

**Déterminants de la recrudescence de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois, étude menée dans la zone de santé rurale de Wanierukula/Tshopo, République démocratique du Congo****[Determinants of the recrudescence of acute malnutrition in children aged 6-59 months, study conducted in the Wanierukula/Tshopo rural health zone, Democratic Republic of Congo]****Ayubi Kesse Faustin^{1*}, Botomba Ntambwe Steve², Dourma Marra¹, Eloko Eya Matangelo Gérard³, & Mukandu Basua Babintu Leyka⁴**¹ *Section Santé Communautaire, Orientation Politique, Gestion des Projets et Systèmes de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kisangani, République Démocratique du Congo,*² *Ecole de Santé Publique, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo,*³ *Section Santé Communautaire, Orientation Suivi et Evaluation des Programmes, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo,*⁴ *Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo***Résumé**


La malnutrition sous toutes ces formes continue de toucher plusieurs régions du monde en général, et particulièrement certains pays d'Afrique. En République démocratique du Congo, selon les données de la Direction Provinciale de la Santé de Tshopo publiées en 2023, plus de 1940 cas de recrudescence de malnutrition ont été recensés dans la cité de Tshopo. Cette étude, descriptive du type transversale et quantitative basée sur l'interview structurée directe sur base d'un questionnaire préétablie, a été conduite auprès des 777 mères d'enfants durant la période de trois mois, soit du 24 septembre au 24 décembre 2024. Elle a pour objectif de déterminer les facteurs de prédilection de la recrudescence de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois. Les résultats de cette étude ont montré que la disponibilité des aliments sur le marché, soit 79,5 %, l'âge des mères ≥ 25 ans, soit 68,9 %, le manque d'activité génératrice de revenus, soit 69,8 %, l'indisponibilité des moyens financiers, soit 68,2 %, le faible revenu mensuel du ménage sont des facteurs déterminants la malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois dans la zone de santé de Wanierukula ($p < 0,05$ significatif au seuil conventionnel de 5 %). Des actions concrètes doivent être menées pour réduire le taux de malnutrition dans la cité de Tshopo.

Mots clés : Déterminant, recrudescence, malnutrition, enfants, République démocratique du Congo.**Abstract**

Malnutrition in all its forms continues to affect several regions of the world in general, and certain African countries in particular. In the Democratic Republic of Congo, according to data published in 2023 by the Tshopo Provincial Health Department, more than 1940 cases of recrudescence of malnutrition have been recorded in the city of Tshopo. This descriptive, cross-sectional and quantitative study, based on a structured direct interview using a pre-established questionnaire, was carried out among 777 mothers of children over a three-month period, from September 24 to December 24, 2024. Its aim was to determine the factors most responsible for the resurgence of acute malnutrition in children aged between 6 and 59 months. The results of this study showed that the availability of food on the market, i.e. 79.5%, mothers' age ≥ 25 years, i.e. 68.9%, lack of income-generating activity, i.e. 69.8%, unavailability of financial means, i.e. 68.2%, low monthly household income are determining factors in acute malnutrition among children aged 6 to 59 months in the Wanierukula health zone ($p < 0.05$ significant at the conventional threshold of 5%). Concrete action must be taken to reduce the rate of malnutrition in the city of Tshopo.

Key words: Determinant, recrudescence, malnutrition, children, Democratic Republic of Congo

*Auteur correspondant: Ayubi Kesse Faustin, (ayubikessefaustin08@gmail.com). Tél. : (+243) 810 229 230

 <https://orcid.org/0009-0006-0095-1107>; Reçu le 10/12/2024; Révisé le 10/01/2025; Accepté le 10/02/2025

DOI: <https://doi.org/10.59228/rcst.025.v4.i1.130>

Copyright: ©2025 Ayubi et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC-BY-NC-SA 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

1. Introduction

La malnutrition aiguë est déterminée par les effets récents de la sous-alimentation liée à l'insuffisance des apports alimentaires et à la fréquence élevée des maladies diarrhéiques, parasitaires et infectieuses (Seid et al., 2017 ; Yirga et al., 2019). Elle se caractérise par un manque de nutriments dans le corps. Les causes possibles sont un régime déséquilibré, des troubles de la digestion ou une maladie. Les symptômes sont la fatigue, des étourdissements et une perte de poids. Une malnutrition non traitée peut également entraîner une incapacité physique ou mentale. Le traitement doit viser les maladies sous-jacentes et apporter les nutriments manquants (Seid et al., 2017).

