



Sud du Soudan :
plus d'excuse pour ne rien faire
Répondre aux besoins de santé des populations
de l'Aweil Est, Bahr El-Ghazal

Dr Pauline Horrill

Document de briefing rendu public par Médecins Sans Frontières le 5 octobre 2005

Document en provenance du site internet de Médecins Sans Frontières

<http://www.msf.fr/>

Tous droits de reproduction et/ou de diffusion, totale ou partielle, sous quelque forme que ce soit, réservés pour tous pays, sauf autorisation préalable et écrite de l'auteur et/ou de Médecins Sans Frontières et/ou de la publication d'origine. Toute mise en réseau, même partielle, interdite.

Sud du Soudan – Plus d'excuse pour ne rien faire

Répondre aux besoins de santé des populations de l'Aweil Est, Bahr El-Ghazal, Soudan

Médecins Sans Frontières - Septembre 2005

Résumé

Depuis janvier 2005, suite à la signature des accords de paix entre le gouvernement de Khartoum au nord et l'ex-mouvement rebelle du SPLM, au sud, les populations du district d'Aweil Est, dans le Bahr El-Ghazal, attendent toujours une amélioration concrète de leurs conditions de vie. Comme l'a montré la crise alimentaire qui a frappé la zone d'Aweil Est cet été, ces populations continuent de lutter pour leur survie.

Aujourd'hui, il existe une opportunité réelle pour les autorités sanitaires comme pour les associations humanitaires d'accroître la quantité et la qualité des structures de santé afin d'améliorer nettement l'accès aux soins des populations. De même, il est possible de répondre aux besoins récurrents des populations en terme nutritionnel, ainsi qu'à ceux des déplacés qui souhaitent revenir se réinstaller dans le sud. Les différents acteurs doivent s'investir désormais dans des interventions mieux planifiées, préparées et en toute transparence afin de s'assurer que l'aide atteigne réellement les populations qui en ont le plus besoin.

Certains besoins médicaux urgents nécessitent que soient mises en place, rapidement, des mesures concrètes par les autorités sanitaires et les acteurs humanitaires, sans attendre la reconstruction du système de santé. Priorité doit être donnée à différentes activités médicales permettant de répondre efficacement à des problèmes de santé publique majeurs : la vaccination des populations vulnérables pour prémunir contre certaines maladies évitables, la tuberculose, les soins obstétricaux et gynécologiques ainsi que les soins chirurgicaux.

Contexte

Le comté d'Aweil Est, dans la province du Bahr El-Ghazal, est situé dans le berceau du SPLA (*Sudanese People's Liberation Army*, branche armée du SPLM), au sud du Kordofan contrôlé par le gouvernement de Khartoum, près de la voie de chemin de fer qui relie la capitale et la ville de Wau, et entre les villes de garnison d'Aweil, à l'ouest, et de Wau, au sud. Cette partie du Bahr El-Ghazal a été durement touchée par la guerre et les populations d'Aweil Est se sont ainsi retrouvées près de la ligne de front d'un conflit qui a duré plus de 20 ans et vu sa résolution en janvier 2005 avec la signature d'accords de paix entre le gouvernement de Khartoum et l'ex-mouvement rebelle du sud, le SPLM.

Pendant ces années de guerre, les populations ont été les victimes de bombardements ou d'attaques des PDF (*Population Defence Forces*) et de raids de milices. Ces attaques les ont dépossédées de leurs biens et ont abouti à l'effondrement de toute l'économie de la région et à la destruction de toutes les infrastructures. Elles ont également conduit à deux famines particulièrement meurtrières, en 1988 et 1998, et à des déplacements massifs de population.

Les populations déplacées par la guerre ont commencé à rentrer chez elles en 2001, dès que cela leur a été possible, et malgré la poursuite du conflit. En 2004, le nombre de ces « *retournees* » n'a cessé d'augmenter. En 2005, c'est dans l'Aweil Est qu'est revenue la plus grande partie des déplacés sur l'ensemble du sud du pays. On estime que 30.000 personnes sont rentrées sur l'ensemble du comté depuis le début de l'année. Ces « *retournees* » n'ont pour le moment reçu aucune assistance pour leur retour et leur réintégration est d'autant plus difficile qu'ils doivent partager avec les résidents, qui continuent de vivre dans une situation précaire, le peu de ressources disponibles, et notamment la nourriture.

