

Les facteurs influençant les indicateurs de performance à l'URENI de la pédiatrie du CHU Gabriel Touré

Factors influencing performance indicators at pediatrics' URENI of teaching hospital Gabriel Touré

H. Diall¹, A. Dembélé¹, Yl. Touré¹, B. Maïga¹, ME. Cissé¹, AK. Doumbia¹, O. Coulibaly¹, P. Togo¹, K. Sacko¹, D. Konaté¹, AA. Diakité¹, M. Sylla¹, F. Dicko¹, B. Togo¹, I. Traoré¹, A. Touré¹, A. Doumbia¹, YA. Coulibaly¹, LB. Maïga¹, T. Sanogo¹, I. Cissé¹.

¹ Département de pédiatrie du CHU Gabriel Touré

Auteur correspondant : Dr Adama DEMBELE, Pédiatre, Enseignant-Chercheur, Département de pédiatrie, CHU Gabriel Touré, Bamako, adamadembele2206dochgt@yahoo.fr, Mali.

Résumé :

Introduction : Au Mali, les unités de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive ont été créées partout sur le territoire et celle de la pédiatrie du CHU Gabriel TOURE a commencé ses activités en Mai 2010. L'objectif de notre étude était d'analyser les facteurs influençant les indicateurs de performance chez les enfants de moins de 5 ans à l'URENI de la Pédiatrie du CHU Gabriel TOURE. **Matériel et Méthodes :** Etude transversale, descriptive et analytique, elle s'est déroulée sur une période de 6 mois (du 01 juin au 30 novembre 2016). Tous les enfants malnutris sévères de moins de 5 ans hospitalisés ont été inclus. **Résultats :** Pendant la période d'étude, 4724 enfants ont été hospitalisés dans le service, 259 cas de malnutrition aiguë sévère soit 5,5%. La tranche d'âge 12-23 mois était la plus représentée avec 44,79%. Le sex-ratio était de 0,90. Les patients étaient exclusivement allaités au sein (76,06 %) avant l'âge de 6 mois et 36,68% n'avaient pas bénéficié d'aliments de supplément après 6 mois. Le motif de consultation le plus fréquent était l'anorexie (66,79%). Le marasme était la forme de malnutrition la plus représentée (87,65 %). L'échec au test de l'appétit était la principale complication de la prise en charge avec 42,86 % des cas. Les traités avec succès étaient de 54,83%. Nous avons enregistré 18,53% d'abandon de traitement. Il y'avait une association statistiquement significative entre les traités avec succès et la profession du père (OR = 2,7 ; p = 0,028). L'association entre le décès et les complications était statistiquement significative (OR = 21,345 ; p = 0,001). Il y'avait une association statistiquement significative entre l'abandon du traitement et les problèmes financiers (OR = 3,037 ; p = 0,005). Le taux de décès était de 23,55%. **Conclusion :** Les problèmes financiers des parents et l'association des complications (pathologies graves) constituent des facteurs qui influencent considérablement sur les indicateurs de performance.

Mots clés : Indicateurs, Performance, URENI, Enfants (moins de 5 ans), Bamako.

Abstract:

Introduction: In Mali, Intensive nutritional recovery and education units have been established throughout the country and the pediatric unit of Gabriel Touré Teaching Hospital started in May 2010. The objective was to analyze the factors influencing the performance

indicators at the Intensive nutritional recovery unit in the Pediatric of Gabriel Touré Teaching Hospital. **Material and Methods:** Cross-sectional, descriptive and analytical study, it took place over a period of 6 months (June 1 to November 30, 2016). All severe malnourished children under 5 years of age were included. The parents or caregivers of these children as well as the staff of the Intensive nutritional recovery unit were asked about their opinions. **Result:** During the study period, 4724 children were hospitalized in the service. There were 259 cases of severe acute malnutrition with a frequency of 5.5%. The 12-23 month age group was the most represented with 44.79%. Sex ratio of 0.90. Patients were exclusively breastfed (76.06%) before 6 months of age and 36.68% had not benefited from supplement foods after 6 months. The most common reason for consultation was anorexia with 66.79% of cases. Muscle wasting was the most found sign on physical examination (66.79%). Marasmus was the most represented form of malnutrition (87.65%). The failure of the appetite test was the main complication of management with 42.86% of cases. The combination of milk F75 + F100 + PPN was used for management in 87.26% of cases. Treated successfully are 54.83%. We recorded 18.53% dropout. There was a statistically significant association between the treaties successfully and the father's occupation (OR = 2.7, p = 0.028). The association between death and complications was statistically significant (OR = 21.345, p = 0.001). There was a statistically significant association between treatment discontinuation and financial problems (OR = 3.037, p = 0.005). The death rate was 23.55%. **Conclusion:** The financial problems of the parents and the association of the complications (serious pathologies) constitute factors which influence considerably on the indicators of performance.