La malnutrition infantile est le principal problème de santé publique et une cause majeure de morbidité et de mortalité infantiles dans les pays en développement (Pelletier, 1995). En 2011, 26 % (165 millions) des enfants de moins de cinq ans présentaient un retard de croissance (taille pour l'âge) à l'échelle mondiale. De plus, 42 millions d'enfants de moins de cinq ans étaient touchés par un retard de croissance presque chaque année. On estime que 159 millions (23,8 %) d'enfants de moins de cinq ans souffraient d'un retard de croissance en 2016, soit une diminution de 37,6 % par rapport aux 255 millions estimés dans le monde (WHO, 2022).

La sous-nutrition en tant que problème en Afrique subsaharienne est un indicateur fort d'un retard de croissance et entraîne chaque année plus de 30 % des décès d'enfants de moins de cinq ans. Selon le rapport de 2018 sur la nutrition dans le monde, environ 101 millions d'enfants de moins de cinq ans souffraient d'insuffisance pondérale (faible poids pour leur âge), dont environ 21 % vivaient en Afrique subsaharienne (Global Nutrition Report, 2018). En 2022, la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans est restée constamment élevée, près d'un quart d'entre eux souffrant d'un retard de croissance (23,6%) et l'insuffisance pondérale (24%) (Albanus & Ashipala, 2023).

La malnutrition est un problème mondial aux conséquences importantes pour la vie, la santé, la croissance, et en général pour la productivité économique des individus et des sociétés. La malnutrition aiguë, caractérisée par une perte musculaire grave, est associée à un risque significativement accru de morbidité et de mortalité qui affecte 52 millions d'enfants de moins de cinq ans dans le monde (WHO, 2022). La malnutrition chronique,

caractérisée par un retard de croissance (c'est-à-dire une croissance linéaire sous-optimale), est fortement associée à la mortalité, à l'immunodéficience et altère le développement cognitif ; elle touche 165 millions d'enfants dans le monde (Black et al., 2013).

La malnutrition sous toutes ses formes comprend la dénutrition (émaciation, retard de croissance, insuffisance pondérale), les carences en vitamines ou en minéraux, le surpoids, l'obésité et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation, en d'autre terme la malnutrition, on entend les carences, les excès ou les déséquilibres dans l'apport énergétique et/ou nutritionnel d'une personne (Ajanovic et al., 2024).

Parmi les enfants âgés de moins de 5 ans, 52 millions souffrent d'émaciation, 17 millions souffrent d'émaciation sévère et 155 millions présentent un retard de croissance, alors que 41 millions sont en surpoids ou obèses. La dénutrition joue un rôle dans environ 45 % des décès d'enfants âgés de moins de 5 ans. Ces décès interviennent principalement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans le même temps, dans ces mêmes pays, les taux d'enfants en surpoids ou obèses sont en hausse (Pelletier et al., 1994).

Selon le rapport de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture FAO de 2021, en République démocratique du Congo, près de 3,3 millions d'enfants de moins de 5 ans souffriront de malnutrition aiguë, dont au moins un million de malnutrition aiguë sévère (FAO, 2021). La République Démocratique du Congo fait partie des pays comptant un taux élevé de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, et la malnutrition est l'une des principales causes de décès dans ce pays en s'associant à d'autres maladies comme la diarrhée, la pneumonie et le paludisme ; maladies plus fréquentes chez l'enfant âgé de moins de 5 ans.

