

PN ARX -847

9.

TRIP REPORT

BASICS

**BILAN ANALYTIQUE
DU PRONACODIAM**

Janvier 1995

Dr Elizabeth Philippe

**BASICS Technical Directive: 009 HA 01 003
USAID Contract Number: HRN-6006-C-00-3031-00**

TABLE DES MATIERES

| | | |
|------|--|----|
| I. | INTRODUCTION | 1 |
| II. | LE PROBLEME | 1 |
| 2.1 | La diarrhée et l'environnement | 1 |
| 2.2 | La diarrhée et l'état nutritionnel | 2 |
| 2.3 | La diarrhée et les pathologies infantiles | 3 |
| 2.4 | La diarrhée et l'accessibilité aux services de santé | 4 |
| 2.5 | La diarrhée et les pratiques de prise en charge | 4 |
| III. | HISTORIQUE DU PRONACODIAM | 4 |
| | Evolution du PRONACODIAM | 5 |
| IV. | LES RESULTATS DU PROGRAMME | 7 |
| 4.1 | La promotion | 8 |
| 4.2 | La prise en charge | 8 |
| | 4.2.1 La prise en charge institutionnelle | 9 |
| | 4.2.2 La prise en charge à domicile | 10 |
| 4.3 | Logistique et approvisionnement | 11 |
| 4.4 | Formation du personnel de santé | 12 |
| 4.5 | Mobilisation sociale | 13 |
| 4.6 | Système d'information - surveillance épidémiologique | 13 |

ANNEXES

- Tab 1. Résultats d'enquêtes: connaissance et utilisation des SRO
- Tab 2. Production et distribution des SRO de 1983 à 1988
- Tab 3. Utilisation du sérum oral: Octobre 87 - Septembre 88
- Tab 4. Taux d'utilisation du SRO avant la visite à l'institution (86 à 88)
- Tab 5. Evolution du taux de létalité par diarrhée à l'HUEH (80 à 84)
- Tab 6. Utilisation du sérum oral au niveau national: (10/ 87 - 09/ 89)

REFERENCES

I. INTRODUCTION

Les maladies diarrhéiques constituent l'une des premières causes de morbidité et de mortalité en Haïti. Leur association quasi-constante avec les principales pathologies meurtrières de l'enfant, en particulier les infections respiratoires aiguës, la malnutrition et la rougeole, augmentent leur effet délétère sur le développement et la croissance de l'enfant en réduisant de façon considérable ses chances de survie.

Depuis environ une dizaine d'années, des interventions ont été menées au niveau du pays, à travers le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques et de promotion de l'allaitement maternel (PRONACODIAM) en vue de réduire la morbidité et la mortalité liées à ces affections.

Ce bilan analytique du PRONACODIAM, préparé à la demande de BASICS/Haïti, permettra, grâce à un examen des principaux documents produits par le programme:

- a) De définir la problématique des maladies diarrhéiques en Haïti;
- b) D'établir l'historique du PRONACODIAM en dégagant ses grandes lignes d'action;
- c) D'identifier les principaux résultats obtenus par le programme depuis son début, ainsi que les leçons apprises;
- d) De formuler des recommandations dans un cadre d'intégration des principales interventions liées à la survie de l'enfant.

II. LE PROBLEME

Les maladies diarrhéiques sont le résultat d'un processus faisant intervenir un ensemble de facteurs liés à l'environnement, aux conditions socio-économiques et à l'individu. Ces affections surviennent plus fréquemment chez les populations défavorisées, et les enfants de moins de 5 ans sont les victimes privilégiées de ces affections.

L'optimisation des stratégies préventives et thérapeutiques passe par conséquent par une bonne connaissance et une compréhension de ces différents facteurs de risque et des liens de cause à effet.

2.1. La diarrhée et l'environnement

L'environnement joue un rôle prépondérant dans la propagation des maladies diarrhéiques. En effet, dans les milieux où la population n'a pas accès à de bonnes infrastructures

d'assainissement et à l'eau potable, la morbidité par diarrhée reste élevée. Le nombre répété d'épisodes de diarrhée chez l'enfant demeure un indicateur important de l'amélioration de ces conditions environnementales.

Les données de l'enquête de morbidité et de mortalité et de l'utilisation des services (EMMUS) conduite à travers le pays en 1987 suggèrent que le taux de morbidité par diarrhée n'a pas fondamentalement changé entre 1983 à 1987. Des taux de prévalence similaires à ceux d'enquêtes antérieures, se situant respectivement autour de 43 pour cent et de 14,1 pour cent, avaient été constatés 2 semaines et 24 heures avant la collecte des données (2). Actuellement, compte tenu de la dégradation de l'environnement et des infrastructures de base, il n'existe aucune évidence permettant de croire à une réduction de ces taux de morbidité calculés depuis 1987. L'incidence de la diarrhée est estimée en moyenne à 7 épisodes par enfant et par an, et les maladies diarrhéiques sont, avec les infections respiratoires aiguës, les premières causes de consultation et d'admission en milieu hospitalier.

2.2. La diarrhée et l'état nutritionnel

Le lien entre diarrhée et malnutrition est bien connu. Un état nutritionnel déficient prédispose à des épisodes diarrhéiques plus longs et graves, et augmente la létalité par diarrhée. De même, des épisodes répétés de diarrhée affectent l'état nutritionnel et provoquent chez l'enfant un retard de croissance staturo-pondéral dû à la perte d'appétit, la réduction des capacités d'absorption de l'organisme et l'arrêt intempestif de l'alimentation de l'enfant par les mères pendant l'épisode de diarrhée. Des observations mettant en évidence ce lien de cause à effet ont révélé qu'une prévalence élevée de la malnutrition dans les premières années de vie coïncidait avec une prévalence élevée de la diarrhée (Figure 1).

