

9365927

PD-AMU-414

10/11/86 47420

RAPPORT DE MISSION A DJIBOUTI
Report of mission to Djibouti

A Report Prepared By PRITECH Consultant:
OLIVIER FONTAINE, M.D.

During The Period:
FEBRUARY 16-27, 1986

TECHNOLOGIES FOR PRIMARY HEALTH CARE (PRITECH) PROJECT
Supported By The
U.S. Agency For International Development
AID/DPE-5927-C-00-3083-00

AUTHORIZATION:
AID/S&T/HEA: 9/16/86
ASSGN. NO: DC 153

CONTENU

	<u>PAGE</u>
EXECUTIVE SUMMARY	ii
I. OBJECTIFS DE LA MISSION	1
II. LES MALADIES DIARRHEIQUES A DJIBOUTI	1
A. L'ENQUETE "MORTALITE INFANTILE DANS LA VILLE DE DJIBOUTI"	1
B. LES TRAITEMENTS DE LA DIARRHEE	2
C. LA MALNUTRITION	6
D. CONCLUSIONS	6
E. RECOMMANDATIONS	7
F. PROCHAINES ETAPES EN CE QUI CONCERNE LA FORMATION	9
III. LISTE DES FORMATIONS SANITAIRES VISITEES	10
IV. QUANTITE DE MEDICAMENTS POUR TRAITER LA DIARRHEE LIVRES PAR LA PHARMACIE D'APPROVISIONNEMENT AUX DISPENSIAIRES EN 1985	11
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	12

EXECUTIVE SUMMARY

Through visits to health centers, interviews with physicians, health workers and mothers, and discussions with donor agencies, the consultant examined existing clinical practices by physicians in Djibouti concerning the treatment of diarrhea. The need for training physicians and health personnel was assessed, and the setting up of an ORT unit discussed. Generally, there appeared to be a lack of confidence among the health workers in ORT. In addition, wrong or inadequate messages and information were targeted to the mothers, and too many medications were prescribed for treatment of diarrhea.

Primary recommendations include: 1) defining a National Policy for ORT and packets distribution, as well as breastfeeding; 2) appointing a National Coordinator; 3) training physicians and health workers; and 4) strengthening the existing ORT unit at Farah Had Health Center.

I. OBJECTIFS DE LA MISSION

Ma visite à Djibouti du 17 au 27 Février 1986 a été organisée par l'UNICEF et le Ministère de la Santé de la République de Djibouti, dans le cadre de la mise en oeuvre du projet UNICEF/USAID du Contrôle des Maladies Diarrhéiques et de la Malnutrition Infantile.

Les objectifs de cette mission étaient:

- 1) d'étudier les pratiques médicales mises en oeuvre au niveau des services de santé en ce qui concerne les maladies diarrhéiques et la malnutrition;
- 2) d'étudier la possibilité de la création d'un centre de démonstration de la réhydratation par voie orale (RVO) au sein de l'un des centres de PMI; et
- 3) d'analyser les besoins en formation en matière de contrôle de la diarrhée ainsi que la planification de séminaires appropriés destinés aux médecins et au personnel médical.

Le travail sur le terrain a pu être réalisé grâce à la coopération très efficace du Dr. Assakaf, de M. Issa Aouled et M. Ibrahim Mohammed Derkala (anciens élèves du CFPS) et de M. Abdallah Ahmed Hade (cellule de l'Education pour la Santé). Au cours de cette mission nous avons visité 5 centres de santé dans la ville de Djibouti, 4 centres de santé à l'intérieur du pays, ainsi qu'au département de Pédiatrie de l'HOPITAL PELTIER.

II. LES MALADIES DIARRHEIQUES A DJIBOUTI

A. L'ENQUETE "MORTALITE INFANTILE DANS LA VILLE DE DJIBOUTI"

Les résultats de l'enquête "Mortalité Infantile dans la ville de Djibouti", réalisée en 1985, montrent que la diarrhée est la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (49% des décès enregistrés) et la première cause de morbidité avec une prévalence mensuelle supérieure à 46%. Ces résultats laissent penser que l'incidence globale de la diarrhée à Djibouti est en fait bien supérieure à ce qui avait été calculé en 1984 (2,18 épisodes/enfant/an). On peut en réalité estimer l'incidence globale de la diarrhée, à partir de la prévalence mensuelle, à environ 5 épisodes/enfant/an.

