9]. Dans la littérature africaine, peu d'études ont concerné la période de l'allaitement maternel exclusif des jeunes nourrissons de moins de six mois [6,10]. C'est dans ce contexte que la présente étude multicentrique a été réalisée dans le but d'améliorer la prise en charge des patients de cette tranche d'âge. L'objectif principal était d'évaluer les caractéristiques de la dénutrition aiguë précoce chez les nourrissons âgés de 1 mois à 6 mois à Libreville au Gabon en 2025 et plus spécifiquement d'estimer la prévalence et d'identifier les facteurs associés.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Design de l'étude : il s'agissait d'une étude multicentrique, de type transversale prospective à visée descriptive et analytique. Elle s'est déroulée sur une période de 4 mois (1er janvier au 30 avril 2025), dans quatre arrondissements de la commune de Libreville, capitale politique du Gabon dont la population est estimée à 703939 habitants [11]. L'étude

a été réalisée au sein de l'unité de vaccination du service de consultation externe de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori (CHUME-FJE) qui est un hôpital de niveau 3 et dans les postes de vaccination des Centres de Santé de Glass, de la Peyrie et de Nzeng Ayong qui sont tous les 3, des structures sanitaires de niveau 2.

2. Population étudiée et critères de jugement : la population source concernait tous les nourrissons de 1 à 6 mois reçus au sein des structures d'accueil. Nous avons inclus après obtention du consentement des parents, tous les nourrissons nés à terme, bien portant, exempt de toute maladie le jour de l'enquête et sans antécédents de souffrance cérébrale ou de malformations.

Nous n'avons pas inclus, les nourrissons ayant des antécédents de prématurité, de retard de croissance intra utérin, d'hospitalisation récente et ceux dont les parents ont refusé de participer à l'étude.

3. Echantillonnage : l'échantillonnage était de type non probabiliste par convenance. Pour une meilleure représentativité de l'échantillonnage, la taille minimale de l'échantillon a été estimée à 385 participants à partir de la formule SCHWARTZ soit n la taille prévue, la valeur de z à 1,96 pour un niveau de confiance à 95%, la précision d est fixée à 5% et la prévalence P utilisée est de 50% (ce « p » empirique a été choisi afin de maximiser la taille car la prévalence nationale et régionale trop faible).

4. Variables étudiées : les variables étudiées étaient les suivantes : variables sociodémographiques (âge, le sexe, rang dans la fratrie, quartier, type de foyer "mono ou biparental", statut vaccinal), les caractéristiques des mères (l'âge, profession, niveau d'instruction, conditions socio-économiques, nombre d'enfants en charge, nombre de personnes vivant dans le ménage, parents vivants ou décédés, statut matrimonial, l'état gestationnel actuel, la gestité, la parité, avortement), paramètres anthropométriques (poids, taille, indice de masse corporel (IMC)), les variables nutritionnelles (type d'alimentation, préparation du biberon, âge du début de la diversification, aliment ajouté à la diversification, âge début du sevrage) et les indices nutritionnels : poids pour âge (P/A), taille pour âge (T/A), poids pour la taille (P/T).

5. Méthode de mesure et d'interprétation

Pour une appréciation de la croissance staturo-pondérale, nous avons procédé tout d'abord par la mesure des paramètres anthropométriques. La taille, le poids ont été pris afin d'apprécier la croissance staturo-pondérale des nourrissons par rapport à leur âge. Le poids a été pris couché à l'aide d'un pèse bébé de la même marque (SOEHNLE), la taille a été mesurée couchée à l'aide d'une toise. Ces paramètres ont été ensuite projetés sur les courbes de croissance de référence de l'OMS afin de comparer chaque enfant par rapport aux normes pour

son âge et son sexe. On qualifie de dénutrition aiguë un faible rapport Poids/Taille (P/T) ou IMC/Âge. Le retard de croissance est un faible rapport Taille/Âge. Il reflète la croissance linéaire. Pour les enfants présentant un faible rapport Poids/Âge, on parle d'insuffisance pondérale. Ainsi on peut distinguer un risque de dénutrition aiguë (< -1 z score), dénutrition aiguë modérée (< -2 z score) et dénutrition aiguë sévère (< -3 z score). Le surpoids est défini par un z score $> +3$ et l'obésité par un z score $> +3$ [12].