Keywords: Indicators, Performance, INRU, Children (under 5 years), Bamako.

Introduction

La malnutrition est un ensemble de manifestations dues à un apport inadéquat en quantité et / ou en qualité dans l'alimentation de substances nutritives nécessaires à la croissance normale et au bon fonctionnement de l'organisme, que cet ensemble se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques, ou physiologiques [1].

La sous nutrition est à l'origine de 45 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans, représentant plus de 3 millions de décès par an [2].

Le retard de croissance intra-utérin et l'allaitement non-optimal causent ensemble plus de 1,3 million de décès,

ou 19,4 % de la totalité des décès d'enfants de moins de 5 ans, soit 43,5 % de tous les décès liés à la nutrition [2]. Le risque de décès est quatre fois plus élevé pour un enfant atteint d'un retard de croissance grave et neuf fois plus élevé pour un enfant souffrant d'émaciation grave [3].

L'émaciation modérée et grave représentent une forme aiguë de sous-nutrition et les enfants qui en souffrent sont confrontés à un risque nettement accru de décès. Au niveau mondial, la prévalence de la maigreur s'élevait à 8% en 2011, touchant ainsi 52 millions d'enfants de moins de 5 ans (soit une baisse de 11% par rapport aux 58 millions d'enfants estimés en 1990) [2]. La prévalence de la maigreur sévère atteignait quant à elle 2,9 %, affectant 19 millions d'enfants. A l'échelle mondiale, 70% des enfants atteints de maigreur habitent en Asie, plus particulièrement en Asie du Sud où 15% des enfants sont touchés (28 millions) [2].

En Afrique subsaharienne, près d'un enfant de moins de 5 ans sur dix soit 9%, a souffert d'émaciation en 2011, une prévalence qui a diminué d'environ 10 % depuis 1990. Cependant, en raison de la croissance de la population, la région abrite aujourd'hui un tiers d'enfants émaciés en plus par rapport à 1990. La proportion du nombre d'enfants touchés en Afrique subsaharienne a augmenté par rapport au chiffre total mondial, au cours de la même période [4].

Au Mali, selon les résultats de l'enquête SMART 2015, la prévalence de la malnutrition aiguë globale est de 12,4%. D'après les résultats par région, la situation nutritionnelle est jugée précaire dans toutes les régions enquêtées avec des prévalences situées entre 10% et 15%, sauf la région de Tombouctou dont la prévalence de la malnutrition aiguë globale 17,5% dépasse le seuil critique de 15%. Les petits enfants âgés de 6 à 23 mois sont plus affectés par la malnutrition aiguë que ceux âgés de 24 à 59 mois. Pour la malnutrition chronique (retard de croissance) et l'insuffisance pondérale, les prévalences nationales sont respectivement de 29,3 % et de 24,2% [5].

Le Mali à l'instar des autres pays de l'Afrique a adopté une stratégie intégrée de prise en charge de la malnutrition aiguë [6]. Un protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë a été élaboré et des unités de récupérations nutritionnelles ont été créées sur toute l'étendue du territoire. L'unité de récupération et d'éducation nutritionnelle intensive de la pédiatrie de l'hôpital de Gabriel TOURE a commencé ses activités en Mai 2010 et reçoit tous les enfants malnutris hospitalisés dans le département de pédiatrie. La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère est évaluée par les indicateurs de performance dont le taux de traités avec succès, le taux de décès, le taux d'abandon, le taux de non-répondant et la durée de séjour.