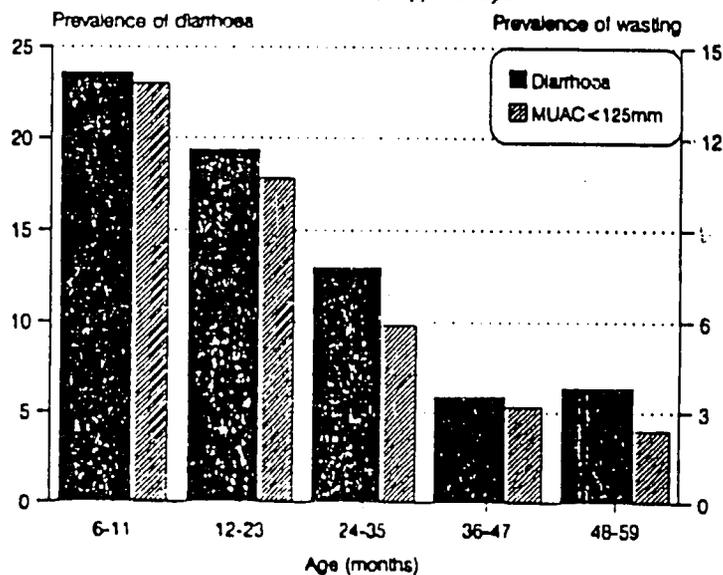


Fig. 1. Prévalence de la diarrhée et de la malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire. Source: Cayemittes et Chahnarzian, 1987, CDC et al. 1993.

En considérant spécifiquement l'allaitement maternel, il est maintenant reconnu que le lait de la mère possède des propriétés anti-infectieuses et augmente la résistance aux infections intestinales, même quand l'assainissement est défectueux. De plus, les résultats d'enquêtes menées en Haïti et dans d'autres pays ont montré que les enfants bénéficiant d'un allaitement exclusif avaient un faible risque de morbidité par diarrhée, par rapport à ceux bénéficiant d'un allaitement mixte ou d'un autre type d'alimentation (2,4).

Cependant, malgré les nombreux avantages qu'elle comporte, la pratique correcte de l'allaitement maternel est influencée par des préjugés sociaux, des tabous et le niveau d'éducation des mères. En Haïti, le taux d'initiation de l'allaitement maternel est élevé, variant respectivement entre 92 pour cent et 99 pour cent en milieu urbain et rural. Toutefois, au niveau national, seulement 12,5 pour cent des nourrissons sont allaités exclusivement au sein au cours des trois premiers mois de vie (2). L'introduction précoce des substituts du lait maternel et l'utilisation du biberon dans des conditions d'hygiène souvent douteuses augmentent les risques de diarrhée persistante et d'un état nutritionnel déficient.

Les dangers de l'alimentation au biberon ont été clairement démontrés au Pérou et aux Philippines par des études évaluant les niveaux de contamination des aliments donnés aux nourrissons. Au Pérou, 35 pour cent des tétines et 23 pour cent des biberons sélectionnés dans des communautés défavorisées étaient contaminés par des selles. Aux Philippines, 63 pour cent et 80 pour cent des aliments contenus dans les biberons étaient aussi contaminés. Ces données plaident en faveur d'une pratique correcte de l'allaitement maternel dans les communautés où les conditions d'assainissement sont mauvaises. L'importance de l'éducation pour la santé pour modifier ces comportements n'est pas à négliger dans la lutte contre ces pathologies.

2.3. La diarrhée et les pathologies infantiles

La diarrhée est souvent associée aux infections respiratoires aiguës et à la rougeole. Certains auteurs mentionnent également une relation avec la xérophtalmie et la carence en vitamine A.

Des études menées au Bangladesh ont prouvé qu'une rougeole compliquée de diarrhée chez les moins de 5 ans compromet leur développement staturo-pondéral en provoquant un déficit persistant d'environ 10 pour cent de leur indice poids/taille (6).

L'impact indirect de la vaccination contre la rougeole sur la diarrhée a été aussi démontré: une couverture vaccinale de rougeole, comprise entre 45 pour cent et 90 pour cent, permet de prévenir de 0,6 pour cent à 3,8 pour cent des épisodes de diarrhée et de 6 pour cent à 26 pour cent des décès par diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans. L'épidémie de rougeole survenue à travers le pays de 1991 à 1993 est un indice éloquent du niveau actuel de la couverture vaccinale antirougeole, mais on ne peut malheureusement espérer que celle-ci ait un impact significatif sur la morbidité ou la mortalité par diarrhée.

2.4. La diarrhée et l'accessibilité aux services de santé

Chez les populations défavorisées, l'accès aux soins est fortement conditionné par les moyens économiques. Le recours aux services de santé est tardif et survient à un stade de complications souvent mortelles. De plus, la non disponibilité des personnels de santé et des matériels nécessaires à la prise en charge correcte sont autant de facteurs qui influent sur l'accès. L'indigence actuelle du système de santé, associée à la réduction du pouvoir d'achat de la population ces trois dernières années, laissent à penser que l'accessibilité aux soins demeure un problème important.

2.5. La diarrhée et les pratiques de prise en charge

Au niveau institutionnel, les prescriptions abusives d'antibiotiques et d'antidiarrhéiques associées à l'utilisation inappropriée de la réhydratation intraveineuse représentent jusqu'à présent un problème important. Malgré les résultats impressionnants obtenus à la salle de réhydratation de l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH) depuis l'introduction de la thérapie de réhydratation par voie orale en 1980, les normes de prise en charge ne sont pas respectées.

Ces pratiques intempestives augmentent les chances de résistance aux antibiotiques et imposent au malade l'achat, à partir de revenus limités, de médicaments dont l'inutilité est prouvée.

Par ailleurs, la conception des programmes prioritaires a contribué au développement, chez les prestataires de soins, d'une approche verticale des problèmes de santé. Cette compartimentation des prises en charge est discutable, d'autant plus qu'elle entretient des solutions ponctuelles qui ne tiennent pas assez compte du contexte épidémiologique dans lequel évolue l'enfant.

III. HISTORIQUE DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LES MALADIES DIARRHEIQUES ET DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL (PRONACODIAM)

Le PRONACODIAM fut inauguré officiellement en Juillet 1983. Les taux élevés de morbidité et de mortalité imputables à la diarrhée, mis en évidence par des enquêtes épidémiologiques et l'examen de dossiers médicaux, ont justifié la mise en oeuvre d'un tel programme.