6. Collecte des données

En prélude à la collecte des données, une formation des équipes (Internes, Infirmiers) sur les méthodes anthropométriques et au diagnostic des signes cliniques de la dénutrition a été organisée.

À l'arrivée du nourrisson et de son accompagnant à l'unité ou au poste de vaccination, le projet était présenté au parent. Après accord, la prise des paramètres anthropométriques était effectuée par deux agents initialement formés et entraînés à l'aide d'un matériel sensible et régulièrement contrôlé. Toutes les données étaient recueillies sur une fiche de recueil standardisée. Les variables étudiées, étaient liées aux caractéristiques sociodémographiques et aux étiologies.

7. Gestion et analyse des données statistiques : la saisie et l'analyse des données s'est faite à l'aide des logiciels Excel 2016 et STATA 14.

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentage et les variables quantitatives en médiane, moyenne et Ecart-type. L'âge a été transformé en une variable catégorielle (nourrisson d'âge $<$ ou $>$ à la médiane).

Le test chi 2 de Pearson pour comparer les pourcentages et le test chi 2 de Mantel-haenszel pour calculer les odds ratio ont été utilisés.

Nous avons par la suite calculé les intervalles de confiance avec la méthode Exact à 95% pour représenter l'incertitude de l'estimation. Une analyse multivariée avec régression logistique a été effectuée.

Les paramètres de tendances centrales du poids et de la taille des enfants étaient mesurés ainsi que le périmètre brachial. Les Z-scores ajustés ont aussi été calculés. À partir des normes de référence utilisées par l'OMS, nous avons classé les cas en dénutrition aiguë globale, puis en modérés et sévères.

8. Considération éthique et réglementaire

Les différentes autorisations administratives auprès des responsables des structures hospitalières ont été obtenues. Le consentement libre et éclairé de l'accompagnant a été obtenu. La participation était volontaire. L'anonymat et la confidentialité des informations obtenues ont été respectés.

RESULTATS

1. Caractéristiques générales de la population étudiée

Au cours de la période de l'étude, 441 nourrissons ont été enregistrés. L'âge médian était de 3 mois (extrêmes de 1 mois et 6 mois) avec un sex-ratio de 0,93 à prédominance féminine (51,7% ; $n=228$). Il était le seul enfant de la famille dans 35,1% ($n=11$). Il vivait dans un foyer monoparental dans 25,2% ($n=111$) dont la séparation du couple était la cause dans 34,2% ($n=38$) (Tableau I).

Tableau I : caractéristiques générales de la population étudiée ($n=441$)

Paramètres	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Fratrie		
1	155	35,1
2-3	189	42,9
4-5	77	17,5
≥ 6	20	4,5
Structure hospitalière		
CHUME – FJE	77	17,5
Centre de Sante Glass	55	12,5
Centre de santé Peyrie	185	41,9
Centre de Santé Nzeng Ayong	124	28,1
Cause de foyer monoparental		
Séparation de couple	38	34,2
Père affecté ailleurs	6	5,4
Père célibataire	19	17,2
Elèves et étudiants	48	43,2
Niveau d'étude		
Primaire	42	9,5
Secondaire	171	38,8
Supérieur	228	51,7
Non scolarisé	0	0
Conditions socio-économiques		
Favorable	74	16,8
Moyenne	330	74,8
Défavorable	37	8,4

2. Caractéristiques sociodémographiques des mères

L'âge moyen des mères était de 28,07 ans \pm 6,3 (extrêmes de 17 ans et 42 ans). Les mères avaient un niveau d'étude supérieur (51,7%), vivaient en couple dans 73,9% (n=326) et étaient sans emploi dans 58,1% (n=256). Elles avaient une assurance maladie dans 81,9% (n=360). Le revenu mensuel de mères était inférieur à 150.000 Fcfa pour 70,5% (n=311). Le niveau socio-économique était moyen dans 74,8% (n= 330). Dans 57,8% (n=255), les ménages avaient 5 à 10 personnes en charge et dans 40,1% (n=177), les ménages avaient moins de 5 personnes en charge. Quatre mères (0,9 %) étaient enceintes.

3. Vaccination de la population d'étude

Selon le Programme élargie de vaccination national, le statut vaccinal était correct dans 93,9% (n=414).