Au cours de l'année 2015, l'URENI de l'hôpital Gabriel Touré a enregistré selon le rapport de la Division Nutrition de la Direction Nationale de la Santé, 564 admissions dont 375 cas traités avec succès, 53 cas de

décès, 130 cas d'abandon soit respectivement : 67%, 10% et 23%. Ces statistiques sont en deçà de celles attendues dans le protocole PCIMA qui doivent être de plus de 75% et de moins de 10% et 15% respectivement. Elles sont certes en dessous des valeurs alarmantes mais restent très préoccupantes particulièrement pour le taux d'abandon. Ainsi une analyse approfondie des facteurs s'avère nécessaire afin d'identifier les raisons qui expliquent ces faibles niveaux des indicateurs de performance. D'où la nécessité de mener une étude à l'URENI pour comprendre son fonctionnement et sa capacité à répondre aux besoins des malnutris.

L'objectif de notre étude était d'analyser les facteurs influençant les indicateurs de performance à l'URENI chez les enfants de moins de 5 ans dans le Département de Pédiatrie du CHU Gabriel Touré pour améliorer la qualité de la prise en charge.

Matériel et Méthodes

CADRE ET LIEU D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le département de pédiatrie du CHU - Gabriel Touré de Bamako. Situé au centre de la ville, ce département reçoit les patients de toutes les communes de Bamako et ceux référés par les autres localités du Mali. Malgré l'existence des centres de santé communautaires et les centres de santé de référence, l'affluence y reste encore très élevée. Il est composé d'un service de pédiatrie générale, d'un service des urgences pédiatriques ;

- un service de néonatalogie auquel est rattachée l'URENI (Unité de Récupération et d'Education Nutritionnelle Intensive).

L'URENI assure la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complication conformément aux recommandations du protocole national. Son personnel comprend un médecin Pédiatre, un technicien supérieur de santé, une technicienne de santé, et une aide-soignante.

TYPE d'étude et critères d'inclusion

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et analytique. Elle s'est déroulée sur une période de 6 mois allant du 01 juin au 30 novembre 2016. Nous avons inclus tous les enfants malnutris aigus sévères de moins de 5 ans hospitalisés. Nous avons utilisé une approche quantitative pour estimer les paramètres relatifs aux enfants malnutris hospitalisés. La collecte des données concernant les enfants hospitalisés a été faite à travers l'exploitation des dossiers d'hospitalisation et des fiches thérapeutiques de suivi individuel des enfants à l'URENI.

Les données ont été saisies et analysées par les logiciels Epi info 7, SPSS 20 et STATA 10. Pour l'analyse univariée, les variables qualitatives ont été présentes par les mesures de la fréquence. Quant aux variables quantitatives la description a été faite par le calcul de la moyenne, l'écart-type et de l'intervalle de confiance à 95%.

Pour l'analyse bivariée et multi variée, nous avons fait un modèle de régression logistique.

Le seuil de signification statistique retenu est fixé à 5%.

Dans le cadre du respect de la confidentialité et de la dignité de la personne humaine, le consentement verbal éclairé et libre des parents ou accompagnants a été obtenu avant la collecte après une explication détaillée sur les objectifs de l'étude et les procédures de collecte de données.

Résultats

Pendant notre période d'étude, 4724 enfants ont été hospitalisés à la pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré, dont 259 cas de malnutrition aigüe sévère 5,5%. La tranche d'âge 12-23 mois était la plus représentée avec 44,79%. Les hommes représentaient 47,49% avec un sex-ratio de 0,90. Les patients étaient allaités exclusivement au sein avant 6 mois dans 76,06 % des cas. Environ 36,68% des enfants après 6 mois n'avaient jamais bénéficié d'aliments de supplément. La majorité des pères des patients (79,54%) n'étaient pas instruits et beaucoup (81,08%) travaillaient dans le secteur informel. Les mamans de nos patients n'étaient pas instruites dans 79,54% des cas et 78,76% étaient femmes au foyer. Les motifs de consultation fréquemment évoqués étaient l'anorexie avec 66,79 % suivie de la toux 66,41%.