Malgré la stabilisation des conditions de sécurité dans l'Aweil Est depuis 2002, la situation sanitaire et nutritionnelle des populations est aujourd'hui critique : le peu de structures de santé existantes ne sont pas de bonne qualité et n'ont pas les moyens de répondre aux besoins des populations résidentes et encore moins à ceux des « *retournees* » dont le nombre va augmenter d'ici à la fin de l'année. De plus, les populations font parfois des jours de marche pour se rendre dans les structures de soins. L'afflux des « *retournees* » ne va qu'accroître la demande de service de santé et risque, de plus, d'accroître le risque d'épidémies dans la région.

MSF a créé en 2000 un centre de soins (*Primary Health Care Centre* ou PHCC) offrant consultations externes et hospitalisations à Akuem, dans l'Aweil Est. Nous y sommes de plus en plus confrontés à une nette augmentation du nombre de patients dans tous les services de cette structure. Nos équipes ont également dû faire face à des urgences médicales, comme des épidémies de paludisme et de rougeole, mais aussi des crises nutritionnelles désormais récurrentes. Pour y répondre, MSF a régulièrement augmenté ses moyens d'intervention (cf. paragraphes ci-dessous). Aujourd'hui, nous atteignons la limite de nos capacités de prise en charge pour répondre correctement aux besoins des populations.

Accès aux soins dans l'Aweil Est : en dessous du minimum vital

On compte aujourd'hui 3 centres de soins (PHCC) et 9 postes de santé (*Primary Health Care Units* ou PHCU) dans l'Aweil Est dont la population est estimée à près de 390.000 personnes. L'accès aux soins secondaires et tertiaires (hospitalisation et soins chirurgicaux) est particulièrement faible : une seule structure de référence pour 129.665 personnes, quand le secrétariat à la Santé du nouveau pouvoir en place estime le minimum à un PHCC pour 80.000 personnes. Aucune de ces structures n'offre de prise en charge chirurgicale. Les patients qui ont besoins d'être opérés doivent ainsi être évacués par avion vers Lokichokio, situé au nord Kenya, et sont pris en charge au sein de l'hôpital géré par le CICR. Les urgences obstétriques constituent la grande majorité de ces références chirurgicales. Mais un nombre très élevé de cas chirurgicaux sérieux qui nécessiteraient une intervention ne peut être pris en charge.

Le nombre peu élevé de structure de soins dans l'Aweil Est a des conséquences sur la santé des populations. MSF reçoit régulièrement des malades qui ont dû marcher 4 jours pour se faire soigner gratuitement, mais qui arrivent parfois trop tard pour pouvoir être sauvés. En août 2005, 57% des décès enregistrés dans le centre de santé d'Akuem sont dus à des crises de paludisme sévère et ont eu lieu moins de 24 heures après l'admission des patients, signe de la gravité de leur état de santé à leur arrivée dans le centre. La grande majorité de ces décès concernent des enfants de moins de 5 ans.

Sécurité alimentaire et situation nutritionnelle : une mauvaise prise en charge de la crise nutritionnelle pendant la période de soudure

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit comme seuils d'urgence pour le sud du Soudan des taux de malnutrition globale supérieur à 15%, et/ou de malnutrition sévère supérieur à 4%.

Ces taux de malnutrition, comme le confirment différentes études nutritionnelles menées ces dernières années, sont fréquemment atteints dans l'Aweil Est. Cette année, pendant la période de soudure, entre avril et septembre, les taux de malnutrition globale et sévère étaient encore plus élevés : une enquête menée en juin 2005 pour MSF a révélé qu'un enfant sur quatre souffrait de malnutrition aiguë.

TABLE 1. TAUX DE MALNUTRITION EXPRIMES EN Z-SCORES
ETUDES CONDUITES PAR MSF-FRANCE DANS L'AWEIL EST

	Juin 2003	Juin 2004	Juin 2005
Malnutrition aiguë globale	22.2 % (IC* 18.5-26.4%)	23.3% (IC 19.4-27.6%)	26.3% (IC 22.9%-29.6%)
Malnutrition aiguë sévère	4% (IC 2.5-6.4%)	2.7% (IC 1.4-4.8%)	4.0% (IC 2.8%-5.1%)
Distribution annuelle de nourriture du PAM	2 600 TONNES	2849 TONNES	1713 TONNES