Du point de vue du milieu de résidence, les niveaux de malnutrition chronique présentent de fortes variations. Selon les provinces, on constate que c'est dans les provinces du Sud-Kivu (53 %), du Nord-Kivu et du Kasai Occidental (52 % dans les deux cas) que l'on observe les taux de malnutrition chronique les plus élevés (UNICEF, 2023). On note également que dans ces trois provinces, la prévalence de la malnutrition chronique sévère y est aussi élevée. A l'opposé, c'est dans la ville province de Kinshasa que la prévalence de la malnutrition chronique est la plus faible (17 %). Elle est de 6 % pour la forme sévère.

Selon les analyses de sécurité alimentaires approfondies, plus de 55,1 % ont une consommation alimentaire inadéquate, 55,7 allouent plus de 50% de leurs revenus à l'achat de la nourriture et 11,2% recourent aux stratégies de crise et d'urgence pour faire face à l'alimentation de leurs ménages dans province de la Tshopo et la ville hôte de Kisangani (FAO, 2021).

Selon les données de la Division Provinciale de la Santé de Tshopo de 2023, il y a une augmentation des cas de la malnutrition aigüe chez les enfants, près de 1948 cas ont été enregistrés en 2023. Face à cet état critique observé, cette étude a été conçue afin d'élucider les déterminants de la recrudescence de cas de malnutrition aigüe chez les mères ayant des enfants âgés de 6 à 59 mois dans la zone de santé rurale de Wanierukula des aires de santé ciblées afin de contribuer à la prévention d'une éventuelle épidémie qui pourrait être déclenchée ultérieurement.

De cette problématique, nous avons formulé la question de recherche suivante : qu'est-ce qui est à la base de la recrudescence de cas de malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois dans la zone de santé de Wanierukula ? Pour répondre à cette question fondamentale, l'hypothèse selon laquelle la recrudescence de la malnutrition aigüe chez les enfants âgés de 6 à 59 mois serait liée aux facteurs environnementaux, sociodémographiques, économiques et culturels a été retenue.

2. Matériel et méthodes

2.1. Site d'étude

Notre étude s'est déroulée dans la zone de santé rurale de Wanierukula, l'une des dix-huit zones de santé rurales situées dans la province de la Tshopo en RDC.

2.2. Type d'étude

C'est une étude descriptive du type transversale et utilisant l'approche quantitative basée sur des mères d'enfants se trouvant la tranche d'âge de 6 à 59 mois sur les déterminants de la recrudescence de la malnutrition aigüe dans la zone de santé rurale de Wanierukula.

2.3. Population et échantillon d'étude

La population cible est constituée des mères ayant des enfants de 6 à 59 mois dans les aires de santé de Kipokoso, Mobi et Madula. Pour trouver la taille de notre échantillon nous avons fait recours à la méthode de la stratification proportionnelle conformément au [tableau I](#).

Nous avons utilisé les techniques d'échantillonnage probabiliste en grappe à plusieurs degrés :

- Au premier degré, nous avons procédé à la randomisation des aires de santé ;
- Au deuxième degré, les mères ayant des enfants de 6 à 59 mois sont choisies de façon aléatoire dans chaque aire de santé ;
- Pour obtenir le nombre des mères ayant des d'enfants de 6 à 59 mois dans chaque aire de santé de référence, nous avons recouru à la méthode de la stratification proportionnelle conformément au [tableau 1](#).

2.4. Randomisation des aires de santé

Le tirage des aires de santé a été fait suivant la méthode de sondage aléatoire simple c'est-à-dire, après avoir identifié les 14 aires de santé appuyées dans la Zone de Santé Wanierukula, nous avons attribué le numéro à chaque aire de santé et tiré au hasard dans les urnes des aires de santé. Les trois premiers noms tirés dans l'urne représentent les aires de santé à enquêter, notamment : les aires de santé de Kipokoso, Mobi et Madula

2.5. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon pour cette étude a été calculée par logiciel OpenEpi qui nous a donné une

Taille d'échantillon pour fréquence dans une population

Taille de population (pour facteur de correction de population fini ou fpc)(N) :1948
Fréquence % hypothétique de facteur de résultats dans une population (p): 16%+/-2
Limites de confiance comme % de 100 (absolu +/- %)(d) : 2%
Facteur de calcul (Pour enquêtes de groupes-DEFF): 1

Taille d'échantillon (n) pour plusieurs niveaux de confiance

Confiance Niveau (%)	Taille de l'échantillon
95%	777
80%	431
90%	621
97%	874
99%	1040
99,9%	1269
99,99%	1409

Équation

Taille d'échantillon $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$

taille minimale de 777 mères ayant des enfants âgés de 6 à 59 mois.

