



Article original

Prévalence de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans infectés par le VIH/Sida au CSRéf de la Commune I, Bamako

Prevalence of Severe Acute Malnutrition among Children Under Five Living with HIV/AIDS at the Commune I Referral Health Center in Bamako

M Keita¹, BS Keita^{*2}, A Sogodogo³, D Dembele³, S Konate³, C N'diaye¹, M Traore⁴, Y Diallo¹, M Konate¹, D Goita⁵, D Samake⁶, M Traore⁷, S Dao³

Résumé

Introduction / Objectifs : La malnutrition aiguë sévère (MAS) demeure une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique subsaharienne. Au Mali, sa prévalence reste au-dessus des seuils d'alerte définis par l'OMS. L'infection à VIH, principalement transmise de la mère à l'enfant, constitue un facteur aggravant en raison de son impact sur l'immunité et l'état nutritionnel. Cette étude visait à déterminer la prévalence de la MAS chez les enfants de moins de cinq ans infectés par le VIH pris en charge au CSRéf de la Commune I du district de Bamako.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive à partir des dossiers médicaux des enfants de moins de cinq ans admis à l'URENI du CSRéf de la Commune I entre juin 2020

et juin 2023. Les enfants malnutris avec une sérologie VIH positive documentée ont été inclus. Les données sociodémographiques, cliniques et anthropométriques ont été extraites des registres et dossiers médicaux. Le diagnostic de la MAS a été établi selon les normes de l'OMS. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Excel.

Résultats : Parmi 2015 enfants admis pour malnutrition aiguë, 67 (3,3 %) étaient infectés par le VIH. Parmi eux, 33 enfants disposaient de dossiers complets et ont été inclus dans l'analyse. Le sexe masculin prédominait (70 %) et la tranche d'âge de 13 à 24 mois était la plus représentée (51,5 %). La majorité des enfants provenait de la Commune I (57,6 %) et plus de la moitié des mères étaient non scolarisées (57,6 %). Le marasme constituait la forme clinique la plus fréquente (82 %). À la sortie, 79 % des enfants

présentaient une amélioration de l'état nutritionnel, tandis que la mortalité était de 9 %. Les principales manifestations cliniques observées comprenaient la diarrhée, la fièvre et l'anorexie.

Conclusion : La malnutrition aiguë sévère chez les enfants vivant avec le VIH reste une préoccupation majeure de santé publique. L'association entre infection à VIH et malnutrition expose à une morbidité élevée et à un risque accru de décès. Le faible nombre de dossiers exploitables souligne la nécessité de renforcer le dépistage systématique du VIH chez les enfants malnutris ainsi que l'amélioration de la qualité des données. Le renforcement de la prise en charge intégrée et de l'éducation des mères apparaît essentiel pour améliorer le pronostic.

Mots-clés : Malnutrition aiguë sévère ; VIH/sida pédiatrique ; Prévalence ; Prise en charge ; Bamako ; Mali.

Abstract

Introduction/Objectives: Severe acute malnutrition (SAM) remains a major cause of morbidity and mortality among children under five years of age in sub-Saharan Africa. In Mali, its prevalence remains above the World Health Organization (WHO) emergency thresholds. Human immunodeficiency virus (HIV) infection, which is predominantly transmitted from mother to child, further worsens nutritional status and immune function. This study aimed to determine the prevalence of severe acute malnutrition among HIV-infected children under five years of age managed at the Referral Health Centre (CSRéf) of Commune I in the Bamako District, Mali.

Methods: We conducted a retrospective descriptive study using the medical records of children under five years of age admitted to the Intensive Nutritional Rehabilitation Unit (URENI) of the CSRéf of Commune I between June 2020 and June 2023. Malnourished children with documented HIV-positive serology were included. Sociodemographic, clinical, and anthropometric data were extracted from hospital registers and medical records. The diagnosis

of SAM was established according to WHO criteria. Data were analyzed using Microsoft Excel.

Results: Among the 2,015 children admitted for acute malnutrition, 67 (3.3%) were HIV-infected. Of these, 33 children had complete medical records and were included in the analysis. Males predominated (70%), and children aged 13–24 months represented the largest age group (51.5%). Most children resided in Commune I (57.6%), and more than half of the mothers had no formal education (57.6%). Marasmus was the most common clinical presentation (82%). At discharge, 79% of the children showed improvement in their nutritional status, while the mortality rate was 9%. The most frequently reported clinical manifestations were diarrhea, fever, and anorexia.