*IC : intervalle de confiance

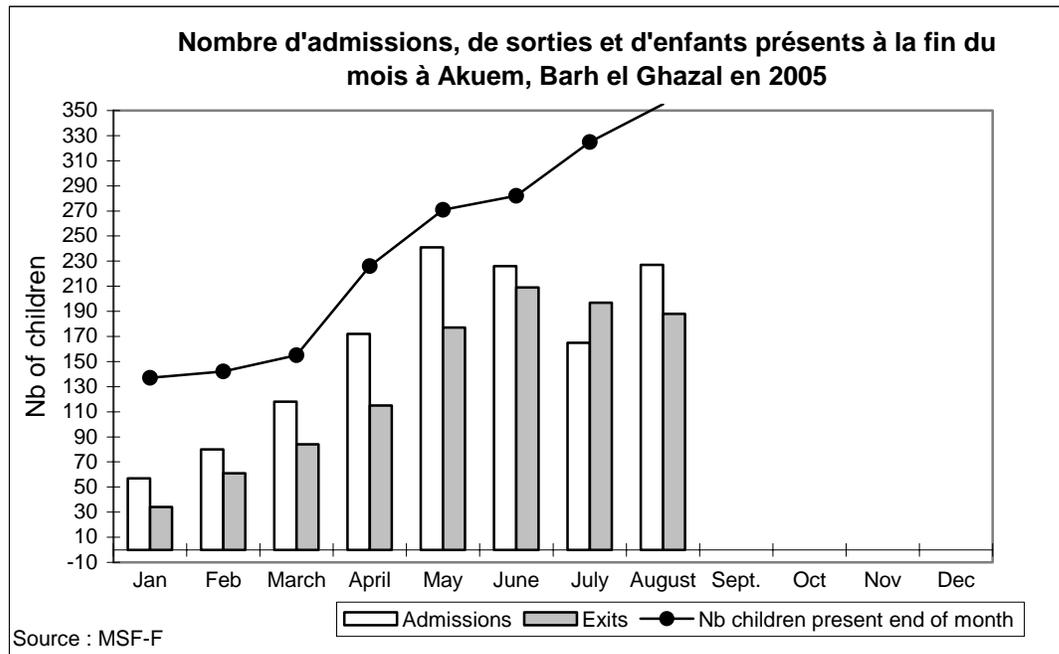
La pénurie chronique a été aggravée cette année à la fois par de faibles pluies en 2004 ayant entraîné de faibles récoltes et par l'afflux de déplacés revenus du Nord avec lesquels il a fallu partager des ressources alimentaires moins importantes. Les réponses apportées pour faire face à cette crise ont été inadéquates.

En novembre 2004, le Programme alimentaire mondial (PAM) avait estimé que la période de soudure de l'été 2005 serait une période difficile et avait proposé la distribution de 5.907 tonnes de nourriture pour les populations d'Aweil Est pour 2005. La première distribution - 1.713 tonnes - n'a été réalisée qu'à la fin du mois de mai 2005. Par la suite, les contraintes logistiques dans cette région ont entravé plus encore la possibilité de distribuer les tonnages prévus. La seconde distribution n'a pu avoir lieu qu'en août 2005. Les quantités insuffisantes de nourriture distribuées, la pénurie de nourriture locale disponible pendant la période de soudure et les méthodes de distribution inappropriées du PAM ont conduit à ce que les populations les plus vulnérables ne disposent pas de la quantité de nourriture dont elles avaient besoin. Le PAM continue de procéder à des largages aériens de nourriture. Au sol, un seul employé du PAM supervise la réception, le processus de distribution étant laissé à la discrétion d'un représentant du SRRA - la branche humanitaire du SPLM - et aux représentants des communautés qui se chargent d'allouer la nourriture aux populations. Cette méthode, mise en place pendant la guerre, conduit à des distributions inéquitables, à des pertes massives et à des détournements de nourriture en l'absence d'un contrôle réel des distributions. Elle reste inappropriée à une situation d'urgence. Ce n'est pas la première fois que MSF dénonce ces faits, notamment lors de la famine qui a touché le Bahr El-Ghazal en 1998.

D'autres organisations intervenant dans l'Aweil Est ont mis en place des centres de nutrition supplémentaire et des programmes de prise en charge thérapeutique. Mais les contraintes logistiques et les difficultés d'accès à certains villages les ont empêchées de maintenir ces différentes structures ouvertes pour le traitement des enfants malnutris dès le début de la période de soudure. Ces différents obstacles ne leur ont pas non plus permis de fournir des rations de nourriture en quantités suffisantes pour réduire le risque de partage de nourriture au sein des familles et empêcher que les enfants malnutris aient encore plus de difficultés à récupérer.