La fonte musculaire était le signe physique le plus présent avec 66,79 % des cas suivie des candidoses 66,41. Le marasme était la forme de malnutrition la plus représentée avec 87,65 % des cas. Parmi les complications rencontrées à l'admission des patients, l'échec au test de l'appétit était la plus fréquente avec 42,86 % des cas. La durée moyenne de séjour était inférieure à quatre semaines dans 94,98 % des cas ; plus de la moitié des enfants malnutris soit 54,83% ont été traités avec succès ; 23,55% sont décédés et 18,53% ont abandonné le traitement. L'analyse des facteurs a porté essentiellement sur les principaux indicateurs de performance : « traités avec succès », « les décès » et les « abandons » qui sont considérées comme les variables dépendantes lors de la régression logistique. L'ensemble des facteurs influençant ces indicateurs de performance à l'URENI (ou variables explicatives) ont été analysés. Il y'avait une association statistiquement significative entre les traités avec succès et la profession salariale du père (OR = 2,7 ; p = 0,028).

L'association entre le décès et les complications était statistiquement significative (OR = 21,345 ; p = 0,001). Il y avait une association statistiquement significative entre l'abandon et les problèmes financiers (OR = 3,037 ; p = 0,005) (Tableau XII).

DISCUSSION

Au cours de notre période d'étude, nous avons pu colliger 259 cas de malnutrition aigüe sévère sur 4724 enfants hospitalisés soit 5,5% ; dépendantes ainsi financièrement de leurs maris qui en majorité travaillaient dans le secteur informel (81,08%) avec de faibles

revenus. En effet, Steve Collins et al [19] ont également souligné le rôle de la pauvreté des parents dans la survenue de la malnutrition. Nous avons noté une prédominance féminine avec 52,51% soit un sex-ratio de 0,90. Cette prédominance féminine est rapportée par Diarra N [7] au CSRéf de la commune I de Bamako et Diarra I [8] au CSRéf de Koutiala en 2014 qui ont observé respectivement 0,9 et 0,79. Par contre, TRAORE F [9] et SANGARE B [10] ont trouvé une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,26. De même l'enquête SMART 2014 [11] qui a trouvé un sex ratio égal à 1,2. Cependant, Il n'aurait pas d'influence du sexe sur la survenue de la malnutrition. L'âge moyen des patients était de 16,44±11,21 mois avec les extrêmes de 3 mois à 59 mois. La tranche d'âge 6 à 23 mois était la plus touchée par la malnutrition aigüe sévère avec 75,3%. La vulnérabilité à la malnutrition de cette tranche d'âge a été constatée aussi par SOGOBA.H S [12], SISSOKO. F [13], et ZAKARI.K [14] qui ont obtenu respectivement 49,4% ; 53,2% ; et 31,1% des cas. Cela s'expliquerait peut-être par le rôle que joue l'alimentation de complément pour ces enfants. En effet à partir de 6 mois, le lait maternel n'est plus suffisant et l'alimentation de complément le plus souvent n'est pas introduite à temps ou n'est pas adaptée qualitativement et/ou quantitativement. L'allaitement exclusif a été observé chez 76,06% et 36,6% des patients n'avaient pas reçu d'aliments de supplément après 6 mois. Le marasme était la forme clinique de malnutrition la plus observée soit 87,64% contre 10,42% de kwashiorkor et 1,93% mixte.

Le niveau des indicateurs de performance à l'URENI

Dans notre série, 54,83% de nos patients étaient « traités avec succès ». Ce résultat est inférieur à ceux de SOGOBA.H S [10] à l'URENI du CSRéf de Diéma en 2009, de DIARRA N [7] au CSRéf de la commune I en 2014 et de la PCIMA [17] qui ont observé respectivement un taux de 83,2% ; 85,9% et de plus de 75 %. Il est cependant supérieur à ceux de SISSOKO.F [13] à l'URENI Gabriel Toure en 2008 et de TRAORE F M [9] à l'URENI Gabriel Toure en 2014 qui ont trouvé 8,67% et 45,68% respectivement.