L'analyse des registres des centres de santé a montré que la diarrhée représentait la première cause de consultation chez les enfants de 0 à 5 ans (30% de l'ensemble des consultations 0-5 ans). Cette proportion est encore plus importante dans la tranche des enfants de 0 à 1 an où elle

atteint 50% des consultations. C'est aussi dans cette tranche d'âge (0-1 an) qu'on trouve l'essentiel des malnutritions. Aucun chiffre précis n'a pu être obtenu en dehors du dispensaire de Farah Had où une malnutrition franche (poids pour âge 65%) est observée chez 10% des consultations 0-1 an.

Dans cette tranche d'âge 0-1 an, la première cause de diarrhée et de malnutrition citée par l'ensemble des médecins interrogés est l'utilisation trop répandue et injustifiée du biberon et de l'allaitement artificiel.

Cependant il existe de profondes différences d'un dispensaire à l'autre aussi bien dans les attitudes thérapeutiques que dans le recrutement des malades. Ainsi le dispensaire de Farah Had, essentiellement organisé en PMI et très axé sur la médecine préventive, reçoit chaque jour une trentaine de patients de 0 à 5 ans dont la moitié vient pour diarrhée et chez qui dans 10% des cas est détectée une malnutrition. Par contre le dispensaire de Balbala II, plutôt axé sur la médecine curative, ne voit que 2 à 3 cas de diarrhée chez la trentaine de malades consultants chaque jour et ne semble détecter des malnutritions qu'exceptionnellement.

Au niveau du service de Pédiatrie de l'HOPITAL PELTIER, qui sert de centre de référence pour toutes les diarrhées avec déshydratations sévères, la diarrhée représente la première cause d'hospitalisation et la deuxième cause de décès.

B. LES TRAITEMENTS DE LA DIARRHÉE

Les attitudes thérapeutiques varient d'un dispensaire à l'autre en fonction de l'option choisie par le dispensaire: soit médecine curative, soit médecine préventive organisée autour de la PMI. Toutefois quelquefois l'option choisie par le dispensaire la prescription des médicaments pour traiter la diarrhée est toujours excessive, très souvent inutile et parfois même dangereuse. Un relevé des prescriptions faites dans les dispensaires visités le jour de notre passage et le relevé des commandes trimestrielles des médicaments à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement nous a permis d'établir la liste des médicaments les plus prescrits dans le traitement de la diarrhée (cette liste n'est pas exhaustive):

- 1) Anti-émétiques:
PIPTAL en gouttes
PRIMPERAN sirop
- 2) Modificateurs de la Consistance des Selles:
AROBON
GELOPECTOSE

- 3) Modificateurs du Transit:
 - IMODIUM sirop et comprimés
 - PAREGORIQUE comprimés
 - HORDENOL en injection sous-cutanée

- 4) Antiseptiques Intestinaux:
 - SULFAGUANIDINE
 - LYANTIL
 - THYACIL au CAROUBE
 - ERCEFURIL

- 5) Antibiotiques:
 - BACTRIM sirop et comprimés
 - PENICILLINE injectable
 - FLAGYL
 - TETRACYCLINES
 - RUBITRACINE
 - MYCOSTATINE
 - COLIMYCINE
 - TOTAPEN sirop

Ainsi au minimum une ordonnance pour traiter un enfant diarrhéique comporte trois médicaments. Par exemple:

AROEN
 BACTRIM (qui est devenu pour les mères le traitement spécifique de la diarrhée)
 IMODIUM

Mais bien souvent l'ordonnance est beaucoup plus longue. Ainsi cette prescription relevée parmi bien d'autres dans un dispensaire de l'intérieur, pour un cas de diarrhée avec déshydratation modérée:

SERUM GLUCOSE 5% (500 ml en perfusion IV)
 CHLORURE DE POTASSIUM (ajouter à la perfusion)
 HYDROCORTISONE injectable
 PENICILLINE G
 FLAGYL
 MYCOSTATINE
 SACHETS DE SRO

Dans ce cas précis quelques sachets de réhydratation par voie orale et une surveillance de 2 à 4 heures auraient suffi pour traiter cette diarrhée.