MSF a ouvert un centre de nutrition supplémentaire en mai dans lequel les admissions se sont rapidement élevées à 750 enfants. Deux centres nutritionnels ambulatoires ont également été mis en place afin de prendre en charge des enfants soignés dans notre centre nutritionnel thérapeutique d'Akuem, rapidement débordé. Le tableau ci-dessous illustre l'évolution extrêmement rapide des admissions d'enfants malnutris admis dans les centres de nutrition mis en place par MSF ces 6 derniers mois. Mi-septembre, 350 enfants étaient toujours soignés dans le centre nutritionnel thérapeutique et le centre ambulatoire.

TABLEAU 1. EVOLUTION DU NOMBRE D'ADMISSIONS, SORTIE ET PRESENCE A LA IN DU MOIS (CNT/CENTRE AMBULATOIRE) – JANVIER – AOUT 2005



Au vu de la prévalence particulièrement alarmante de la malnutrition modérée révélée par l'étude nutritionnelle réalisée en juin, mais aussi du nombre d'enfants à risque pendant la période de soudure et des capacités limitées des autres acteurs intervenant sur la nutrition, MSF a décidé de réaliser une distribution de nourriture ciblée – un « *blanket feeding* ». L'objectif de cette distribution est de prévenir une détérioration de la situation et éviter que les enfants modérément malnutris ne basculent dans la malnutrition sévère. Mi-août, MSF a réalisé une première distribution pour 15 644 enfants, soit des rations de 10 jours, comprenant 5 kilos d'Unimix et un litre d'huile pour chaque enfant. Cette première opération a été suivie d'une seconde distribution pour 14 937 enfants.

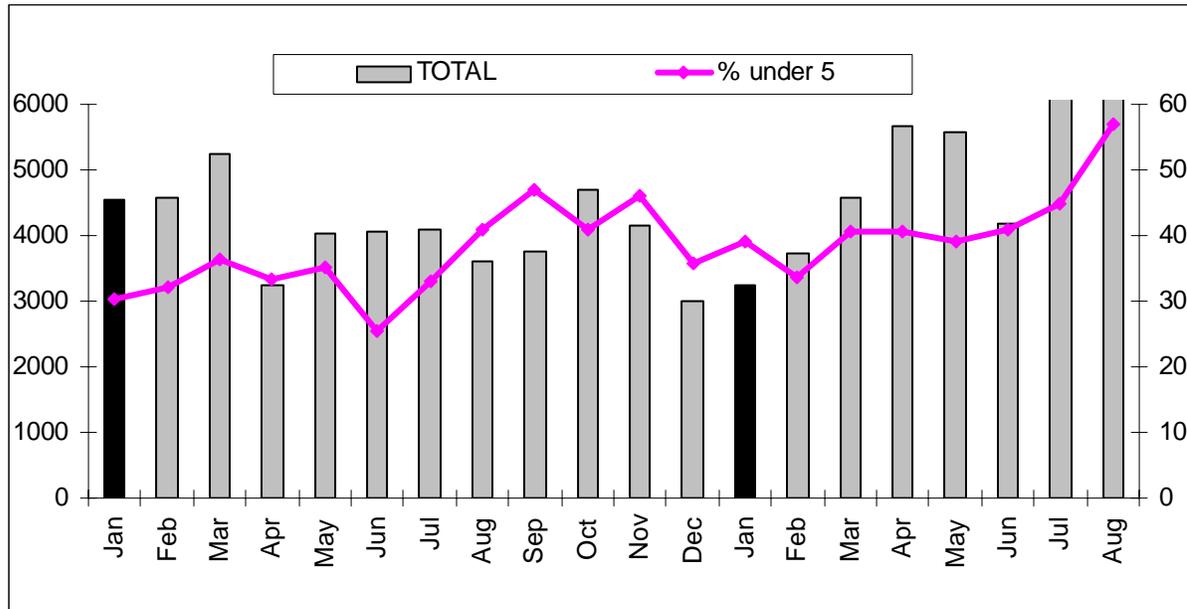
Une question reste posée : si la nourriture acheminée par le PAM en mai avait été directement distribuée à ceux à qui elle était destinée, le nombre d'enfants malnutris pris en charge par MSF aurait été aussi élevé ?