En tenant compte que les trois aires de santé sélectionnées non pas la même population d'enfants de 6 à 59 mois ans, nous avons procédé à la stratification proportionnelle comme nous montre le [tableau I](#).

Tableau I. Taille de l'échantillon des enfants de 6 à 59 mois dans les aires de santé

Aires de santé	de	Nombre d'enfants de 6 à 59 mois	Proportion	Taille de l'échantillon	de
MADULA		1125	0,285	221	
MOBI		1359	0,344	267	
KIPOKOSO		1465	0,371	288	
		3949	1	777	

2.6. Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour participer à notre enquête, chaque sujet devrait remplir les critères suivants :

- Mères des enfants de 6 à 59 mois habitant depuis une année ou plus dans les aires de santé retenues ;
- Etre présente durant la période d'étude ;
- Accepter de participer à l'étude.

Celles qui n'ont pas satisfait aux critères d'inclusion sont exclues de l'échantillon.

2.7. Méthodes, techniques et instruments de collecte des données

Pour réaliser cette étude, nous avons utilisé la méthode d'enquête, matérialisée un protocole pour récolter les données qui ont été intégrées et analysées statistiquement. La technique d'interview a été utilisée auprès des responsables des enfants de 6 à 59 mois pour collecter les données. Un questionnaire a été utilisé comme instrument pour collecter les données dans cette étude.

2.8. Considération d'ordre éthique et variables de l'étude

L'aspect éthique de la recherche a été respecté car nous avons pris soin d'informer le motif et la finalité de l'enquête en expliquant en quoi et sur quoi consistait notre entretien en insistant sur le caractère confidentiel, de l'anonymat dans le but d'avoir le consentement éclairé des participants avant de démarrer et la discrétion sur toutes les informations ont été assurées. Ce qui a rendu possible le déroulement de l'enquête dans un climat de confiance après la demande et l'autorisation du Comité Ethique de l'Ecole Doctorale de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa.

La variable dépendante de notre étude est l'état nutritionnel avec deux modalités malnutri et normal. Les variables indépendantes concernent les caractéristiques sociodémographiques, culturelles, économiques, les habitudes alimentaires, etc.

2.9. Plan d'analyse des données

L'analyse des données a été faite à l'aide de logiciel « Epi-info », version 3.4 (2007) (Epi-info, 2017). Les statistiques descriptives (fréquences absolues et relatives, les pourcentages, le ratio, le taux, la moyenne, la médiane) ont été utilisées pour décrire les caractéristiques sociodémographiques, culturelles, économiques et les habitudes alimentaires des enquêtées.

Les statistiques différentielles et les tests du Chi-carré (Fisher) ont été utilisés pour identifier les facteurs associés à la survenue de la malnutrition chez les enfants de 6 à 59 mois dans la zone de santé de Wanierukula. Le seuil de signification fixé à priori est de 5 % soit 0,05.

Les résultats sont présentés sous forme des tableaux.

3. Résultats

Cette section présente les principaux résultats observés chez les 777 mères ayant des enfants de 6 à 59 mois. L'analyse descriptive a constitué à examiner les différents tableaux à travers les pourcentages, les moyennes arithmétiques ainsi que les proportions selon les variables explicatives concernées en relations avec les déterminants de la recrudescence de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois dans la zone de santé de Wanierukula.