L'objectif principal du programme était de réduire la morbidité et la mortalité imputables à la diarrhée. Plus spécifiquement, le programme visait à:

- Réduire la mortalité imputable à la diarrhée de 50 pour cent chaque année pendant les 5 premières années de son développement;

- Atteindre un taux de connaissance du sérum oral de 80 pour cent et un taux d'utilisation de 60 pour cent;
- Rendre accessible les SRO par la mise en place de 12.000 postes de vente;
- Obtenir que 30 pour cent des mères en zone urbaine et 60 pour cent des mères en zone rurale allaitent exclusivement leurs enfants au sein pendant les 3 premiers mois de vie;
- Obtenir que 18 pour cent des mères en zone urbaine et 54 pour cent des mères en zone rurale poursuivent l'allaitement jusqu'à 12 mois.

Pour atteindre ces objectifs, les lignes stratégiques retenues étaient les suivantes:

1. La formation du personnel de santé;
2. La promotion des sels de réhydratation et de la thérapie par voie orale (TRO);
3. La mise en place d'un réseau de distribution du sérum oral;
4. La participation communautaire et la mobilisation sociale;
5. La promotion de l'allaitement maternel et l'amélioration des pratiques de sevrage.

Evolution du PRONACODIAM

L'évolution du PRONACODIAM se caractérise par 4 phases principales identifiées par l'examen des documents retrouvés. Elles se répartissent comme suit:

- Démarrage, de 1983 à 1985;
- Réorientation, de 1986 à 1988;
- Stagnation, de 1989 à 1991;
- Redémarrage, de 1991 à nos jours.

Entre ces différentes périodes, des évaluations ponctuelles du programme ont été menées par le MSPP en étroite collaboration avec les agences de coopération internationale.

En 1983, la coordination du programme était assurée par la Direction d'Education Sanitaire et d'Entraînement (DESE). En 1985, l'Unité de Coordination des Programmes Prioritaires (UCPP), et plus spécifiquement le Bureau de Coordination des programmes liés à la vaccination et à l'allaitement maternel - il incorporerait plus tard la lutte contre les infections respiratoires aiguës (BCPP) -, en assurerait la coordination jusqu'en 1994.

A ses débuts, le PRONACODIAM était la composante haïtienne du "Joint Nutritional Support Program" (JNSP), financé par le gouvernement italien. En 1986, l'USAID apporterait également son appui financier.

Cette première phase du programme fut marquée par des résultats satisfaisants liés au renforcement institutionnel et à la promotion du sérum oral.

En Janvier 1984, un comité d'évaluation était créé regroupant les représentants du MSPP et des agences internationales. En Novembre 1985, une première évaluation du programme fut effectuée au niveau national par ce comité.

Des problèmes majeurs ont été identifiés au cours de cette enquête, notamment:

- Le taux toujours élevé de la mortalité hospitalière causée par la diarrhée;
- Le non respect des normes de prise en charge par les jeunes médecins;
- Le faible taux d'utilisation du sérum oral et la mauvaise connaissance, par la population, du mode d'action du produit;
- La faible participation des communautés à l'éducation, la motivation et la distribution des SRO, plus particulièrement dans les zones rurales;
- La non intégration des traitements traditionnels utilisés à domicile dans la thérapie de réhydratation par voie orale.

A la lumière des recommandations issues de cette enquête, des efforts ont été faits pour redynamiser le programme et lui donner de nouvelles orientations. Les grandes lignes stratégiques retenues au début du programme ont été renforcées et un accent particulier a été mis sur la promotion de l'allaitement maternel. Un effort d'intégration a aussi été remarqué à travers la conception d'un plan de communication devant intégrer l'allaitement maternel et la thérapie de réhydratation par voie orale.

Cette deuxième phase du PRONACODIAM s'est heurtée à de sérieux problèmes politiques et administratifs qui ont entravé l'exécution des activités. Un ralentissement des activités de formation, de supervision et de promotion à travers les médias a été enregistré.

C'était le début d'une stagnation progressive du programme qui s'accroît au cours des campagnes nationales de vaccination réalisées en 1989. Les tentatives visant à lier les activités du PRONACODIAM à celles du PEV ne semblent pas avoir apporté de résultats satisfaisants. Ce changement de priorité a entraîné la mobilisation massive des personnels de santé autour des activités de vaccination, ce qui a entravé la gestion efficace du PRONACODIAM aux niveaux central et périphérique.

L'épidémie de choléra qui a éclaté au Pérou en 1991 a donné au programme un regain d'énergie. Le choléra constitue une menace pour Haïti et toutes les conditions étaient réunies pour favoriser sa propagation rapide à travers le pays. Un comité national intersectoriel de lutte contre le choléra était mis sur pied en vue d'élaborer une stratégie efficace devant permettre de faire face à cette éventuelle épidémie. Des activités intéressant les volets suivants étaient développées avec l'appui des différents sous-comités:

- La formation du personnel de santé à la prise en charge des maladies diarrhéiques;
- L'information de la population au moyen d'un matériel de communication développé au cours de cette période;
- La surveillance des ports et aéroports;
- La surveillance épidémiologique;
- L'assainissement et l'approvisionnement en eau potable;
- La constitution d'un stock d'urgence en médicaments et matériels nécessaires à la prise en charge des cas.

Il convient de souligner que ces activités furent menées dans le cadre global du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques et qu'elles ont utilisé les voies stratégiques et opérationnelles du PRONACODIAM.

Le coup d'Etat de Septembre 1991 marquerait l'arrêt des activités initiées par ce comité. Les projets de restructuration prévus par le gouvernement constitutionnel ne verraient jamais le jour. La situation politique a engendré un état de crise qui durerait trois ans, avec des retombées néfastes pour le pays.

Les résolutions issues du Conseil de Sécurité des Nations Unies n'autorisaient pas les relations avec les autorités de facto et mettaient fin aux relations de coopération avec le Ministère de la Santé. L'épidémie de choléra restant toujours une menace pour le pays, un plan d'urgence était élaboré par l'Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé (OPS/OMS) qui reprenait certaines des activités initiées avant le coup d'Etat. Ces activités étaient développées en étroite collaboration avec des partenaires du secteur privé et elles toucheraient informellement les niveaux opérationnels du MSPP.