Il semble pourtant évident que, dans cette zone où la situation nutritionnelle est chroniquement précaire et où 20 années d'une guerre dévastatrice ont fortement ébranlé les stratégies d'adaptation de la population, l'assistance humanitaire pendant la période de soudure doit être délivrée à temps et de manière appropriée. La paix revenue au sud du Soudan, il est aujourd'hui temps de changer les méthodes de distribution de l'aide pour éviter de répéter les erreurs tragiques commises dans le passé.

Le centre de soins de MSF à Akuem atteint aujourd'hui un volume d'activité critique

Le centre de santé de MSF d'Akuem fonctionne au maximum de ses capacités dans l'ensemble des services. Le nombre de patients a régulièrement augmenté, alors même que les ressources médicales disponibles ne permettent pas d'y faire face : il y a un manque patent de personnel médical soudanais correctement formé dans la région, ce qui interdit l'ouverture de centres de santé supplémentaires. Notre centre de santé d'Akuem est un bon exemple de ce déficit : l'ensemble du personnel médical soudanais y travaillant a été formé directement sur le terrain par les volontaires internationaux de l'association.

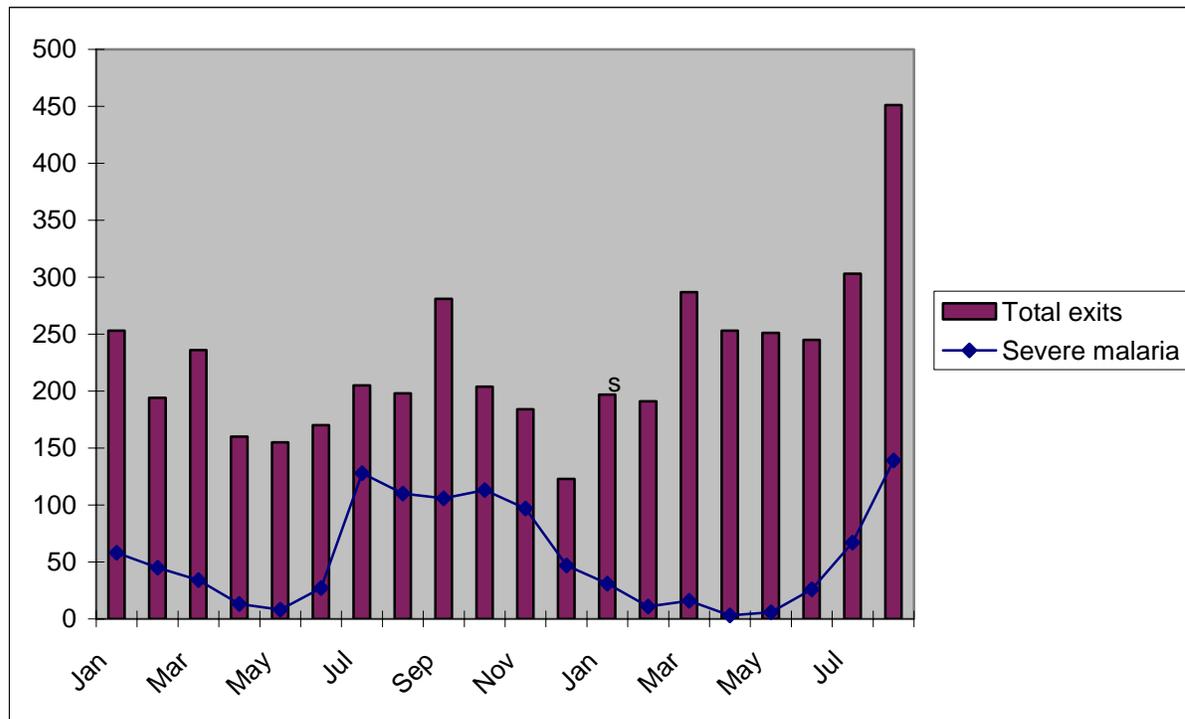
TABLEAU 2. EVOLUTION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS EXTERNE DANS LE CENTRE MSF ENTRE JANVIER 2004 ET AOÛT 2005



De janvier 2004 à août 2005, les équipes MSF ont réalisé 90.750 consultations dans le centre de santé d'Akuem, la moyenne des patients reçu a augmenté de 20%¹ d'une année sur l'autre.

¹ Comparaison entre les périodes allant de janvier 2004 à août 2004 et de janvier 2005 à août 2005.