Conclusion: Severe acute malnutrition among children living with HIV remains a major public health concern. The coexistence of HIV infection and malnutrition is associated with substantial morbidity and an increased risk of mortality. The limited number of complete medical records highlights the need to strengthen systematic HIV screening among malnourished children and improve the quality of clinical data. Reinforcing integrated case management and enhancing maternal health education are essential to improve patient outcomes.

Keywords: Severe acute malnutrition; Pediatric HIV/AIDS; Prevalence; Case management; Bamako; Mali.

Introduction

L'état nutritionnel des enfants constitue un indicateur essentiel du bien-être de l'enfant et, indirectement, de celui de sa communauté. La malnutrition est un état pathologique résultant d'un déséquilibre entre les besoins nutritionnels de l'organisme et les apports en nutriments, qu'il s'agisse d'une carence ou d'un excès. Elle peut être liée à une alimentation quantitativement insuffisante ou excessive, ou qualitativement inadaptée (carences en micronutriments, excès de lipides, etc.).

En Afrique, la malnutrition représente l'une des principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, étant responsable d'environ 35 % des décès infantiles [1]. Les déterminants de la malnutrition sont multiples : pauvreté, insécurité alimentaire, maladies infectieuses, insuffisance d'éducation nutritionnelle et accès limité aux soins de santé et à une alimentation adéquate [2]. Les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère (MAS) sont considérés comme présentant des symptômes « compliqués » s'ils présentent des signes cliniques d'infection ou de troubles métaboliques, un œdème sévère ou une perte d'appétit [3].

Au Mali, la malnutrition aiguë demeure préoccupante. L'enquête nutritionnelle SMART 2024 a rapporté une prévalence nationale de la malnutrition aiguë globale (MAG) de 11,6 % et de la MAS de 2,2 %, dépassant ainsi le seuil d'urgence de 2 % fixé par l'OMS. La plupart des régions du pays présentent des taux proches ou supérieurs au seuil d'urgence de 15 % [4]. Chez les enfants infectés par le VIH, la situation nutritionnelle est particulièrement critique. La transmission mère-enfant reste la principale voie d'infection pédiatrique : environ 1 600 enfants nés de mères séropositives sont infectés chaque jour dans le monde, dont près de 1 500 en Afrique subsaharienne [5]. En l'absence de traitement antirétroviral, la létalité demeure élevée, en lien avec la fréquence des infections opportunistes qui altèrent l'appétit, réduisent l'absorption des nutriments et entraînent une dégradation musculaire et viscérale [6].

Ainsi, le VIH/SIDA exerce un impact considérable sur la santé et la nutrition des enfants, aggravant leur vulnérabilité dans un contexte de précarité. Dans ce contexte, il apparaît essentiel d'évaluer l'état nutritionnel des enfants vivant avec le VIH afin d'orienter les stratégies de prise en charge et de prévention. L'objectif de cette étude est de déterminer la prévalence de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de cinq ans infectés par le VIH suivis au Centre de Santé de Référence (CSRéf) de la Commune I du district de Bamako.

Méthodologie

Type et cadre de l'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive menée à partir des données documentaires collectées à l'Unité de Récupération et d'Éducation Nutritionnelle Intensive (URENI) du service de pédiatrie du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de la Commune I du district de Bamako. L'étude a couvert une période de trois ans, allant de juin 2020 à juin 2023.

Population d'étude

La population d'étude était constituée des enfants âgés de moins de cinq ans admis à l'URENI pour malnutrition aiguë au cours de la période d'étude.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus dans l'étude tous les enfants de moins de cinq ans présentant une malnutrition aiguë avec une sérologie VIH positive documentée.

Ont été exclus de l'analyse les dossiers médicaux incomplets ou ne comportant pas les informations nécessaires à l'étude.

Définition opérationnelle des variables

La malnutrition aiguë sévère (MAS) a été définie selon les critères de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2006), à savoir :

- un périmètre brachial < 115 mm ;
- ou un score poids/taille inférieur à -3 écarts-types ;
- ou la présence d'œdèmes nutritionnels bilatéraux.

Les variables étudiées comprenaient :

Variables sociodémographiques : âge, sexe, provenance, niveau d'instruction de la mère, statut matrimonial des parents ;

Variables cliniques et biologiques : forme de malnutrition, pathologies associées, signes cliniques ;

Variables thérapeutiques et évolutives : type de prise en charge nutritionnelle et médicale, évolution à la sortie (guérison, décès, transfert, abandon, non-réponse).

Collecte des données

Les données ont été recueillies à partir des registres d'hospitalisation, des dossiers médicaux et des fiches de suivi des enfants. Une fiche de collecte standardisée

a été utilisée pour extraire les informations pertinentes.