Les acquis de cette dernière phase, développée à travers l'assistance humanitaire, sont importants et il conviendra de les consolider en tenant compte des nouvelles pistes d'intégration définies par le MSPP.

IV. LES RESULTATS DU PRONACODIAM

Les données utilisées proviennent de l'analyse des documents produits par le PRONACODIAM depuis 1983. Malgré leur fiabilité relative, ces données permettront d'apprécier la pertinence des stratégies utilisées par le PRONACODIAM et leur contribution à la réduction de la mortalité et de la morbidité par diarrhée.

4.1. La promotion

De 1983 à 1985, grâce à des actions positives menées dans les domaines de la formation et de la promotion, le PRONACODIAM a vu les taux de connaissance et d'utilisation du sérum oral augmenter de façon encourageante. Des taux respectifs variant entre 58 pour cent et 98 pour cent pour la connaissance et entre 33 pour cent et 55 pour cent pour l'utilisation ont été mis en évidence par des enquêtes opérationnelles menées à travers le pays. Ces taux sont nettement supérieurs à ceux de 1983 qui se situaient à des niveaux négligeables oscillant autour de 0 pour cent à 5 pour cent.

Néanmoins, l'écart entre les taux de connaissance et d'utilisation du sérum oral est remarquable. Il est relevé de manière constante à travers les différents rapports du PRONACODIAM et des enquêtes périodiques. La connaissance incorrecte, par les mères, du mode d'action du sérum oral est identifiée comme l'un des facteurs pouvant influencer négativement son utilisation.

Bien que la TRO ait été identifiée comme une intervention prioritaire du PRONACODIAM à ses débuts, l'allaitement maternel et le maintien de l'alimentation n'ont pas été pris en compte au cours des activités de promotion. De ce fait, l'initiation de la promotion de l'allaitement maternel n'est intervenue qu'au cours de la deuxième phase du programme. A titre anecdotique, nous soulignons que la durée de l'allaitement exclusif recommandé par le PRONACODIAM est de 3 mois. Aucun des documents consultés ne fait mention de la révision de cette politique en vue d'étendre cette durée à 6 mois.

4.2. La prise en charge

La prise en charge correcte des cas a été considérée par l'OMS comme étant la stratégie de choix pouvant permettre de réduire de 90 pour cent la mortalité par déshydratation diarrhéique. Cette prise en charge englobe les niveaux institutionnel et communautaire et dépend de la réhydratation correcte des cas. Elle implique par conséquent:

- Une connaissance des normes de prise en charge par le personnel de santé;
- L'initiation en temps opportun de la thérapie de réhydratation par voie orale à domicile et à l'institution;
- La connaissance des signes d'alarme par les mères pour un recours rapide aux soins.

L'enseignement au personnel de santé de la prise en charge des diarrhées et la création des unités de réhydratation orale à travers les hôpitaux régionaux contribueront sûrement à une diffusion très large de ces normes pendant les différentes phases du programme. Néanmoins,

les problèmes liés à la prise en charge demeurent et ont été mis en évidence durant tout le déroulement du PRONACODIAM.

L'examen des textes disponibles a permis de juger de l'évolution des pratiques de prise en charge au niveau institutionnel et communautaire. Les indicateurs fréquemment retrouvés ont rapport aux taux de létalité par diarrhée et aux taux d'utilisation du sérum oral, avant et pendant la visite. Les indicateurs classiques d'évaluation de la prise en charge ont été utilisés seulement au cours de l'évaluation de la formation du personnel effectuée en 1993 par l'UNICEF, l'OPS/OMS et le Cornell Gheskio.

4.2.1. La prise en charge institutionnelle

En 1985, des problèmes de prise en charge identifiés au cours de l'évaluation du PRONACODIAM incluait:

- Des lacunes dans l'initiation de la TRO au niveau institutionnel;
- L'absence de normes pour la réhydratation intraveineuse et la réhydratation orale;
- L'absence de triage pour la sélection des cas urgents;
- L'emploi d'élixir parégorique ou d'antidiarrhéiques en conjonction avec le sérum oral.

En 1993, l'enquête réalisée dans les six unités de réhydratation par l'OPS/OMS, l'UNICEF et Cornell Gheskio a révélé aussi des lacunes par rapport à des points clefs de la prise en charge des maladies diarrhéiques, notamment:

- L'évaluation clinique des cas;
- Le choix approprié du plan de traitement;
- L'éducation des soignants sur la prise en charge à domicile;
- La réhydratation correcte des enfants avec le sérum oral et le "ringer lactate".

Par contre, à la salle de réhydratation de l'HUEH, les résultats sont plutôt encourageants. L'évolution du taux de létalité (Tab. 5) au cours de ces 10 dernières années est une preuve éloquent de l'efficacité de la thérapie de réhydratation par voie orale et du respect des normes de prise en charge. En effet, de 36 pour cent en 1980, le taux de létalité est passé à 14 pour cent au cours de la première année, 1,9 pour cent la deuxième année, pour se maintenir à moins de 1 pour cent en 1982. Depuis, ce taux se situe autour de 0,2 pour cent.

Au niveau des unités des hôpitaux régionaux, le taux de létalité est resté élevé, d'après les rapports administratifs du PRONACODIAM de 1988 et 1989. Quant aux 6 unités implantées au cours de la dernière phase du programme, les taux de létalité varient entre 0,3 pour cent et

6,5 pour cent en se référant aux résultats du bilan annuel 1993 des Centres pour le Développement et la Santé (CDS).

La disponibilité des données au centre de réhydratation de l'HUEH a permis de suivre la progression du taux d'admission des cas pour déshydratation sévère. Ce taux est un indicateur important parce qu'il renseigne sur:

- Les capacités du personnel d'évaluer correctement les cas de diarrhée;
- La qualité de la prise en charge à domicile;
- L'évolution d'une épidémie, comme par exemple le choléra.

De 1980 à 1985, 17 pour cent des enfants admis à l'unité de réhydratation de l'HUEH avaient une déshydratation sévère. D'Avril 1992 à Mars 1994, les admissions avec déshydratation sévère ont varié de 1,5 pour cent à 8 pour cent avec une moyenne de 3,6 pour cent.