TABLEAU 3. EVOLUTION DU NOMBRE D'HOSPITALISATION (SORTIES) – JANVIER 2004 - AOUT 2005



De janvier 2004 à août 2005, MSF a hospitalisé 4541 patients. La moyenne mensuelle de patients pris en charge a augmenté de 40% ² entre 2004 et 2005. Ces derniers mois, alors que la capacité d'hospitalisation est de 40 lits, le nombre de patients s'est par moments élevé à plus de 80 patients hospitalisés simultanément.

L'analyse de la mortalité dans le centre de santé indique que les problèmes de santé publique majeurs ne sont pas correctement couverts : ainsi, par exemple, depuis janvier 2004, les cas de tétanos – incluant des cas chez les nouveau-nés - ont représenté 15,8% du nombre total de décès des patients hospitalisés, et un taux de mortalité de 33,6%. Selon l'Unicef, en 2004, seuls 2,3% des enfants de moins de 5 ans du comté d'Aweil Est (1.795 enfants sur un total de 78 000³) avaient reçu une vaccination DTP (diphtérie, tétanos, polio). En 2004, MSF a dû faire face à une épidémie de rougeole dans le centre de santé et a dû créer en urgence une tente d'isolation afin de traiter les cas de rougeole survenus au sein de la communauté. **Face à cette couverture vaccinale basse, totalement inacceptable, un programme de vaccination de masse représente une priorité pour protéger les populations des maladies infantiles contagieuses tout à fait évitables.**

Le paludisme, une pathologie potentiellement mortelle chez les enfants, est aussi un problème de santé important pour les populations de l'Aweil Est, spécialement de juin à novembre, au moment de la période de soudure. Le manque d'accès aux soins peut alors entraîner un nombre élevé de décès. En 2003 et 2004, en plus du traitement des cas sévères dans le centre de soins MSF, les équipes ont renforcé pendant de la saison épidémique qui dure 6 mois leurs capacités d'intervention afin de soigner les habitants des villages isolés. Ces interventions mobiles ont permis non seulement aux malades d'être correctement traités, mais surtout d'éviter que, sans soins, les cas simples ne deviennent compliqués ou sévères. De janvier 2003 à août 2005, le nombre total de cas simples et sévères traités par les équipes MSF, dans des sites fixes et grâce

² Comparaison entre Janvier-août 2004 et janvier-août 2005.

³ En assumant que les moins de 5 ans représentent 20% de la population d'Aweil East, estimée à 388 996 personnes.

aux équipes mobiles, est supérieur à 100.000 personnes. Toutefois, malgré ces efforts pour toucher les villages isolés, il n'est pas toujours possible d'atteindre ceux qui ont besoin de traitement. Et, cette année, l'affluence des patients dans le centre de santé a été telle, portant nos équipes à travailler au-delà de leurs capacités, qu'il ne nous a pas été possible de mettre en place cette activité mobile. Seuls les malades qui ont pu se rendre à pied à Akuem ont été traités. Cette situation est, pour nos équipes, totalement inacceptable.

Soins materno-infantiles : limiter les risques

Le programme de soins materno-infantiles dans le centre MSF d'Akuem s'est considérablement développé ces 5 dernières années. Il permet d'apporter des soins à près de 1600 femmes enceintes⁴ et de procéder à près de 140 hospitalisations chaque mois.

Le centre de soins MSF est le seul service de santé qui offre des soins aux mères et femmes enceintes dans toute la partie ouest d'Aweil Est : consultations ante-natales, hospitalisation pour les soins obstétricaux essentiels transfusions sanguines et références pour les complications vers l'hôpital de Lopiding (hôpital du CICR à Lokichokio).

Dans les salles d'hospitalisation du centre de soins materno-infantiles de MSF, les accouchements représentent 32% des patients hospitalisés – et 27% sont des cas compliqués – alors qu'une part importante des femmes se présentent avec des pathologies lourdes (comme les fistules, des endométrites post-partum, et des rétentions placentaires) après un accouchement compliqué mal pris en charge dans les villages par les accoucheuses. Le nombre élevé de cas de tétanos néonatal complète ce tableau. Au total, le manque de services de soins materno-infantiles dans l'Aweil Est et le grand nombre d'accouchements à domicile entraînent des complications obstétricaux. Ainsi, nous admettons à Akuem un grand nombre de femmes dont l'enfant est mort *in utero*, et pour lesquelles il faut procéder, afin de sauver leur vie, à un accouchement destructif.