Notre taux pourrait s'expliquer par l'association statistiquement significative qu'il y'avait entre les traités avec succès et la profession salariale des pères (OR : 2,700 ; p : 0,028) ; ou par la relation entre les traités avec succès et une prise en charge efficace du paludisme (OR : 2,564 ; p : 0,035). Le <<taux d'abandon>> du traitement nutritionnel était de 18,53% dans notre série. Ce taux est meilleur par rapport à ceux rapportés par SISSOKO.F [13] à l'URENI Gabriel Toure en 2008 et de TRAORE F M [9] à l'URENI Gabriel Toure en 2014 qui ont trouvé respectivement 67,6% et 34,2%. Ce résultat est nettement supérieur à ceux de Diarra I [8] et de la PCIMA [17] qui étaient de 0,3% et de moins de 10% des cas respectivement.

Notre taux s'expliquerait par l'association statistiquement significative qu'il y'avait entre l'abandon et le poids

financier (OR : 3,037 ; p : 0,005). Par rapport au « taux de décès », il était de 23,55%. Ce taux est supérieur à ceux de SISSOKO.F [13], de SAVADOGO.L [18], TRAORE F M [19] et PCIMA [17] qui étaient respectivement 11,6%, 16%, 9% et de moins de 15%. Cela pourrait s'expliquer dans notre étude par l'association qu'il y'avait entre le taux de décès et les complications à l'admission (OR : 21,345 et p : 0,001). En effet, à l'admission déjà, en plus de l'échec au test de l'appétit, d'autres complications redoutables étaient déjà installées témoignant ainsi un retard de recours aux soins.

CONCLUSION

La malnutrition reste très fréquente au Mali. Sa prise en charge avec succès est possible s'il n'y a pas de complication associée. Les conditions socio-économiques défavorables des parents (analphabétisme et bas revenu) et l'association des complications sont des facteurs qui influencent considérablement les indicateurs de performance.

Références

1. OMS. La prise en charge de la malnutrition sévère. Manuel à l'usage des médecins et autre Personnel de santé à des postes d'encadrement. Genève : OMS ; 2000.
2. Black RE, Victora CG, Walker SP. Maternal and child under nutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013; 382: 427-451.
3. Robert E Black, Lindsay H Allen, Zulfiqar A Bhutta, Laura E Caulfield, and coll. Maternal and child nutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet* 2008; 371: 243–60.
4. OMS, l'UNICEF 2012. Améliorer la nutrition de l'enfant. Genève : UNICEF ; 2012 ; 132 :8.
5. Institut National de la Statistique et Direction Nationale de la Santé (Mali). Enquête Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité rétrospective SMART 2015 ; 116 : 44.
6. OMS. Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère : Déclaration commune de l'Organisation mondiale de la Santé, du Programme alimentaire mondial, du Comité permanent de la nutrition du Système des Nations Unies et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance. OMS ; 2007 :12.
7. Diarra N. Les infections courantes dans le cas de la malnutrition aiguë sévère des enfants de 6 à 59 mois dans le service de pédiatrie du CSRéf de la commune I du district de Bamako. Thèse Med. Bamako 2014 :89.
8. Diarra I. Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois à l'URENI du centre de santé de Référence de koutiala. [Thèse Med]. Bamako 2014 : 83.
9. Traore F. Aspects épidémiologique de la malnutrition aiguë sévère des enfants de 0 à 59 mois au CHUGT. Thèse Med. Bamako 2014 ; 77p

10. Sangare B. Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Gao. [Thèse Med]. Bamako 2009 :79.

11. Institut National de la statistique et Direction Nationale de la santé : Enquête Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité rétrospective chez les enfants de 6 à 59 mois et des femmes de 15 à 49 ans SMART. Bamako 2015 :12.

12. Sogoba H. Etude de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 0 à 5 ans au centre de référence de DIEMA. [Thèse de Med] Kayes 2010 :103.

13. SISSOKO F. Bilan d'activités de l'URENI des enfants malnutris sévères de 0 à 59 mois hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHU GT. [Thèse Med] Bamako 2010 : 22-75-76.

14. Zakari K. Etude des causes de « Non réponse » au traitement des malnutris sévères au CRENI de l'hôpital national de Niamey chez les enfants de moins de 5 ans. [Thèse Med] Bamako 2008.