Cette surconsommation des médicaments inappropriés et dangereux n'est pas limitée aux maladies diarrhéiques, mais s'observe aussi pour le traitement de bien d'autres affections. Ceci se traduit par un fait choquant: les intoxications médicamenteuses sont le 2° motif d'hospitalisation dans le service de Pédiatrie de l'HOPITAL PELTIER et la 1° cause de décès.

Les perfusions intraveineuses de sérum glucosé, de sérum physiologique ou de lactate-ringer sont couramment pratiquées dans tous les dispensaires visités. Bien que je n'ai pas eu l'occasion au cours de mes visites de voir des enfants perfusés à la suite d'une déshydratation due à la diarrhée, il ressort des discussions avec les médecins des dispensaires qu'une grande proportion de ces malades pourraient être réhydratés tout aussi efficacement à l'aide de sachets de RVO. Les critères choisis pour décider l'installation d'une perfusion sont:

- 1) la présence d'un pli cutané; et
- 2) la présence de vomissements.

En fait il semble que toute déshydratation modérée bénéficie d'une perfusion IV et que la plupart des déshydratations graves soient évacuées sur l'HOPITAL PELTIER.

A l'HOPITAL PELTIER la perfusion IV est le moyen thérapeutique essentiel utilisé pour traiter les diarrhées. Le Dr. Zanotti est tout à fait convaincu de l'efficacité des sels de réhydratation par voie orale, mais le manque de personnel pour donner à boire aux enfants et surveiller la réhydratation, ne lui permet pas actuellement de pouvoir utiliser la réhydratation par voie orale de façon routinière.

Au total, les médicaments prescrits pour traiter les diarrhées, le matériel et les liquides de perfusion représentent entre 10% et 20% de la dotation des dispensaires (commandes de la Pharmacie d'Approvisionnement). Ceci sans compter les antibiotiques qui représentent de 20% à 30% de la dotation.

Les sels de réhydratation par voie orale sont très largement disponibles dans toutes les formations sanitaires visitées. En 1985 la Pharmacie d'Approvisionnement a distribué 51.000 sachets. A cette quantité il faut ajouter les achats directs de la SMI et de la Coopération Italienne à Balbala II. La consommation de sachets est en augmentation puisque pour le premier trimestre 1986, 17.000 sachets ont déjà été distribués. Ces chiffres très encourageants doivent cependant être interprétés avec prudence. En effet la consommation des médicaments "anti-diarrhéiques" a également progressé en 1985 (particulièrement la sulfaguanidine et le parégorique).

En fait, à cause du manque d'informations du personnel médical et sanitaire et des pressions de la population, les sachets de RVO viennent juste s'ajouter à la liste des médicaments utilisés pour traiter la diarrhée et n'ont en rien diminué la consommation de ces médicaments. A la différence des autres médicaments prescrits, dont l'utilisation est relativement simple (sirop et comprimés), la réhydratation par voie orale nécessite une information détaillée et une formation des mères. Dans la plupart des centres de santé visités cette formation est inefficace. En effet 90% des mères interrogées une demi-heure environ après avoir reçues les informations sur la préparation de la solution de RVO nous ont donné

des réponses fausses. Celles allaient de: 3 sachets de SRO dans une bouteille pleine de Tadjourah à 1 sachet dans un verre d'eau du robinet.