Pour les unités des hôpitaux régionaux, les données provenant des rapports annuels des régions sanitaires suggèrent un taux de déshydratation sévère voisin de celui de l'HUEH et se situant entre 4 pour cent et 5,41 pour cent, en 1988 et 1989.

Les informations recueillies du bilan des CDS indiquent des taux plus élevés au niveau des 6 nouvelles unités de réhydratation, variant entre 12 pour cent et 33,2 pour cent.

Pour ce qui a trait à l'utilisation du sérum oral par le personnel de santé, les données provenant des établissements de soins autres que l'HUEH n'indiquent pas de variations importantes du taux d'utilisation du sérum oral au cours des premières phases du programme. De 1987 à 1989, ces taux sont restés relativement constants (43,5 pour cent - 47,88 pour cent) indiquant que la TRO n'était pas initiée systématiquement dans le traitement de la diarrhée.

En 1993, le rapport d'évaluation de la formation du personnel de santé à travers 6 unités de réhydratation mentionne un taux d'utilisation plus important - il était de 82 pour cent. Ces données laissent à penser que l'intégration de la TRO s'est faite progressivement dans les institutions au cours de ces 10 dernières années.

4.2.2. La prise en charge à domicile

L'écart entre les taux de connaissance et d'utilisation du sérum oral par les mères a constitué un phénomène préoccupant pour les responsables du PRONACODIAM depuis 1985. A part certains succès enregistrés au niveau des aires d'intervention spécifiques, comme la Cité Soleil et la population de mères fréquentant le centre de réhydratation de l'HUEH, le taux d'utilisation avant la visite à l'institution, calculé à partir des rapports des régions sanitaires, est resté bas, se situant autour de 17 pour cent. Le taux d'utilisation de la TRO avant le recours à l'institution est un indicateur qui permet de juger de la qualité de la prise en charge à domicile et de la connaissance, par les mères, de l'importance de la TRO dans la prévention de

la déshydratation. Le taux élevé de létalité retrouvé au niveau des unités des hôpitaux régionaux peut être une conséquence de la non administration du SRO au moment approprié et indique que les enfants étaient admis à un stade de complications mortelles.

Des enquêtes quantitatives menées jusqu'en 1987 ont produit des résultats qui renseignent sur la perception et le comportement des mères par rapport à la diarrhée. L'administration de solutés traditionnels, seuls ou en association avec le sérum oral ou des produits pharmaceutiques tels les antidiarrhéiques ou les antibiotiques, est une pratique courante.

Certains textes, comme le rapport de l'EMMUS, indiquent que le sérum oral était utilisé pour 16 pour cent des enfants de moins de 5 ans et que 35 pour cent des enfants n'avaient rien reçu contre la diarrhée. Vingt-quatre pour cent (24 pour cent) avaient reçu au cours des dernières 24 heures des produits pharmaceutiques et 19 pour cent avaient bénéficié d'une médication traditionnelle. Les résultats de l'enquête nationale de Juillet 1985 ont révélé que dans 56 pour cent des cas, le traitement de la diarrhée pendant les 2 ou 3 premiers jours était limité à l'administration d'infusions d'herbes locales, et que 36 pour cent des mères introduisaient le sérum oral après les résultats de ces médications traditionnelles.

L'association que font les mères entre la thérapie par voie orale et l'arrêt de la diarrhée peut encourager le recours à d'autres thérapeutiques jugées plus efficaces, et expliquer la faible utilisation du sérum oral avant la visite à l'institution.

4.3. Logistique et approvisionnement

En juillet 1983, un accord fut conclu entre le MSPP et l'agence pharmaceutique PHARVAL, en vue de favoriser la production locale des SRO. Cette initiative locale, développée principalement avec l'appui financier de l'UNICEF, a évolué de manière satisfaisante jusqu'en 1988. A partir de cette année, la production locale des SRO est confrontée à des problèmes inhérents à la disponibilité des matières premières et à l'introduction de nouveaux sels de réhydratation dont le goût est plus attrayant que le SRO produit localement. Des tentatives pour améliorer le goût du produit échoueront en raison de l'insuffisance de données sur l'utilisation des SRO aromatisés et des complications potentielles sur l'organisme.

A partir de 1989, l'UNICEF prendra la relève pour assurer la disponibilité du sérum oral à travers le pays. Actuellement, la PHARVAL continue de produire les SRO à des fins commerciales, sans l'appui de l'UNICEF et du MSPP.

Au cours des premières phases du programme, l'approvisionnement des institutions en SRO était assuré par l'AGAPCO, puis à sa fermeture, par le BCPP. Depuis le début de 1992, le Programme de Médicaments Essentiels (PROMESS) joue un rôle important dans la distribution des SRO.

En 1983, le PRONACODIAM a donné la priorité à la création des postes de vente communautaires en vue de rendre les SRO plus accessibles à la population. C'est ainsi qu'à la fin de 1985, 3.000 postes de vente communautaires ont été créés pour la distribution commerciale des sachets. En dépit des avantages qu'ils pouvaient offrir, ces postes de vente ont progressivement diminué et n'existent presque plus à l'heure actuelle. Des réserves quant à l'efficacité de ces canaux communautaires de distribution des SRO se retrouvent dans les textes, y inclus les rapports administratifs du PRONACODIAM.

Vers les années 1988 - 1989, des efforts pour augmenter la disponibilité des SRO au niveau des postes de vente n'atteindraient pas les objectifs visés. Les problèmes logistiques du PRONACODIAM rendait leur approvisionnement difficile.

Le document d'évaluation et de réajustement du système de distribution du sérum oral, produit en Juillet 84 par le MSPP, renseigne très superficiellement sur les mouvements de stocks des SRO du niveau central aux structures périphériques, et à peine sur les critères de sélection des postes de vente. La participation de la communauté à la gestion de ces postes n'est pas non plus mentionnée.

La disponibilité des SRO au niveau des institutions semble avoir été stable au cours de la première phase du programme. De 1986 à 1989, les documents consultés font état de ruptures de stock périodiques dans les régions sanitaires.

Si aujourd'hui on s'en tient au nombre d'institutions qui s'approvisionnent à PROMESS, on peut supposer que les SRO sont disponibles dans la majorité des institutions de santé.