Tableau II. Répartition des enquêtés selon les caractéristiques socio-éducatives de l'étude

Caractéristiques	Modalités	Etat nutritionnel			
		Malnutri	Normal	Total	
		n=541 %=69.6	n=236 %=30.4	N=777 %=100	
Statut matrimonial	Célibataire	n	144	49	193
		%	74,6	25,4	100,0
	Divorcée	n	114	33	147
		%	77,6	22,4	100,0
	Mariée	n	83	87	170
		%	48,8	51,2	100,0
Niveau d'études	Union libre	n	159	48	207
		%	76,8	23,2	100,0
	Veuve	n	41	19	60
		%	68,3	31,7	100,0
	Aucun	n	16	3	19
		%	84,2	15,8	100,0
Religion	Cycle d'orientation	n	86	40	126
		%	68,3	31,7	100,0
	Primaire	n	156	27	183
		%	85,2	14,8	100,0
	Secondaire	n	254	131	385
		%	66,0	34,0	100,0
Religion	Supérieur et universitaire	n	29	35	64
		%	45,3	54,7	100,0
	Aucune (non croyant)	n	47	16	63
		%	74,6	25,4	100,0
	Kimbanguiste	n	15	9	24
		%	62,5	37,5	100,0
Religion	Musulmane	n	19	10	29
		%	65,5	34,5	100,0
	Témoin de Jéhovah	n	11	13	24
		%	45,8	54,2	100,0
	catholique	n	82	61	143
		%	57,3	42,7	100,0
Religion	Eglise de réveil	n	219	66	285
		%	76,8	23,2	100,0
	Protestant	n	148	61	209
	%	70,8	29,2	100,0	

Tableau III. Répartition selon la prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois par aire de santé

Nom de l'aire de santé		Etat nutritionnel de l'enfant		
		Malnutri	Normal	Total
Kipokoso	n	184	104	288
	%	34,0	44,1	37,1
Madula	n	170	51	221
	%	31,4	21,6	28,4
Mobi	n	187	81	268
	%	34,6	34,3	34,5
Total	n	541	236	777
	%	100,0	100,0	100,0

Tableau IV. Répartition des enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques des mères et l'état nutritionnel

Variables	Etat nutritionnel		X ²	p<	*
	Malnutri(541)	Normal(236)			
Age					
≥ 25 ans	68,9	31,1	0,06	0,47	N
< 25 ans	66,7	33,3			S
Sexe					
Masculin	75,9	24,1	8,79	0,00	*
Féminin	48,6	51,4			*
Etat civil					
Célibataire	61,5	38,5	6,02	0,01	*
Marié(e)& Autres	84,8	15,2			

Tableau V. Répartition des enquêtés selon les caractéristiques culturelles des responsables et l'état nutritionnel

Variables	Etat nutritionnel		X ²	p<	*
	Malnutri(541)	Normal(236)			
Age					
≥ 25 ans	68,9	31,1	0,06	0,47	N
< 25 ans	66,7	33,3			S
Sexe					
Masculin	75,9	24,1	8,79	0,00	*
Féminin	48,6	51,4			*
Etat civil					
Célibataire	61,5	38,5	6,02	0,01	*
Marié(e) & Autres	84,8	15,2			

Tableau VI. Répartition des enquêtés selon les déterminants de la malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois

Prédicteurs	B	ES	Z	p	OR	IC95%	
						Bi	Bs
Ordonnée à l'origine	-21,6	697,03	-0,031	0,975	4,23	0,00	Inf
Mère moins âgée	0,044	0,021	2,084	0,037	1,046	1,00	1,09
Religion:							
A – catholique	1,54	0,69	2,21	0,027	1,21	1,05	3,83
Témoin de Jéhovah – catholique	2,02	0,79	2,55	0,011	1,13	1,03	2,62
Activité génératrice de revenu :							
Non – Oui	1,35	0,42	3,214	0,001	3,88	1,69	8,86
Disponibilité des moyens matériels et financiers :							
non – oui	2,35	0,43	5,41	<,001	10,51	4,48	24,63
Faible revenu mensuel du ménage	0,017	0,59	-2,90	0,004	1,98	1,07	1,99
Longue durée pour atteindre le marché	0,028	0,42	1,97	0,048	1,028	1,00	1,058
Consultations postnatales pour l'enfant :							
non – oui	0,93	0,33	2,77	0,005	2,55	1,31	4,92
Conseillée sur l'alimentation de l'enfant durant votre grossesse :							
non – oui	0,82	0,31	2,62	0,009	2,28	1,23	4,21