En fait il existe une grande confusion chez le personnel médical pour expliquer la préparation de la solution. Dans certains centres on recommande de diluer le sachet dans une bouteille pleine de Tadjourah, dans d'autres on recommande de vider un peu la bouteille ou de ne la remplir que jusqu'au grand rétrécissement. Enfin dans d'autres centres le récipient utilisé est une boîte vide de lait Guigoz (1 litre) mais que l'on recommande de ne remplir qu'au 3/4. De plus très peu, pour ne pas dire aucune information n'est donnée aux mères sur les quantités à donner, le rythme d'administration, comment donner la solution et comment surveiller la réhydratation. Ainsi, si comme il est rapporté dans l'enquête sur la "Mortalité Infantile à Djibouti", un grand nombre de mères connaissent la RVO (21%), il est vraisemblable qu'une très faible proportion d'entre elles l'utilise de façon efficace.

Dans certains centres il est expliqué aux mères comment fabriquer une solution de réhydratation avec des ingrédients trouvés à la maison (sel et sucre). Mais là au problème du choix du récipient et du volume cités plus haut, s'ajoute de très grandes variations dans les quantités de sucre et de sel à utiliser:

- o une poignée de sucre pour 1 1/8 grandes cuillers/8 petites cuillers ...
- o une pincée de sel/2 pincées de sel/2 petites cuillers de sel ...

Ces messages très différents et souvent erronés rendent peu crédible cette thérapeutique aux yeux des mères et aucune des mères interrogées n'avait administré une telle solution à son enfant avant de venir consulter au dispensaire. Le tableau ci-dessous résume l'attitude des mères avant de venir consulter au dispensaire:

Consulte un Guérisseur	6
Arrête l'Alimentation de l'Enfant	5
Utilise des Médicaments (auto-prescription) (Bactrim, Thyacil, Piptal, Aspirine)	2
Eau de Riz et Bouillie de Carottes	1
N'a Rien Fait (1 ^o réaction a été de venir au dispensaire)	2
Est Allée Consulter Dans un Autre Dispensaire	3
A Donne un Sachet de RVO	1
TOTAL	20

C. LA MALNUTRITION

La cause la plus évidente et vraisemblablement la plus importante des diarrhées et des malnutritions est l'utilisation excessive et très précoce du biberon et de l'allaitement artificiel. L'attitude des dispensaires et des PMI à ce sujet est très ambiguë. D'un côté les médecins et le personnel des PMI expliquent aux mères que le biberon est dangereux pour la santé des enfants et bien souvent le même personnel distribue du lait en poudre et explique comment préparer un biberon. Ceci aboutit à confirmer les mères dans leur croyance que le biberon est meilleur puisqu'on donne du lait en poudre au dispensaire.

D. CONCLUSIONS

Trois remarques essentielles peuvent être faites à la suite des visites dans les dispensaires et des entretiens avec les médecins et le personnel sanitaire:

1. Surconsommation de médicaments, essentiellement par manque de formation du personnel.
2. Manque de confiance du personnel dans la réhydratation par voie orale, se traduisant au niveau des mères par un manque de crédibilité de cette thérapeutique.
3. Informations fournies par le personnel sanitaire souvent erronées et/ou inadaptées, parfois même contradictoire (en ce qui concerne l'allaitement artificiel).

Les entretiens avec le Dr. Tomic de l'OMS, le Dr. Abbatte et M. Dominoni du FAC ont permis de souligner nos points de vue quant à la conduite à tenir pour la réalisation du programme de Contrôle des Maladies Diarrhéiques et de la Malnutrition Infantile, et de renforcer encore l'esprit de collaboration entre ces différents organismes.

1. Intégration des activités de lutte contre les maladies diarrhéiques aux activités normales de tous les centres de santé, dispensaires et PMI, sans création de structure spécialisée.
2. Formation de tout le personnel sanitaire des médecins chefs jusqu'au personnel des PMI.
3. Définition d'une politique nationale de lutte contre les maladies diarrhéiques.
4. Développement des activités de recherche sur les maladies diarrhéiques à l'HOPITAL PELTIER.

E. RECOMMANDATIONS

1. La politique Nationale concernant la distribution des sachets de RVO et la promotion de la réhydratation par voie orale et la lutte contre la malnutrition infantile.

Etant donné la taille de la population cible il serait souhaitable de distribuer les sachets au delà des structures sanitaires. Les sachets de SRO devraient pouvoir être disponibles au niveau des petites boutiques dans les quartiers à un prix fixé en accord avec la Pharmacie d'Approvisionnement. La campagne de masse devrait être axée sur la préparation et l'administration de la solution de SRO si l'on arrive à assurer une très large distribution des sachets et non sur la préparation de solutions faites à la maison.