4. Alimentation de la population d'étude

L'allaitement maternel exclusif était réalisé dans 13,4 % (n=59). L'allaitement mixte concernait 74% des nourrissons (n=325) et l'alimentation exclusive au substitut de lait maternel intéressait 12,9% des nourrissons (n=57). Des erreurs diététiques étaient retrouvées dans 11,5% (n=44). Elles étaient plus observées à l'allaitement mixte dans 84,1% (n=37) et dans 15,9% (n=4), elles survenaient lors de l'alimentation au substitut de lait maternel. Dans 54,5% (n=24), les erreurs diététiques étaient dues à une quantité insuffisante de substitut de lait maternel par rapport au niveau d'eau du biberon (surdilution). Et dans 45,5% (n=20), la quantité de lait était trop grande par rapport au niveau d'eau (sous dilution). L'âge moyen de la diversification alimentaire était de 4,4 mois \pm 0,7 (extrêmes de 1 mois et 6 mois). La bouillie était le principal aliment lors de la diversification alimentaire. Nous avons enregistré un sevrage précoce chez 3 nourrissons (2 mois et 6 mois).

5. Paramètres anthropométriques de nourrissons à l'inclusion à l'étude

Le poids moyen était de 6260 g \pm 1,5 (extrêmes 2900 g et 10,3 kg). La taille moyenne était 59,2 cm \pm 5,2 (extrêmes 46 cm et 75 cm). La moyenne du périmètre crânien était de 40,8 cm \pm 3,3 (extrêmes 36 cm et 58 cm). La moyenne du périmètre brachial était 14,4 cm \pm 2,9 (extrêmes de 10 cm et 21 cm).

6. Etat nutritionnel de la population d'étude

Dans 51,9% (n=229) l'état nutritionnel était correct. La dénutrition représentait 13,8% (n=61). La dénutrition aiguë sévère était de 0,7% (n=3), la dénutrition aiguë modérée représentait 2,7% (n=12) et le risque de dénutrition aiguë était de 10,2% (n=46). Le surpoids et l'obésité représentaient 13,8% (n=61) (Tableau II).

Tableau II : répartition de la population en fonction de l'alimentation et de l'état nutritionnel

Paramètres	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Aliments introduits à la diversification alimentaire		
Bouillie	104	74,8
Bouillie + yaourt	8	5,8
Compote fruits + légumes	22	15,8
Riz écrasé	5	3,6
Etat nutritionnel		
Obèse	10	2,3
Surpoids	51	11,6
Risque de surpoids	90	20,4
Bon état nutritionnel	229	51,9
Risque de dénutrition aiguë	46	10,4
Dénutrition aiguë modérée	12	2,7
Dénutrition aiguë sévère	3	0,7
Dénutrition aiguë (modérée+ sévère) selon la structure de santé		
CHUME-FJE	0	0
Centre Santé Glass	2	13,3
Centre Sante Peyrie	7	46,7
Centre Sante Nzeng Ayong	6	40
Risque de dénutrition aiguë selon la structure de santé		
CHUME-FJE	10	21,7
Centre Santé Glass	1	2,2
Centre Sante Peyrie	15	32,6
Centre Sante Nzeng Ayong	20	43,5

Une association significative était retrouvée entre la survenue de la dénutrition aiguë et le niveau d'étude de la mère ($p = 0,002$) et les erreurs diététiques ($p < 0,001$) (Tableau III).

Tableau III : facteurs associés à la dénutrition en étude bivariée

	Dénutrition aiguë			P
	Non n(%)	Oui n(%)	OR [IC95%]	
Sexe				
Féminin	218 (51,17)	10 (66,67)	1	0,238
Masculin	208 (48,83)	5 (33,33)	0,52 [0,17-1,56]	
Age (mois)				
≤ 3	266 (97,08)	8 (2,92)	1	0,47
> 3	160 (37,56)	7 (46,67)	1,45 [0,51-4,09]	
Niveau d'étude de la mère				
Primaire	36 (8,45)	6 (40,0)	1	0,002
Secondaire	166 (38,97)	5 (33,33)	0,18 [0,05-0,64]	
Supérieur	224 (52,58)	4 (26,67)	0,10 [0,02-0,41]	
Statut matrimonial de la mère				
Célibataire	108 (25,4)	4 (26,7)	1	0,94
Couple	318 (74,6)	11 (73,3)	0,93 [0,29-2,99]	
Type d'alimentation				
Artificielle	54 (12,68)	3 (20,00)	1	0,70
Exclusif	57 (13,38)	2 (13,33)	0,63 [0,10-3,96]	
Mixte	315 (73,94)	10 (66,67)	0,57 [0,15-2,14]	
Erreurs diététiques				
Non	336 (89,84)	7 (53,85)	1	<0,001
Oui	38 (10,16)	6 (46,15)	7,57 [2,36-24,34]	