Analyse des données

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel. L'analyse a été essentiellement descriptive. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes ou médianes, et les variables qualitatives en effectifs et pourcentages. Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux.

Considérations éthiques

Cette étude a été réalisée dans le respect des principes éthiques de la recherche en santé. Les données ont été collectées de manière anonyme à partir des dossiers médicaux, garantissant la confidentialité des informations des patients. Aucune information nominative n'a été utilisée.

Résultats

Sur les 2015 enfants malnutris enregistrés à l'URENI depuis juin 2020, 3,3% (67/2015) avaient une sérologie VIH documenté, et 1,7% (33/2015) disposaient d'informations complètes.

Aspects globaux

La majorité des enfants étaient de sexe masculin (70 %), âgés de 13–24 mois (51,5 %), et provenaient principalement de la commune I (57,6 %). Plus de la moitié des mères étaient non scolarisées (57,6 %) et 60,6 % des parents étaient mariés. (cf Tableau I)

Etat nutritionnel

Le marasme était la forme de malnutrition aiguë la plus fréquente (82 %). Les pathologies associées les plus courantes étaient la gastro-entérite (40 %), l'immunodépression (21 %) et la candidose buccale (15 %). Parmi les enfants, 21 % présentaient des complications cliniques, principalement la diarrhée, la fièvre et l'anorexie. (cf Tableau II)

Prise en charge

Tous les enfants ont reçu le lait F75 (100 %), et 91 % ont reçu le PPN en phase transitoire, tandis que le lait F100 n'a été administré que dans 33,3 % des cas. Pour le traitement systématique, 75,8 % des enfants ont reçu des antibiotiques, 45,5 % des antiparasitaires et 27,3 % des antifongiques. À la sortie, 79 % des enfants étaient en bon état nutritionnel, 9 % sont décédés, 6 % ont été transférés, et 6 % n'ont pas complété le suivi (abandon ou non répondants). (cf Tableau III)

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques des enfants et de leurs parents.

Variable	Modalités	n	%
Sexe	Masculin	23	70
	Féminin	10	30
Âge (mois)	0–5	2	6,1
	6–12	8	24,2
	13–24	17	51,5
	25–59	6	18,2
Provenance	Commune I	19	57,6
	Hors commune I	14	42,4
Niveau d'instruction mère	Non scolarisée	19	57,6
	Scolarisée	14	42,4
Statut matrimonial des parents	Mariée	20	60,6
	Célibataire	8	24,2
	Divorcée	3	9,1
	Décédée	2	6,1

Tableau II : Caractéristiques cliniques et pathologies associées des enfants présentant une malnutrition aiguë (n = 33)

Catégorie	Modalités	n	%
Forme de malnutrition aiguë	Marasme	27	82
	Kwashiorkor	2	6
	Mixte	4	12
Pathologies associées	Gastro-entérite	13	40
	Immunodépression	7	21
	Candidose buccale	5	15
	Autres	8	24
Signes cliniques	Présence de complications (diarrhée, anorexie, fièvre, déshydratation)	7	21
	Absence de complications	26	79

Tableau III : prise en charge et issue nutritionnelle

Catégorie	Modalités	Reçu/Pris (n)	Non reçu/Non pris (n)	Pourcentage (%)
Traitement diététique	Lait F75	33	0	100
	PPN (phase transitoire)	30	3	91
	Lait F100 (si refus PPN)	11	22	33,3
Traitement systématique	Antibiotique	25	8	75,8
	Antiparasitaire	15	18	45,5
	Antifongique	9	24	27,3
État nutritionnel à la sortie	Bon état nutritionnel	26	7*	79
	Décès	3	-	9
	Transfert médical	2	-	6
	Abandon	1	-	3
	Non répondant	1	-	3

Discussion

La présente étude s'est intéressée à la malnutrition aiguë chez les enfants infectés par le VIH pris en charge à l'URENI. Parmi les 2 015 enfants malnutris enregistrés durant la période d'étude, seuls 3,3 % avaient une sérologie VIH documentée, et 1,7 % disposaient d'informations complètes. Cette faible proportion pourrait s'expliquer par l'insuffisance du dépistage systématique du VIH chez les enfants malnutris, la perte de données ou des difficultés organisationnelles dans la documentation des dossiers médicaux. Ces constats soulignent dans notre contexte la nécessité de renforcer, l'intégration du dépistage systématique du VIH dans les URENI, en assurant la disponibilité des tests de dépistage, la formation des prestataires et une meilleure qualité de la collecte des données. Une telle approche favoriserait une identification précoce des enfants infectés par le VIH et une prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère.