Les taux d'accessibilité aux SRO sont variables et ont été retrouvés comme suit dans les rapports d'enquêtes menées en 1985 et en 1987: en 1985, les SRO étaient accessibles à 44 pour cent dans les institutions de santé, 15 pour cent dans les pharmacies locales, 8 pour cent dans les "boutiques" et 6 pour cent dans les postes de vente. En 1987, des taux respectifs de 51 pour cent et de 76,7 pour cent avaient été retrouvés dans les institutions de santé à Miragoane et à Jacmel.

4.4. Formation du personnel de santé

Les données relatives à la formation du personnel de santé ont été retrouvées pour les première et quatrième phases du programme.

De 1983 à 1985, 5.450 agents de santé ont été formés à la prise en charge des maladies diarrhéiques. Ce chiffre englobait 95 pour cent du personnel de santé du MSPP et 5 pour cent des travailleurs de santé du secteur privé.

De 1986 à 1991, les informations étaient principalement en rapport avec les séances de formation organisées au centre de réhydratation de l'HUEH pour les résidents, les internes, les étudiants de 3e année de médecine et le personnel infirmier.

En 1991, les activités de formation étaient reprises pour les personnels des institutions réparties à travers les 9 départements géographiques du pays. Avec les fonds de l'assistance humanitaire et en collaboration avec l'Institut National Haïtien de Santé Communautaire (IHNSAC), plus d'un millier d'employés des institutions publiques et privées bénéficiaient de la formation pour la prise en charge des maladies diarrhéiques et du choléra.

Avec l'appui de l'OPS/OMS en Haïti et en République Dominicaine et du Center for Disease Control d'Atlanta (CDC), des personnels des trois laboratoires impliqués dans la surveillance épidémiologique du choléra recevront également une formation relative aux procédures d'identification du *Vibrio Cholerae*.

Au cours de cette dernière phase, l'unité de réhydratation de l'HUEH participa activement à la formation pratique des personnels de santé formés par l'INHSAC, des résidents, des internes et du personnel infirmier.

4.5. Mobilisation sociale

Dans le cadre de la mobilisation sociale, le PRONACODIAM a impliqué plusieurs secteurs dans la promotion de la TRO. De 1983 à 1985, des séances de formation ont été organisées au bénéfice de 11.943 personnes dont les instituteurs d'écoles, des moniteurs d'alphabétisation, des collaborateurs volontaires de la lutte contre la malaria, des scouts et des notables de certaines communautés.

En 1986, 269 formateurs scouts ont aussi été initiés aux principes de la TRO en vue de former 10.000 scouts à travers le pays. Ces derniers devaient parrainer les groupes cibles du PEV et du PRONACODIAM, et ils avaient pour tâche principale d'informer les familles sur la TRO, l'allaitement maternel et la vaccination. Des résultats existent pour le Sud-Est où 2.000 familles furent parrainées par 8 groupes scouts.

En 1991, avec l'appui de l'Alliance pour la Survie de l'Enfant, de Konesans Fanmi, et de World Concern, des séances d'information et des conférences débats furent organisées pour le grand public à travers les églises protestantes de l'aire métropolitaine de Port-au-Prince, des associations féminines et des écoles de jardinières d'enfants.

4.6. Système d'information - Surveillance épidémiologique

La mise en place du système d'information a permis la collecte de données inhérentes à la prestation des services et aux activités de support du PRONACODIAM. Depuis 1983, de

nombreux problèmes intéressant les différentes étapes du système ont été mis en évidence, affectant de loin la fiabilité des données.

L'enquête auprès des six unités de réhydratation conduite par l'OPS/OMS, l'UNICEF et le Cornell Gheskio a fait ressortir des déficiences majeures quant à la tenue des formulaires d'évaluation clinique de la diarrhée utilisés en salle de réhydratation. L'inadéquation entre la classification de la déshydratation et la démarche thérapeutique, l'insuffisance de l'information médicale (absence de diagnostic, évolution du malade), ont rendu difficile l'interprétation des données recueillies. Notons qu'un maintien correct des dossiers médicaux facilite l'évaluation des compétences du personnel de santé à prendre en charge correctement les cas de diarrhée.

Quant aux rapports administratifs, les remarques principales portent sur la lenteur et l'imprécision des données épidémiologiques et opérationnelles et la limitation de la notification des décès par diarrhée aux hôpitaux.

Les enquêtes nationales menées respectivement en 1985 et 1987 par le MSPP et l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) ont permis de mesurer certains des indicateurs du programme, en particulier les taux d'utilisation des SRO, la prévalence des épisodes de diarrhée et la mortalité.

Il est important de souligner que l'actualisation de ces indicateurs s'arrête à l'année 1987.

Pour ce qui a trait à la surveillance épidémiologique, les informations ont été retrouvées seulement pour la quatrième phase du programme.

Depuis 1992, la surveillance épidémiologique est essentiellement liée au choléra et elle est coordonnée par l'IHE. Cette surveillance s'effectue à travers un réseau de 46 centres sentinelles privés et mixtes répartis dans les 9 départements géographiques. Elle repose sur trois volets principaux, incluant la notification négative hebdomadaire, la surveillance des pics d'apparition de la diarrhée au niveau local au moyen d'outils appropriés et l'investigation des cas suspects répondant aux critères cliniques établis dans le cadre de cette surveillance.

Trois laboratoires locaux (BIOMED, CDS, Cornell Gheskio) et le Caribbean Epidemiology Center (CAREC) participent activement à cette surveillance.

A la fin de 1992, le réseau de surveillance a permis d'enquêter sur un cas suspect de choléra diagnostiqué à l'hôpital de la Communauté Haïtienne. Pour l'année 1993, le taux de notification négative a été de 80 pour cent, et 60 pour cent des institutions ont rempli les tableaux d'enregistrement des cas de diarrhée.