15. Coulibaly O. Connaissances, attitudes et pratiques des mères ou gardiennes d'enfants malnutris face à la malnutrition des enfants de 6 à 59 vus en consultation au CSRéf de Niono. [Thèse de Med] Ségou 2013 : 86.

16. Diop M. Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans l'URENI du CSRéf de Markala. [Thèse de Med] Ségou 2014 : 70.

17. Ministère de la sante du Mali, Division nutrition/UNICEF. Protocole national révisé de la PCIMA et les normes de croissances. Bamako 2012 : 6.

18. Savadogo L, Zoetaba I et al. Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans un centre de réhabilitation et d'éducation nutritionnelle urbain au Burkina-Faso. *Revu Epidémiol Santé Publique* 2007; 55: 265–274.

19. Steve Collins, Nicky Dent, Paul Binns, Paluku Bahwere, Kate Sadler, Alistair Hallam. Management of severe acute malnutrition in children. *Lancet* 2006 ; 368: 1992–2000

Liste des tableaux et figures :

Tableau I : Répartition des enfants malnutris selon le mode d'alimentation, le motif de consultation et les signes physiques.

Variables	N=259	%
Mode d'alimentation avant 6 mois		
Allaitement maternel exclusif	197	76,06
Alimentation mixte	44	16,66
Allaitement Artificiel	18	06,95
Aliment de complément après 6 mois		
Oui	164	63,32
Non	95	36,68
Motif de consultation		
Anorexie	173	66,79
Toux	172	66,41
Diarrhée	135	52,12
Vomissement	100	38,61
Dyspnée	9	3,47

Signes physiques		
Fonte musculaire	172	66,79
Candidoses	94	66,41
Cheveux fins roux et cassants	80	52,12
Altération de l'état général	65	38,61
Pâleur	36	03,47
Lésions cutanées	35	13,51
Œdèmes des membres inférieurs	29	11,20
Hépatomégalie	29	11,20
Distension abdominale	18	06,95
Convulsions	15	05,79
Coma	04	01,54

Tableau II : Répartition des patients selon les caractéristiques sociales des parents.

Caractéristiques sociales des parents	N=259	%
Niveau d'instruction des Pères		
Ecole coranique	14	05,41
Primaire	22	08,49
Secondaire	12	04,63
Aucun	206	79,54
Inconnu	05	01,93
Profession des pères		
Fonctionnaire	44	16,99
Secteur informel	210	81,08
Inconnue	05	01,93
Niveau d'instruction des Mères		
Ecole coranique	14	05,41
Primaire	22	08,49
Secondaire	12	04,63
Aucune instruction	206	79,54
Non connue	05	01,93
Profession des Mères		
Commerçantes/vendeuses	43	16,60
Elèves/étudiantes	07	02,70
Femmes au foyer	204	78,76
Inconnue	05	01,93