En analyse multivariée, les erreurs diététiques augmentaient de 8,06 fois le risque de dénutrition aiguë. Néanmoins, le niveau d'étude bien qu'étant associé, est un facteur protecteur ou encore diminue le risque de dénutrition chez le nourrisson (Tableau IV).

Tableau IV : facteurs associés à la dénutrition après régression logistique

	OR	IC [95%]	p
Niveau d'étude			
primaire	1		
secondaire	0,13	[0,029-0,58]	0,008
universitaire	0,086	[0,018-0,40]	0,002
Erreurs diététiques			
Non	1		
Oui	8,06	[2,41-26,97]	0,001

DISCUSSION

Cette étude multicentrique bien que transversale, a permis de dresser un état de lieux sur l'état nutritionnel chez les nourrissons âgés de 1 mois à 6 mois dans la commune de Libreville. Nombreuses études sur l'état nutritionnel réalisées dans notre pays concernaient des nourrissons de 6 mois à 2 ans voir 5 ans. Cette tendance est également observée à travers le monde. La tranche d'âge 1 à 6 mois est peu étudiée or c'est à cette période que la diversification alimentaire, le sevrage précoce, les régimes alimentaires inappropriés et l'absence de vaccin contre le rotavirus grand pourvoyeur de diarrhée sont observés. Au cours de la période de l'étude, sur 441 nourrissons enregistrés, douze nourrissons avaient une dénutrition aiguë modérée et trois nourrissons en dénutrition aiguë sévère, soit une fréquence de 2,7% et 0,7% respectivement. Ces

résultats sont inférieurs à ceux observés au plan national par EDSG-III de 2019 à 2021. Cette enquête a enregistré 6,0 % de dénutrition aiguë modérée et 2,8% de dénutrition aiguë sévère chez les nourrissons âgés de moins de 6 mois. La différence observée peut s'expliquer par le fait que l'EDSG-III 2019-2021 était une enquête nationale prenant en compte les populations du milieu urbain, péri urbain et rural [9]. En Afrique, peu d'études ont été effectuées dans cette tranche d'âge. La fréquence de la dénutrition est variable d'un pays à un autre. Des études menées au Bénin, au Mali, au Togo et au Niger retrouvaient respectivement une fréquence de la dénutrition aiguë sévère chez les nourrissons de 1 à 6 mois de 2,46%, 7,17%, 16,3% et 10,69% [6,8,13,14]. Ces variations observées peuvent être attribuées à des différences socio-économiques, culturelles, à l'efficacité des programmes de nutri-