ANNEXES

TABLES

Tab. 1: Tableau résumant les résultats d'enquêtes menées sur la connaissance et l'utilisation du sérum oral.

| Lieu & date de l'enquête | Incidence de la diarrhée chez les > 5 ans, 2 semaines avant. | Connaissance du SRO | | Source de l'information | | | | Utilisation des SRO (% mères) | Disponibilité du SRO à l'heure de marche (% pop) | Utilisation des solutions maison (% mères) |
|---|--|---|--|-------------------------|-------|-----|-------|-------------------------------|--|--|
| | | Pourcentage ayant entendu parler du SRO | Pourcentage reconnaissant les sachets de SRO | Institution de santé | Radio | Ami | Autre | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Enquête nationale: Juillet 1985 | 40% | N/A | 58% | 50% | 19% | 7% | 11% | 36% | 55% | 56% |
| Miragoane, Sud: Mai 1985 | 30% | 80% | 64% | 47% | 19% | 12% | 2% | 40% | 29% | 63% |
| Cayes: Mai 1983 Octobre 1984 | 27% 25% | 98% | N/A | 49% | 78% | N/A | 13% | 25% 47% | N/A | N/A |
| Octobre 1984: Port-au-Prince Sud-Ouest rural Nord urbain | 15% 19%, 15% 17% | 60% 51%, 43% 70% | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A* | 53% 48%, 55% 33% | N/A | N/A |

* N/A: Non demandé

Source: Rapport final d'évaluation du PRONACODIAM, MSPP, 1985

17.

Tab. 2: Production et distribution des SRO de 1983 à 1988

| PERIODES | PRODUCTION | DISTRIBUTION | | REMARQUES |
|----------|------------|----------------------------------|--------|---|
| | | DEMONSTRATION DONS, PROMOTION | VENDUS | |
| 1982 | 166.250 | | | |
| 1983 | 601.250 | 69% | 30,6% | De 1983 à 1985 des postes de ventes communautaires ont été mis en place |
| 1984 | 621.520 | 60% | 40% | |
| 1985 | 335.000 | 46% | 54% | |
| 1986 | 355.000 | 37% | 63% | 54,88% d'accessibilité (Enquête nationale) |
| 1987 | 525.000 | 28,6% | 71,4% | 51% d'accessibilité (Miragoane) 76,7% d'accessibilité (Jacmel) |
| 1988 | 630.000 | 47,5% | 52,5% | Scouts/MSPP dans le Sud-Est, le Nord-Ouest et le Sud |

Source: Rapport PRONACODIAM, Octobre 1988 - Septembre 1989

18

Tab. 3: Utilisation du sérum oral: Octobre 1987 - Septembre 1988

| | OUEST | NORD | TRANSVERSAL | SUD | NATIONAL |
|--|--------------|-------------|--------------------|------------|-----------------|
| CAS DE DIARRHEE: 0 - 4 ANS | 43.880 | 32.718 | 21.160 | 21.820 | 119.578 |
| UTILISATION DES SRO AVANT LA VISITE A L'INSTITUTION | 7.510 | 5.507 | 2.992 | 4.237 | 20.246 |
| % D'UTILISATION AVANT LA VISITE | 17% | 17% | 14% | 19% | 17% |
| UTILISATION PENDANT LA VISITE A UNE INSTITUTION SANITAIRE | 19.908 | 11.377 | 10.620 | 10.103 | 52.008 |
| % D'UTILISATION PENDANT LA VISITE | 45% | 35% | 50% | 46% | 43,5% |

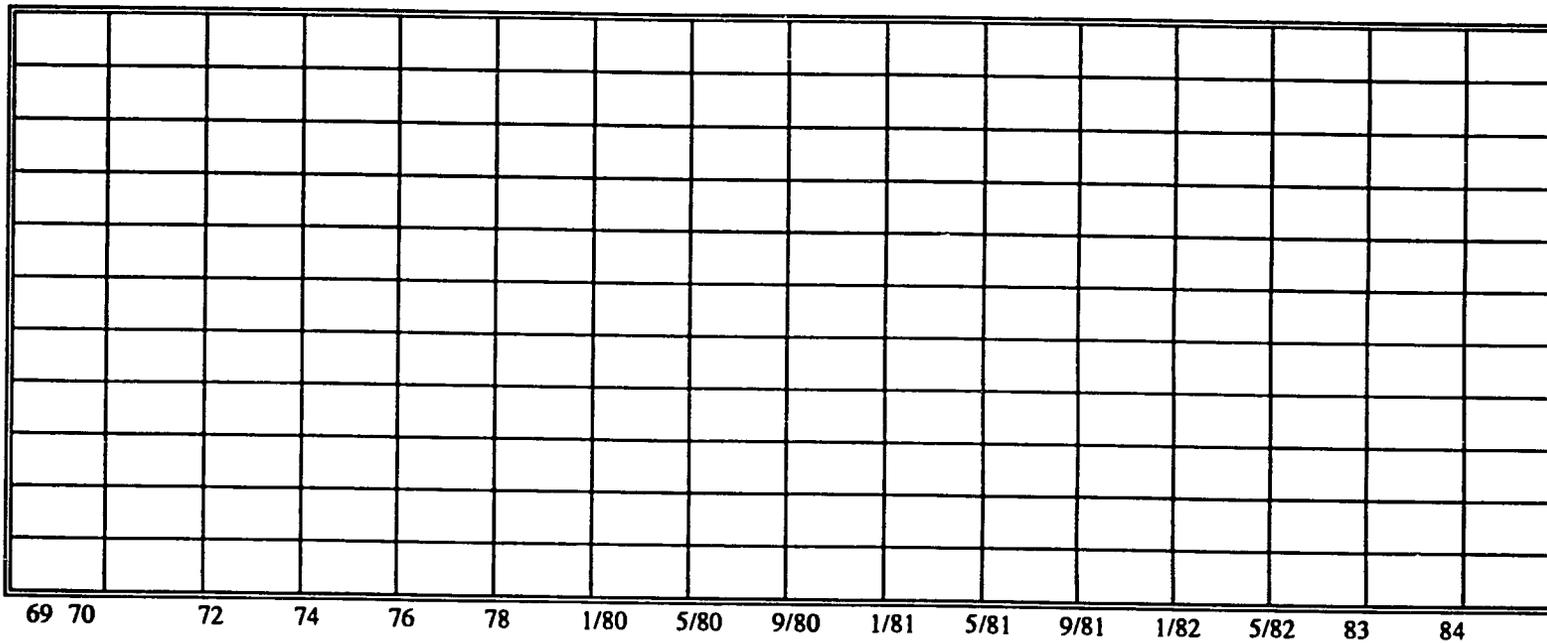
Sources: Rapports annuels des régions sanitaires, dans Rapport PRONACODIAM 87-88

19.