4. Discussion

Selon l'OMS en 2016, la malnutrition est à la base de la mort de plus de la moitié des enfants dans le monde, elle agit lentement, de façon persistante et échappe souvent au diagnostic, elle présente de sérieuses conséquences sanitaires et économiques au niveau de l'individu, de la communauté et de la nation toute entière et encore plus particulièrement graves pour les nourrissons, les jeunes enfants et les jeunes femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et celles qui allaitent. Outre la mort, la malnutrition crée un état morbide insidieux chez les enfants sur une grande échelle et même un enfant avec une légère insuffisance de poids court un risque accru de mourir. Ces propos de l'Organisation Mondiale de la Santé corroborent avec les résultats de notre étude qui a trouvé que, le nombre de cas de malnutrition est plus observé dans l'aire de santé de MOBI (34,6%) suivi de l'aire de santé KIPOKOSO (34,0%) et enfin l'aire de santé MADULA (31,4%).

La région de résidence du responsable de l'enfant est une variable pertinente dans l'étude de la malnutrition. Comme il a été signalé dans la revue de la littérature, l'environnement physique (climat, sol, végétation, disponibilité des ressources naturelles),

social, culturel et économique qui règne dans chaque région influence l'état nutritionnel des enfants et pourrait expliquer les différences de niveau de la malnutrition dans un pays. Pour cette étude, la prévalence de la malnutrition dans la zone de santé Wanierukula est de 69,6%.

La prévalence trouvée dans cette étude est élevée par rapport aux données de la littérature. Selon Dama et collaborateurs la malnutrition aigüe et chronique et les carences en micronutriments touchent principalement les pauvres qui n'ont pas accès à une nourriture suffisante, vivant dans des environnements insalubres sans accès à l'eau potable et aux services de base, et n'ont pas accès à l'éducation (Dama et al., 2024). En Afrique de l'Ouest, les taux de mortalité maternelle et infantile sont les plus élevés dans le monde, notamment au Burkina Faso, au Mali et en RDC, pays de l'Afrique centrale où la prévalence de la malnutrition aigüe chez les enfants de moins de 5 ans est entre 11-19%, de même des millions de personnes souffrent de carences en micro nutriments, plus particulièrement en fer, vitamine A, iode et zinc. Selon les résultats de notre étude, par rapport à l'état civil, 20,6% d'enfants malnutris ont des responsables célibataires, 22,1% des mariés et union libre, 21,6% de divorcés et 23,5% de veuf/ve. La majorité d'enfants malnutris a un responsable de ayant comme niveau d'étude cycle d'orientation, soit 23,3%, habitant un milieu rural, soit 22,1% ; musulmane et non croyant, soit 23,1%.

Les niveaux de la malnutrition varient avec le degré d'instruction de la mère. L'instruction marque une rupture avec les pratiques néfastes à la santé de l'enfant, apporte aux femmes une certaine facilité de s'adapter au monde moderne, une sensibilité aux problèmes d'hygiène et des connaissances en matière de soins accordés aux enfants. Sur le plan nutritionnel, les femmes instruites semblent mieux connaître les aliments nutritifs (Akoto & Hill, 1998). Ces propos corroborent avec les résultats de notre étude qui illustrent que, qu'il existe une relation statistiquement significative entre le sexe des responsables, l'état civil des responsables et la survenue de la malnutrition chez les enfants de 0 à 5 ans ($p < 0,05$ significatif au seuil conventionnel de 5%).

5. Conclusion

La présente étude se propose d'apporter une amélioration l'état nutritionnel des enfants de 6 à 59 mois dans la zone de santé de Wanierukula. A cet effet, pour arriver à atteindre cet objectif, nous avons mené

une étude analytique matérialisée par la méthode d'enquête avec questionnaire comme instrument de collecte de données. Après traitement et analyse des données, nous avons trouvé les résultats suivants :

La prévalence de la malnutrition dans la zone de santé Wanierukula est de 69,6% ; le nombre de cas de malnutrition est plus observé dans l'aire de santé de MOBI (34,6%) suivi de l'aire de santé KIPOKOSO (34,0%) et enfin l'aire de santé MADULA (31,4%).