Une campagne nationale contre l'utilisation des biberons et de l'allaitement artificiel devrait être entreprise le plus tôt que possible. La crédibilité du programme Djiboutien de lutte contre les maladies diarrhéiques et la malnutrition infantile sera proportionnelle à l'efficacité de cette campagne. En effet il paraît peu crédible de vouloir réduire la mortalité par diarrhée avec un programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques si les dispensaires continuent à fournir du lait en poudre et des conseils pour préparer les biberons. Une première action urgente serait d'interdire la distribution de boîtes de lait en poudre au niveau des dispensaires.

2. Formation du personnel médical et infirmier.

Formation des médecins-chefs: En collaboration avec l'OMS et le FAC il est prévu d'organiser un séminaire de formation des médecins en Octobre 1986. Ce séminaire de 15 jours (une semaine de préparation et une semaine de séminaire effectif) regroupera tous les médecins des dispensaires de Djibouti et de l'intérieur du pays (environ 20 personnes) et sera organisé par un consultant de l'OMS avec la collaboration d'un consultant français recruté par le FAC et d'un consultant PRITECH.

Le matériel éducatif utilisé au cours de ce séminaire sera fourni par l'OMS (module de formation des formateurs du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques-OMS-Genève). Les exercices pratiques se dérouleront à la PMI de Farah Had où la réhydratation par voie orale est déjà totalement intégrée aux autres activités de la PMI (surveillance du poids, récupération nutritionnelle et vaccinations). En plus de permettre de pratiquer la technique de réhydratation par voie orale, ce centre permettra aux participants d'analyser les modalités d'intégration des activités de lutte contre les maladies diarrhéiques aux autres activités du dispensaire. Les consultants OMS, FAC et PRITECH seront aidés dans l'organisation et la réalisation du séminaire par 2 encadreurs

Djiboutiens. Il est également prévu d'utiliser comme "assistants logistiques" les anciens élèves du CFPS, option communauté. Les cours, ainsi que les exercices pratiques non cliniques se dérouleront au CFPS (HOPITAL PELTIER) qui met ses locaux et son matériel à la disposition du séminaire.

Formation des infirmiers: La formation du personnel infirmier et des bénévoles des dispensaires se fera de Novembre 1986 à Janvier 1987. Les modalités exactes de cette formation seront décidées lors du séminaire de formation des médecins. Toutefois, vue la grande disparité du niveau d'éducation de ce personnel, cette formation sera essentiellement pratique et devra se dérouler au niveau même des dispensaires.

3. Création d'un centre de démonstration de la RVO.

L'existence d'un centre de réhydratation par voie orale dans la FMI de Farah Had, rend la création d'un centre de démonstration de la RVO inutile. Toutefois il me paraît nécessaire de renforcer l'utilisation de la réhydratation par voie orale à l'HOPITAL PELTIER dans le but de revaloriser aux yeux des mères cette nouvelle thérapeutique.

4. Coordinateur national.

La multiplicité des activités nécessaires à la réalisation du projet de lutte contre les maladies diarrhéiques et la malnutrition infantile rend indispensable la présence d'un coordinateur national, au moins à mi-temps. Le rôle de ce coordinateur serait de:

- a) suivre toutes les activités du projet au niveau de la cellule de l'éducation pour la santé (étude KAP, réalisation des messages, tests des messages ...);
- b) préparer et organiser le séminaire des médecins et être l'un des encadreurs Djiboutiens;
- c) préparer, organiser et participer à la formation du personnel infirmier;
- d) en collaboration avec la Pharmacie d'Approvisionnement étudier les possibilités de distribution des sachets en dehors des structures sanitaires; et
- e) supervision et évaluation des activités.

5. Activités de Recherche.

L'eau de Djibouti contient 18 mEq/L de Sodium. L'impact de cette adjonction de sodium à la solution de SRO est difficilement appréciable.