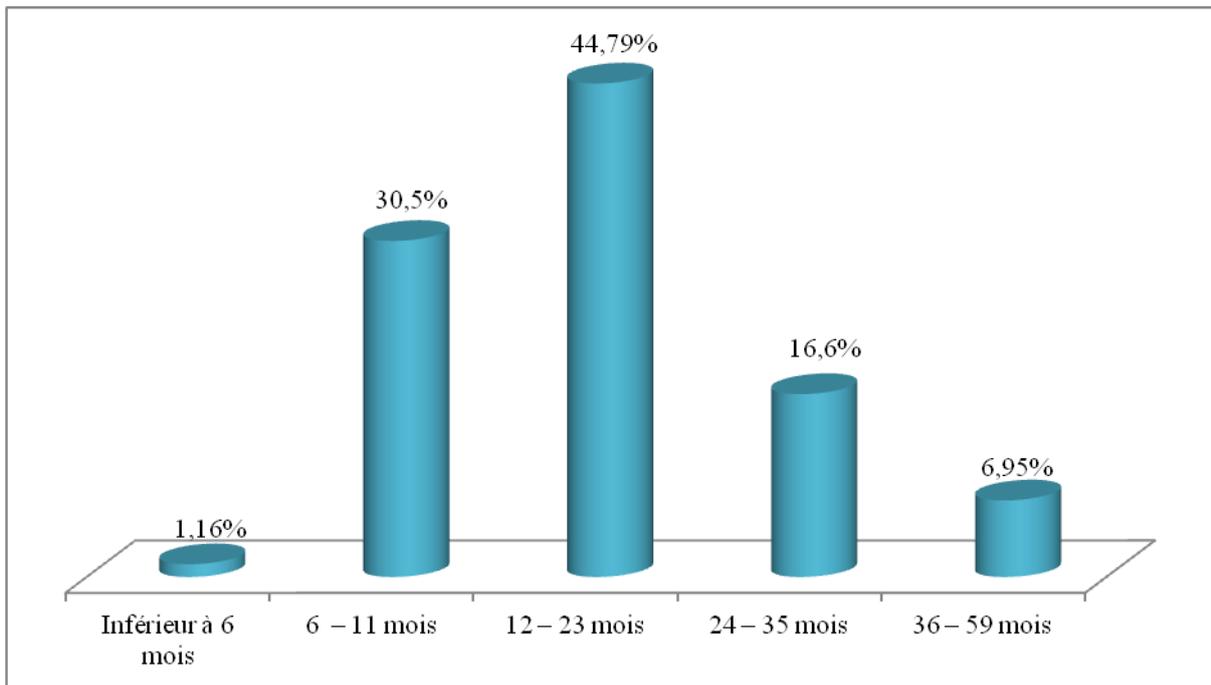


Figure 1 : Répartition des enfants malnutris selon la tranche d'âge.

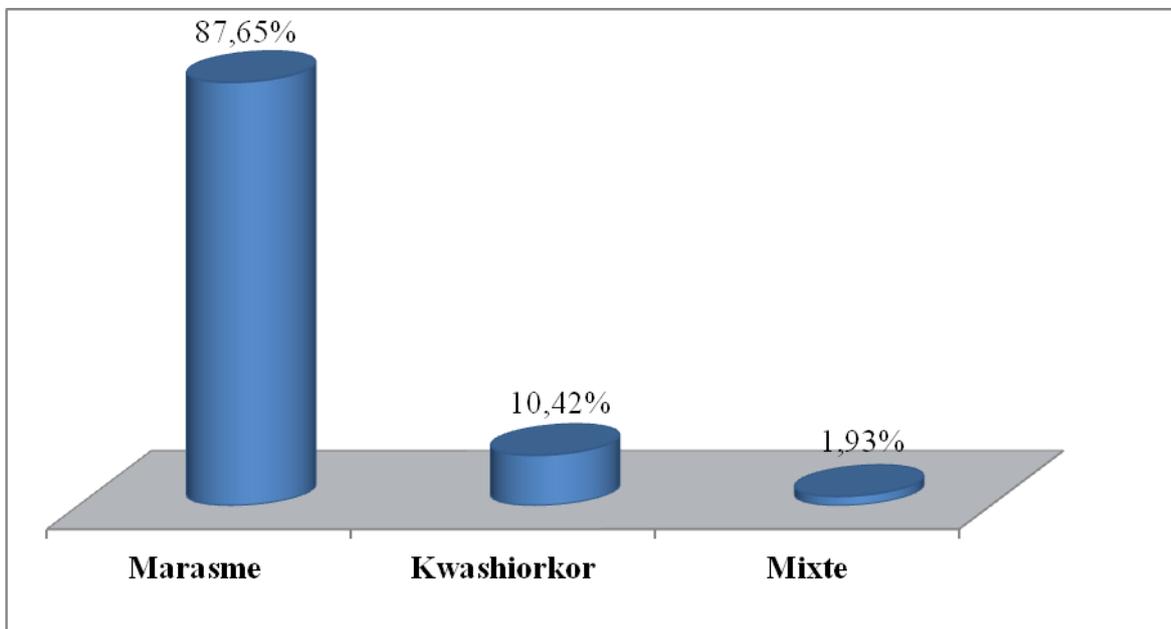


Figure 2 : Répartition des patients selon la forme de malnutrition.