Tab. 4 Taux d'utilisation du SRO avant la visite à l'institution de 1986 à 1988

| ANNEES | OUEST | NORD | TRANSVERSAL | SUD | NATIONAL |
|---------------|--------------|-------------|--------------------|------------|-----------------|
| 1986 - 1987 | 14,8% | 16,4% | 12% | --- | --- |
| 1987 - 1988 | 17% | 17% | --- | 19% | 17% |

Tab. 5: Evolution du taux de létalité par diarrhée à l'HUEH: 1980 à 1984



12

Tab. 6: Utilisation du sérum oral au niveau national: octobre 1987 - septembre 1989

| | Octobre 1988 Septembre 1989 | Octobre 1987 Septembre 1988 |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Cas de diarrhée | 109.742 | 119.578 |
| Utilisation du SRO avant la visite à l'institution | 20.091 (18,31 %) | 20.246 (17 %) |
| Utilisation du SRO pendant la visite à une institution sanitaire | 52.542 (47,88 %) | 52.008 (43,5 %) |

22

REFERENCES

REFERENCES

1. OPS/OMS. *Analyse de la situation sanitaire*, Haïti, 1993.
2. *Enquête Mortalité et Morbidité et utilisation des services (EMMUS)*, Haïti, 1987.
3. PAHO/WHO. *Food, health and care in Haiti: A nutrition situation analysis*, 1994.
4. De Zoysa, Isabelle, Marina Rea et Jose Martinez. *Why promote breastfeeding in diarrhoeal disease control programmes? Health policy and planning*, 6(4):376-379.
5. Pape, Jean William. *La diarrhée aiguë, physiopathologie et conduite à tenir*, Avril 1992.
6. Syder, Lauren. *Measles vaccination: Opportunity to reduce measles associated diarrhoea*, PRITECH, Avril 1992.
7. *Halte aux maladies diarrhéiques, l'enfant en milieu tropical*, 1993, No 204.
8. Organisation Mondiale de la Santé. *Interventions contre les maladies diarrhéiques du jeune enfant: Education en matière de sevrage*, 1987.
9. OMS. *Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques: Techniques de supervision*, 1988.
10. *Examen des relations entre la carence en vitamine A et la diarrhée et de leur incidence sur la lutte contre la xérophtalmie et la diarrhée*.
11. Ministère de la Santé Publique et de la Population, Bureau de la Coordination PEV/PRONACODIAM. *Plan d'action du PRONACODIAM 1986 - 1988, deuxième phase*.
12. Dr J. Unutia, (CDD Regional Advisor, PAHO), M. R. Goodall (Essential Drugs Advisor, UNICEF, New York), 9 - 11 Octobre 1985. *Rapport de visite*.
13. Bureau de Coordination PEV/PRONACODIAM. *Relance du PRONACODIAM, Projet de 3 mois d'activités intensives, Mars 1989 - Mai 1989*.
14. James Allman. *Columbia University Operations Research on Diarrhoeal Disease Control in Haiti, Future Research Plans and Objectives*, Octobre 1985.
15. Programme National de Contrôle de la Diarrhée et de Promotion de l'Allaitement Maternel. *Bilan de 6 mois d'activités (Octobre 1986 - Mars 1987)*.

16. Ministère de la Santé Publique & de la Population. *Rapport final d'évaluation du PRONACODIAM*, Novembre 1985.
17. Programme National de Lutte contre la Diarrhée et de Promotion de l'Allaitement Maternel. *Rapport annuel, Octobre 1988 - Septembre 1989*.
18. PRONACODIAM. *Rapport annuel, 1987 - 1988*.
19. Dr Karoline Fonck. *Le PRONACODIAM et les systèmes locaux de santé*. OPS/OMS.
20. Pape, Jean W., Buffon Mondestin, Lambert Jasmin, B.H. Kean, J.E. Rohde, Warren D. Johnson Jr. *Management of diarrhea in Haiti: Mortality reduction in 8443 hospitalized children*.
21. Pape, Jean W., Buffon Mondestin. *La gastro-entérite infectueuse: Expériences acquises*, Mai 1983.
22. Oriol, Luisa R. *Rapport des activités en salle de réhydratation - HUEH, Octobre 1993 - Septembre 1994*.
23. *Rapport des activités en salle de réhydratation - HUEH, Avril - Septembre 1992*.
24. Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé (OPS/OMS). *Bilan Projet choléra, Janvier 1993 - Septembre 1994*.
25. OPS/OMS/UNICEF/CORNELL GHESKIO. *Evaluation de la formation du personnel de santé sur la prise en charge des maladies diarrhéiques*, Septembre 1993.
26. Centres pour le Développement et la Santé (CDS). *Bilan annuel Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques*, Juin 1994.
27. Tessa Margareth Wardlaw. *ORT and diarrheal disease mortality in Cite Soleil*, Mai 1987.
28. Département de la Santé Publique et de la Population, Région Sanitaire Sud. *Résultats de l'enquête sur la morbi-mortalité par diarrhée*, Octobre 1984.
29. *Utilisation du sérum oral et impact de la politique de communication du PRONACODIAM*, Novembre 1984.
30. *Propositions d'organisation des unités communales de santé, groupe eau et assainissement*, Mars-Juin 1994.
31. PAHO/WHO. *Development and strengthening of Local Health Systems*, 1989.

32. World Health Organization. *The Challenge of implementation, District Health Systems for primary health care.*
33. MSPP. *Propositions d'actions urgentes à impact immédiat sur la Santé de la population haïtienne*, Septembre 1994.
34. MSPP. *Quelques pistes pour aborder nos problèmes sanitaires*, Mars 1994.
35. Organisation Mondiale de la Santé, Bulletin WHO/CDD/87. *La prévention de la diarrhée: Quelles options politiques?*
36. OMS, Bulletin CDD/87. *La lutte contre les diarrhées: Bilan des interventions possibles.*
37. Organisation Mondiale de la Santé. *District et Santé.*