Des informations doivent être recherchées auprès de l'OMS à Alexandrie et à Genève pour connaître les conséquences éventuelles d'une telle adjonction de Sodium.

Une étude de l'étiologie des diarrhées est planifiée à l'HOPITAL PELTIER dans le but de déterminer le pourcentage des diarrhées infantiles qui nécessitent réellement un traitement antibiotique (Shigelloses, Amibiases et Choléra).

F. PROCHAINES ETAPES EN CE QUI CONCERNE LA FORMATION

Renforcement du centre de réhydratation par voie orale au niveau de la PMI de Farah Had.

- o standardisation des protocoles de réhydratation et de renutrition
- o diagnostique du degré de déshydratation
- o surveillance de la réhydratation et de l'utilisation des médicaments

6 à 10 jours de travail avec le personnel de la PMI pour un consultant.
Date prévue: début Juin.

Séminaires de formation des médecins prévu en Octobre 1986 pour une durée de trois semaines pour un consultant PRITECH.

1° semaine: organisation du séminaire avec les consultants OMS et FAC.

2° semaine: séminaire de formation.

3° semaine: évaluation du séminaire et mise en place de la formation des infirmiers.

III. LISTE DES FORMATIONS SANITAIRES VISITEES

HOPITAL PELTIER - SERVICE DE PEDIATRIE ET REANIMATION
PEDIATRIQUE

SMI II - DISPENSAIRE ET PMI

DISPENSAIRE DE FARAH HAD ET PMI

DISPENSAIRE D'ENGUEILA

DISPENSAIRE D'AMBOULI ET PMI

DISPENSAIRE DE DIKHIL ET PMI

DISPENSAIRE D'ALI SABIEH ET PMI

DISPENSAIRE DE TADJOURAH

DISPENSAIRE DE RANDA

DISPENSAIRE DE BALBALA II

IV. QUANTITE DE MEDICAMENTS POUR TRAITER LA DIARRHEE LIVRES
PAR LA PHARMACIE D'APPROVISIONNEMENT AUX DISPENSAIRES EN 1985

LYANTIL	2500 BOITES
ERCEFURIL	200 BOITES
IMODIUM	1915 FLACONS (90ml) 1500 BOITES (30cp)
GANIDAN	460 BOITES (1000cp)
PAREGORIQUE	230 BOITES (1000cp)
ARO BON	960 BOITES (50g)
BACTRIM enfant	273000 comprimés 11013 FLACONS (100ml)

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

- UNICEF M. Akadiri, représentant de l'UNICEF
 Mme. A. Prins, Program Officer
 Mlle. Leila Abrar, Assistante
- OMS Dr. Tomic, Représentant de l'OMS à Djibouti
- USAID M. J. Lundgren, Représentant de l'USAID
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
- M. Mohamed Adabo Kako, Ministre de la Santé
 Dr. Albert, Secrétaire Général
 Dr. Abbatte, Coordinateur National des soins de
 Santé Primaires
 Dr. Zanotti, Chef du Service de Pédiatrie
 à l'HOPITAL PELTIER
 Dr. Ooms, Responsable de la PMI - SMI II
 Dr. Urbaniac, SMI II
 Dr. Ousmane, Médecin-chef SMI II
 Dr. Bae, Médecin-chef de Farah Had
 Personnel de la PMI de Farah Had
 Equipe Médicale de Coopération Italienne dont
 le Dr. Ortega Pédiatre
 Dr. Abdillahi Hassan, Médecin-chef d'Engueila
 Dr. Le Van, Médecin-chef de Dikhil
 Dr. Pascal Bruno, Médecin-chef de Ali Sabieh
 Dr. Devarieux, Médecin-chef de Tadjourah
 M. l'Infirmier Chef de poste de Randa
 Dr. Hassan, Médecin-chef d'Ambouli
 Mme. Samira, Directrice du CFPS
 M. Jan, Directeur de la Pharmacie
 d'Approvisionnement
- DIRECTION DE LA STATISTIQUE
- M. Detri, Directeur
- PRITECH M. B.J. Tisa, Consultant en Technique de
 Communication