S'agissant des déterminants de la malnutrition aigüe dans la zone de santé de Wanierukula, on peut retenir que, l'âge de la mère, la religion, le manque d'activité génératrice de revenu, l'indisponibilité des moyens matériels et financiers, le faible revenu mensuel du ménage, la longue durée pour atteindre le marché, la non réalisation des consultations postnatales pour l'enfant, le fait de maquer des conseils sur l'alimentation de l'enfant durant votre grossesse sont des facteurs déterminants la malnutrition aigüe chez les enfants de 6 à 59 mois dans la zone de santé de Wanierukula ($p < 0,05$ significatif au seuil conventionnel de 5%). Ces résultats nous permettent de confirmer notre hypothèse du départ.

Les résultats de cette étude suggèrent quelques recommandations au plan scientifique et politique. L'étude ayant montré que les inégalités culturelles ont des graves incidences sur l'état nutritionnel des enfants. Les facteurs économiques jouant un rôle important dans les différences de niveaux de malnutrition des enfants entre les groupes sociaux, les politiques visant à la lutte contre la pauvreté doivent être encouragés afin de réduire les écarts entre les groupes sociaux. Les ressources doivent être gérées équitablement afin de mieux soutenir les projets visant à l'amélioration des conditions socio-économiques des couches sociales les plus démunies.

Références bibliographiques

- Ajanovic, S., Madewell, Z.J., & El Arifeen. (2024). Neurological Symptoms and Cause of Death Among Young Children in Low- and Middle-Income Countries. *JAMA Netw Open*, 7(1), e2431512.
- Akoto, E.M., & Hill, A. (1998). Morbidité, malnutrition et mortalité des enfants» in population et sociétés en Afrique au sud du Sahara. Paris, Edition Le Harmattan.
- Albanus, F.S., & Ashipala, D.O. (2023). Nutritional knowledge and practices of mothers with malnourished children in a regional hospital in

- Northeast Namibia. *J. Public Health Afr.* 14(8), 2391-2401.
- Black, R.E., Victora, C.G., & Walker, S.P.(2013). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(51), 427–451.
- Dama, U., Tchoffo, D., Onana Akoa, F.A., & Abanda, J.N. (2024). 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-Clinical Medicine* , 14(3), 1–10.
- Global Nutrition Report. (2018). Available from: [https:// globalnutritionreport.org/reports/global-nutrition-report-2018/](https://globalnutritionreport.org/reports/global-nutrition-report-2018/)
<https://epi-info.software.informer.com/3.4/>.
<https://www.fao.org/newsroom/detail/drc-fao-sounds-alarm-over-persisting-high-levels-of-hunger/fr>.
<https://www.unicef.org/drcongo/topics/malnutrition>.
- Pelletier, D.L., Frongillo, E.A., Schroeder, D.G., & Habicht, J.-P. (1995). The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. *Bullet. World Health Organization*, 73(4), 443–448.
- Pelletier, D.L., Frongillo, E.A., Schroeder, D.G., & Habicht, J.-P. (1995). A methodology for estimating the contribution of malnutrition to child mortality in developing countries. *J. Nutr*, 124 (10), 2106-2122. DOI: 10.1093/jn/124.suppl_10.2106S.
- Seid, A., Sseyoum, B., & Mesfin, F. (2017). Determinants of Acute Malnutrition among Children Aged 6–59 Months in Public Health Facilities of Pastoralist Community, Afar Region, Northeast Ethiopia: A Case Control Study. *J. Nutr. Metab*, 96(7), 1-7. DOI: 10.1155/2017/7265972
- WHO. Levels and trends in child malnutrition: unicef/who/world bank group joint child malnutrition estimates: key findings of the 2023 edition. 2023. Available: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073791> [Accessed 12 Jun 2024].
- Yirga, A.A., Mwambi, H.G., Ayele, D.G., & Melesse, S.F. (2019). Factors affecting child malnutrition in Ethiopia. *Afr Health Sci*, 19(2), 1897–1909.