tion et de santé publique dans les différentes régions. Elles peuvent également être liées au mode de recrutement de la population d'étude car notre étude a surtout concerné les nourrissons apparemment sains, reçus dans les unités de vaccination en milieu urbain. Concernant les facteurs associés, l'étude rapporte une association significative entre la survenue de la dénutrition aiguë et le niveau scolaire de la mère ($p = 0,002$) et les erreurs diététiques ($p < 0,001$). Ce qui est corroboré par d'autres auteurs [8,13]. De plus, Koba Sabi et al rapportaient comme facteurs associés, le non-respect de l'allaitement maternel exclusif, la taille des ménages. [13]. Cissouma A et al retrouvait le jeune âge de la mère, l'insuffisance de préparation pendant la grossesse et la non scolarisation des mères [8]. Pour Azoumah Kd et al, les facteurs identifiés étaient les soins inappropriés à domicile, le recours aux tradithérapeutes, l'insuffisance de lait maternel, les affections du mamelon, le décès maternel et chez le nourrisson, les pathologies infectieuses [6]. En effet les jeunes mamans n'auraient pas suffisamment d'expérience pour pratiquer un allaitement maternel adéquat [12]. Le faible revenu des mères dans notre étude et à l'instar des autres auteurs ne leur permettent pas d'assurer une bonne alimentation et surtout de contribuer financièrement aux soins de leur nourrisson [8]. Bien que ce travail ne met pas en évidence le lien entre le type d'alimentation et la dénutrition, le lait maternel constitue la principale source de nutriments pour le nourrisson à cet âge. Pendant les six premiers mois, l'allaitement exclusif, est recommandé par l'OMS parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires à sa croissance. En plus, le lait maternel, étant stérile, il permet d'éviter la survenue de la diarrhée. Au cours de cette étude l'allaitement maternel exclusif a été pratiqué chez 13,4%. Ce taux en augmentation, est le fruit de nombreuses campagnes de sensibilisation mais il reste beaucoup à faire pour atteindre 55% en 2030 souhaité par la Société Gabonaise de néonatalogie conformément à l'objectif fixé par l'OMS afin d'améliorer la nutrition infantile. Il est important de poursuivre les actions de sensibilisation sur les avantages à donner uniquement le lait maternel à l'enfant pendant les 6 premiers mois de vie. Une étude réalisée en 2016 par l'équipe de Koko et al, au Centre Hospitalier de Libreville retrouvait 15,9% de nourrissons de moins de six mois allaités exclusivement au sein [15]. Notre résultat est inférieur à celui de Dagnoko au Mali qui avait obtenu 47% d'allaitement exclusif avant l'âge de 6 mois [16]. Cette différence pourrait s'expliquer par l'insuffisance de la sensibilisation des mères sur les avantages de l'allaitement exclusif, le congé postnatal court mais surtout par l'absence des lactariums dans notre contexte. Le sevrage avant l'âge de six mois est une pratique fréquente en contexte gabonais. Nous avons enregistré un sevrage précoce chez 3 nourrissons avec un âge moyen de 4,7 mois. La principale cause du sevrage précoce était

la poursuite des études supérieures. L'identification des facteurs associés au sevrage est primordiale pour promouvoir la pratique de l'allaitement maternel. Mbayo Muganza dans son étude, rapportait que l'âge de la mère, le niveau d'étude, l'occupation principale et la parité de la mère étaient les facteurs influençant le sevrage maternel précoce dans le territoire de Pweto en République Démocratique du Congo [17].

CONCLUSION

La fréquence de la dénutrition chez le nouveau-né de 1 à 6 mois bien que faible dans cette étude reste non négligeable. Les erreurs diététiques sont significativement associées à la survenue de la dénutrition aiguë chez les nourrissons de 1 à 6 mois. Ce qui nous impose de prendre des dispositions en termes d'information, d'éducation et de communication auprès des pédiatres, des médecins généralistes, des auxiliaires de puériculture et des mères afin de promouvoir l'allaitement maternel qui demeure un moyen clé pour lutter contre cette affection dans cette tranche d'âge.

REMERCIEMENTS

Nous remercions tous le personnel médical et paramédical des différentes structures sanitaires pour leur bienveillance.

Aucun conflit d'intérêt à déclarer

REFERENCES :

- [1] Haute autorité de santé (2019). Diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte : recommandation de bonne pratique [En ligne]. Consulté le 19/03/2026 Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3120236/fr/diagnostic-de-la-denuitrition-de-l-enfant-et-de-l-adulte-recommandations
- [2] Fond des nations unies pour l'enfance (UNICEF) (2026). Nutrition : Une bonne nutrition est fondamentale pour la survie et le développement des enfants [En ligne]. Consulté le 17 janvier 2026. Disponible sur : <https://www.unicef.org/fr/nutrition>
- [3] Organisation mondiale de la santé (2024). Malnutrition [en ligne]. Consulté le 17 janvier 2026. Disponible sur : www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition
- [4] Dama U, Tchoffo D, Onana Akoa F A, Ndibi Abanda J, Fobasso Dzeuta M, Tedonge Aso-bochia A et al. Prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans dans les départements du Mayo Tsanaga et du Logone et Chari, Extrême-Nord Cameroun. PAMJ-CM 2024 ;14(3). <https://doi.org/10.11604/pamj-cm.2024.14.3.41534>