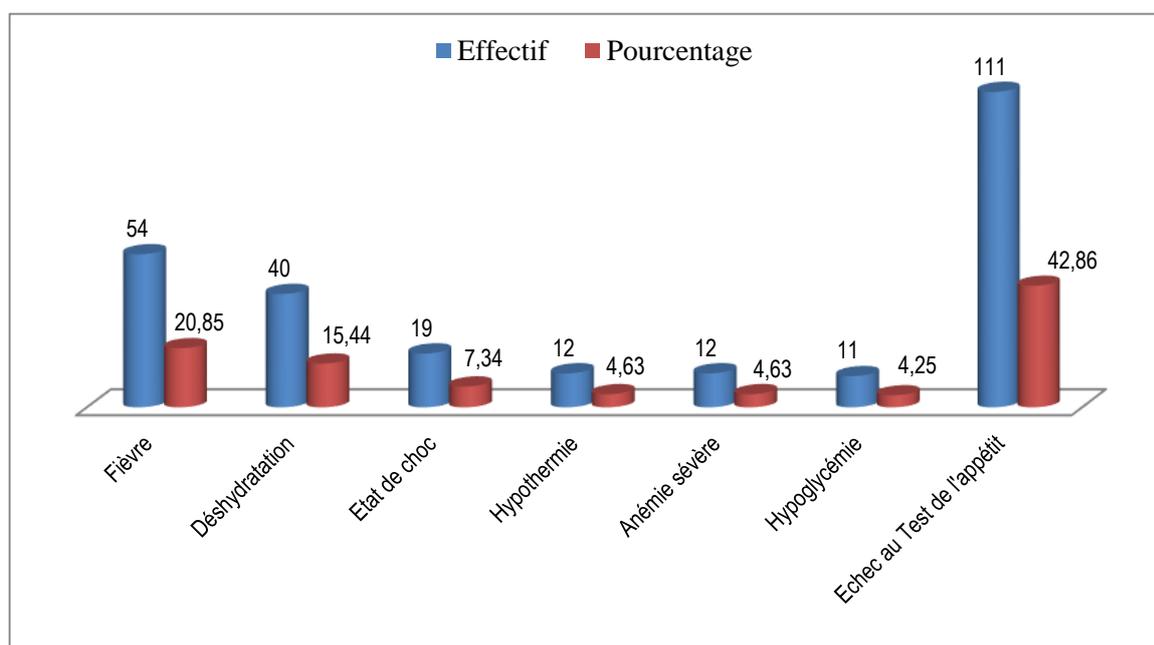


Figure 3 : Répartition des patients selon les complications à l'admission

Tableau III : Répartition des enfants malnutris selon le traitement.

Traitement	N= 259	%
Molécules utilisées		
Lait F75+F100+PPN	226	87,26
Lait F75+PPN	30	11,58
Lait F100 dilué	3	1,15
Durée de séjour		
Moins de 4 semaines	246	94,98
4 – 6 semaines	13	05,02
Devenir		
Traités avec succès	142	54,83%
Décès	61	23,55%
Abandon	48	18,53%
Non répondant	08	03,09%

Tableau IV : Facteurs influençant les indicateurs de performance à l'URENI.

Facteurs	Traité avec succès		Décès		Abandon	
	Odds Ratio	p	Odds Ratio	p	Odds Ratio	p
Profession du père						
Informel	Réf		Réf		Réf	
Salarié	2,7	0,028	0,472	0,179	0,583	0,376
Poids à l'admission						
Moins de 5 Kg	Réf		Réf		Réf	
5 - 7Kg	1,553	0,211	1,162	0,738	0,52	0,114
Plus de 7kg	2,046	0,138	0,873	0,824	0,269	0,04
Pathologies Associées						
Paludisme	2,564	0,035	0,556	0,283	0,416	0,164
Gastroentérite	2,807	0,058	0,457	0,224	0,737	0,652
Pneumopathie	1,431	0,472	0,518	0,285	1,223	0,732
VIH	1,341	0,519	0,785	0,715	0,811	0,699
Complications PCIMA à l'admission	0,228	0,001	21,345	0,001	0,807	0,623
Contraintes financières						
Problèmes financiers	0,606	0,141	0,802	0,608	3,037	0,005