Sur le plan sociodémographique, la prédominance du sexe masculin et de la tranche d'âge 13–24 mois observée dans cette étude est comparable à celle rapportée par Ngombe N. K. et al en République Démocratique du Congo et par Bah A et al au Mali [7, 8]. Cette période correspond à une phase critique marquée par le sevrage, l'introduction d'une alimentation complémentaire souvent inadéquate, et une vulnérabilité accrue aux infections. La forte proportion d'enfants provenant de la commune I pourrait s'expliquer par la proximité géographique de l'URENI, facilitant l'accès aux soins.

Le niveau d'instruction des mères apparaît comme un facteur important associé à la malnutrition. Plus de la moitié des mères étaient non scolarisées, ce qui pourrait limiter l'accès à l'information nutritionnelle, la compréhension des pratiques alimentaires adéquates et l'observance des traitements, notamment antirétroviraux. Ce résultat est en accord avec la littérature, qui identifie l'éducation maternelle comme un déterminant majeur de la santé et de la nutrition de l'enfant [9,10].

Sur le plan clinique, le marasme était la forme de malnutrition aiguë la plus fréquente. Cette prédominance pourrait s'expliquer par l'effet combiné de l'infection à VIH, des apports nutritionnels insuffisants et des infections intercurrentes, conduisant à une dénutrition énergétique progressive. Les pathologies associées les plus fréquentes, notamment la gastro-entérite, l'immunodépression et la candidose buccale, traduisent la fragilité immunitaire des enfants infectés par le VIH et confirment le lien étroit entre infection, malnutrition et morbidité. Les complications telles que la diarrhée, l'anorexie et la fièvre renforcent ce cercle vicieux entre malnutrition et infection.

Concernant la prise en charge, tous les enfants ont bénéficié du traitement diététique initial par le lait F75, conformément aux recommandations. Toutefois, l'utilisation limitée du lait F100, principalement en cas de refus du PPN, pourrait refléter des difficultés d'acceptation, de disponibilité ou de tolérance. La couverture partielle des traitements systématiques, notamment des antiparasitaires et antifongiques, pourrait s'expliquer par une prescription ciblée selon les indications cliniques, mais mérite une attention particulière compte tenu du terrain immunodéprimé. L'évolution nutritionnelle à la sortie était globalement satisfaisante, avec 79 % des enfants en bon état nutritionnel. Néanmoins, la mortalité observée (9 %) reste préoccupante et témoigne de la gravité de l'association malnutrition–VIH. Les cas de transfert médical, d'abandon et de non-réponse soulignent l'importance du suivi post-hospitalisation et de l'accompagnement des familles. Par ailleurs, l'efficacité de la réhabilitation nutritionnelle chez les enfants vivant avec le VIH repose sur une prise en charge intégrée associant un traitement nutritionnel adapté et une initiation précoce de la trithérapie antirétrovirale. En effet, le contrôle de la réplication virale et la restauration progressive de l'immunité réduisent le risque d'infections opportunistes, améliorent l'appétit et l'absorption des nutriments, favorisant ainsi une récupération pondérale plus rapide. À l'inverse, un retard d'instauration ou une

mauvaise observance du traitement antirétroviral peut compromettre la réhabilitation nutritionnelle et aggraver le pronostic.

Conclusion

L'évaluation anthropométrique permet d'apprécier l'état nutritionnel et clinique des enfants infectés par le VIH. Dans cette étude, 33 enfants malnutris (1,7 %) ont été inclus, majoritairement de sexe masculin, âgés de 13–24 mois, et provenant principalement de la commune I. Le marasme était la forme la plus fréquente (82 %), et les complications les plus observées comprenaient diarrhée, anorexie et fièvre. Le niveau d'instruction des mères était fortement associé à la malnutrition, soulignant l'importance du dépistage précoce, de la sensibilisation parentale et de l'observance du traitement antirétroviral. La prise en charge nutritionnelle et l'initiation rapide de la trithérapie antirétrovirale chez les enfants immunodéprimés sont essentielles pour améliorer la survie et l'état de santé, la majorité des enfants étant en bon état à la sortie (79 %). Il serait pertinent de mener des études prospectives multicentriques incluant un plus grand nombre d'enfants afin de mieux évaluer les facteurs associés à la malnutrition chez les enfants vivant avec le VIH et l'impact de la prise en charge nutritionnelle et antirétrovirale sur leur évolution clinique.

Recommandations

À l'issue de cette étude, il est recommandé :

- **Aux autorités sanitaires :**
 - Réviser les politiques, normes et procédures pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère afin d'améliorer l'efficacité des soins et l'état de santé des enfants hospitalisés.
 - Envisager des visites ambulatoires pour les enfants malnutris et infectés par le VIH après leur hospitalisation en URENI, afin d'optimiser leur survie.
 - Intégrer, lors des visites prénatales, des séances

de sensibilisation sur la malnutrition et sur le dépistage du VIH.