- [5] UNICEF. L'alimentation des enfants en bas âge n'a connu aucune amélioration au cours des dix dernières années, une situation qui pourrait «fortement empirer» avec la COVID-19. UNICEF [En ligne]. Consulté le 19/03/2026. Disponible sur : <https://www.unicef.org/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/l'alimentation-des-enfants-na-connu-aucune-amelioration-situation-qui-pourrait-empirer-avec-la-COVID-19>
- [6] Azoumah K, Segbedji K, Douti K, Boroki E, Tchagbele O, Djadou K et al. Dénutrition aiguë précoce chez les nourrissons de 1 à 6 mois dans la commune de Kara (Togo). *J Afr Pediatr Genet Med* 2017;3 :23-9.
- [7] Kumar P, Deb S, Wagt A, Gupta P, Bhandari N, Sareen N et al. Prise en charge des nourrissons de moins de six mois, petit et à risque nutritionnel et de leurs mères : pas de temps à perdre [en ligne]. Consulté le 18 janvier 2026. Disponible sur : <https://www.enonline.net/fex/63/fr/prise-en-charge-des-nourrissons-de-moins-de-six-mois-petits-et-risque-nutritionnel-et-de>
- [8] Cissouma A, Haidara D, Coulibaly A, Traore M, Traore AK, Traore SA. Malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 6 mois : Cas de l'hôpital de Sikasso. *Mali santé publique* 2021 ;9(2) :49-54.
- [9] Enquête Démographique et de Santé au Gabon, 2019-2021 (EDSGIII) : Indicateurs Clé, Libreville : Direction Générale de la Statistique (DGS) et ICF ; 2019-2021 [en ligne]. Consulté le 17 janvier 2026. Disponible sur : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR137/PR137.pdf>
- [10] Mwangome M, Ngari M, Fegan G, Mturi N, Shebe M, Bauni E et coll. Diagnostic criteria for severe acute malnutrition among infants aged under 6 months. *Am J Clin Nutr* 2017;105:1415-23.
- [11] Direction générale de la statistique. Résultats globaux du Recensement général de la population et des logements de 2013 du Gabon (RGPL-2013). chap. II. (Effectif, structure par âge, répartition spatiale et évolution de la population) Libreville, 2015:7-195 [En ligne]. Consulté le 29 Avril 2025. Disponible sur : <https://statgabon.ga/#:~:text=Au%20Recensement%20Général%20de%20la,Gabon%20compte%201.981.579%20habitants.>
- [12] Hankard R, Colomb V, Piloquet H, Bocquet A, Bressonc J L, Briendg F A et al. Dépister la dénutrition de l'enfant en pratique courante. *Editer* 2013 ; 48(2) : 201-8.
- [13] Kora Sabi A, Kpetere J, Akpo E, Abdoulaye M, Tankouanou G, Nkouanou G et al. Prévalence et facteurs associés de la dénutrition chez les enfants de 0 à 59 mois au Bénin dans la commune de Karimama. *Annales De l'Université De Parakou - Série Sciences Naturelles Et Agronomie* 2019 ;9(2) : 41-8. <https://doi.org/10.56109/aup-sna.v9i2.53>
- [14] Alkassoum S, Zeidou A, Amadou O, Djibo S, Emoud T, Ibrahim M et al. Malnutrition aiguë sévère (MAS) chez les nourrissons de 0-6 mois au Service de Pédiatrie A de l'Hôpital National de Niamey au Niger. *Med Afr Noire* 2023 ; 7004 : 231-42.
- [15] Nzame Y, Bouloupy M, Gahouma D, Ategbo S, Koko J. Place de l'allaitement dans l'alimentation du nourrisson à Libreville : Enquête auprès de 501 mères. *Health Sci Dis* 2020;21(5):35-40. <https://doi.org/10.5281/hsd.v21i5.1998>
- [16] Dagnoko S. Etude de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 0 à 59 mois hospitalisés au service de pédiatrie de l'hôpital de Sikasso, Mali [Thèse de Médecine], Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako faculté de Médecine et d'odontostomatologie 2022-2023. Consulté le 19 mars 2026. Disponible sur : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/12782>
- [17] Mbayo Muganza G, Kitombole Mwepu E, Nshimba Ngangole I, Kasongo Pembi C, Laku-la Niclette, Kabundji Mulenda S et al. Les facteurs influençant le sevrage maternel précoce en milieu rural. Cas du territoire de Pweto (RD Congo). *IOSR-JPBS* 2022 ;17(2) :47-53.