- **Au personnel de santé :**

- Sensibiliser les mères à accepter leur statut sérologique et à suivre correctement le traitement antirétroviral, pour réduire le risque de transmission à l'enfant.
- Renforcer les conseils nutritionnels et proposer des démonstrations culinaires adaptées aux enfants et aux mères séropositives.

- **Aux parents :**

- Amener l'enfant rapidement au centre de santé dès l'apparition des premiers signes (diarrhée, fièvre ballante, vomissements).
- Surveiller l'état nutritionnel des enfants et assurer une supplémentation appropriée, tout en restant coopératif avec le personnel de santé.

*Correspondance :

Bakary Sayon KEITA

bakarysayonkeita@yahoo.fr

Disponible en ligne : 31 Juillet 2026

- 1 : Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose et les Hépatites Virales du Ministère de la Santé et du Développement Social, Mali.
- 2 : Département des opérations d'urgence de santé publique/ Institut national de santé Publique, Mali.
- 3 : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)
- 4 : Institut des Sciences Appliquées (ISA)/ USTTB,
- 5 : Hôpital Mère-Enfant le « Luxembourg » Bamako,
- 6 : Service de Médecine et Spécialités Médicales Hôpital Sominé DOLO de Mopti.
- 7 : Service de Médecine, Hôpital de Sikasso

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Tindyebwa D, Kayita J, Musoke P, Eley B, Nduati R, Tumwesigye N, et al., éditeurs. Manuel sur le sida pédiatrique en Afrique. 3e éd. Kampala: Réseau africain pour les soins aux enfants affectés par le sida; 2017.
- [2] Nations Unies. En Afrique, la lutte contre la malnutrition est urgente et nécessaire (OMS) [Internet]. New York: Nations Unies; 2018 [cité le 5 avr 2026]. Disponible sur: <https://news.un.org/fr/story/2018/04/1011692>
- [3] Jones KDJ, Berkley JA. Severe acute malnutrition and infection. *Paediatr Int Child Health*. 2014;34(Suppl 1):S1-S29. doi:10.1179/2046904714Z.0000000000218.
- [4] Institut National de la Statistique (INSTAT), Direction Générale de la Santé et de l'Hygiène Publique (DGSH). Enquête nutritionnelle anthropométrique et de mortalité rétrospective SMART 2024 – Mali: rapport final [Internet]. Bamako: INSTAT; 2024 [cité le 5 avr 2026].
- [5] Fomba A. Évaluation de l'état nutritionnel des enfants de 2 à 5 ans exposés non infectés nés de mère infectée par le VIH/SIDA suivis au Centre d'excellence de pédiatrie du CHU Gabriel Touré [mémoire/thèse]. Bamako; 2021.
- [6] Sanogo M. Évaluation de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans à Banconi [mémoire/thèse]. Bamako; 2013. Disponible sur: <https://bibliosante.ml/handle/123456789/1594>
- [7] Ngombe NK, Ndudi JB, Nguvulu JM, Nsungu FN, Sompwe EM, Ngongo GM. La prévalence de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans et facteurs associés en milieu rural: cas de la zone de santé de Vaku en 2020. *Int J Innov Appl Stud*. 2023;40(3):622-632.
- [8] Bah A, Bagayoko TB, Kassogué A, Guindo

M, Harber B, Coulibaly N, et al. Étude de la prévalence de la malnutrition aiguë sévère avec complications chez les enfants de 6 à 59 mois à l'Hôpital Nianankoro Fomba. *Mali Santé Publique*. 2021;11(2).

- [9] Mukanku EK, Mutombo E, Maykondo BK, Katuashi DI. Malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6-59 mois dans la zone de santé de Miabi, province du Kasai Oriental, RD Congo, 2023: facteurs explicatifs. *Int J Multidiscip Curr Res*. 2024;12(3):219-227.
- [10] Ousmane SY, Kone OO. Les facteurs associés à la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois hospitalisés à l'URENI du district sanitaire de Kati. *IPHO J Adv Res Med Health Sci*. 2024;2(12):5-13.

Pour citer cet article

M Keita, BS Keita, A Sogodogo, D Dembele, S Konate, C N'diaye et al. Prévalence de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans infectés par le VIH/Sida au CSRéf de la Commune I, Bamako. *Jaccr Infectiology* 2026; 8(3): 1-8

<https://doi.org/10.70065/2683.jaccrInfect.001L013107>