Conséquences sur la mortalité du manque de services chirurgicaux

Nous référons par avion les patients ayant besoin d'une intervention chirurgicale vers l'hôpital du CICR à Lokichokio, la seule structure qui permet aujourd'hui de les prendre en charge. En raison de contraintes logistiques (disponibilité des avions, difficultés d'atterrissage lors de la saison des pluies), ces références sont très compliquées à organiser. Les accouchements compliqués représentent 75% des cas référés par MSF. D'autres cas chirurgicaux sérieux mais non urgents ne sont pas traités en priorité. Et, souvent, parce que l'hôpital du CICR ne peut prendre en charge tous les cas chirurgicaux de l'ensemble du sud du Soudan, des problèmes chirurgicaux ne sont tout simplement pas soignés.

Il existe pourtant une structure hospitalière dans la ville voisine d'Aweil, distante de seulement 25 kilomètres environ d'Akuem. Mais cette structure, anciennement en zone gouvernementale, n'a pu être utilisée pendant la période de guerre. Aujourd'hui, il n'est toujours pas possible pour les équipes MSF d'Akuem de savoir si elles pourront utiliser les services de cet hôpital pour les cas d'urgence. Pourtant, la fermeture de l'hôpital du CICR à Lokichokio, prévue pour 2006, nécessite qu'une alternative soit trouvée d'urgence.

⁴ Monthly average January 05-August 05.

Tuberculose : un problème majeur de santé publique totalement négligé

Depuis son démarrage en 2002, le programme de traitement de la tuberculose dans le centre MSF d'Akuem a permis de prendre en charge 814 malades. Toutefois, ce nombre, bien qu'élevé, est bien loin de refléter la prévalence de la tuberculose au sein de la population. MSF a dû, de plus, restreindre le nombre d'admissions mensuelles, afin d'assurer un traitement et un suivi de qualité des patients déjà pris en charge. Bien qu'il n'existe aucune donnée fiable concernant la prévalence de la tuberculose dans l'Aweil Est, le taux de couverture vaccinale contre la tuberculose des enfants de moins de 5 ans est dramatiquement bas : selon l'Unicef, en 2004, seuls 6.000 enfants de moins de 5 ans auraient été vaccinés contre la tuberculose (vaccin BCG) ce qui représente un taux de moins de 8% des enfants.

Conclusion

Les autorités sanitaires, les acteurs humanitaires et les bailleurs de fonds institutionnels doivent accroître en urgence l'aide apportée dans la région d'Aweil Est, aujourd'hui totalement négligée. Ces intervenants doivent augmenter leurs efforts en termes de quantité, de qualité et de transparence des secours pour répondre aux besoins médicaux des populations.

Les populations d'Aweil Est ont souffert pendant des années d'une guerre dévastatrice et d'une totale négligence de la plupart des acteurs, et cette situation est probablement représentative d'autres régions du sud du Soudan. La nature de ce conflit et la difficulté d'apporter des réponses adaptées pendant de nombreuses années ont conduit jusqu'à aujourd'hui les acteurs humanitaires à accepter des indicateurs de santé particulièrement bas, qui sont pourtant totalement inacceptables. De plus, les populations civiles ont été utilisées par les acteurs au conflit comme faisant partie de leur stratégie de guerre et ont vu l'aide qui leur était destinée utilisée comme un outil répondant à des objectifs politiques et non humanitaires. Alors que le processus de paix est engagé, les erreurs du passé ne doivent pas être répétées. La population doit pouvoir attendre une mobilisation des autorités sanitaires et des organisations gouvernementales afin de voir concrètement sur le terrain des changements réels de leurs conditions de vie.

L'ampleur des besoins pour la population d'Aweil Est dont le nombre, déjà élevé, va se renforcer avec le retour des déplacés du nord. MSF demande à la communauté internationale de s'engager totalement pour la mise en place d'activités humanitaires appropriées et permanentes, notamment en améliorant les capacités d'accès aux soins. Pour avoir dû faire face à des besoins en constante augmentation ces dernières années, MSF atteint aujourd'hui la limite de ses capacités d'intervention. Nous allons renforcer nos moyens hospitaliers afin de nous concentrer sur les soins secondaires qui peuvent permettre de sauver des vies, mais nous demandons que plus d'acteurs s'investissent dans le domaine de la santé pour améliorer l'accès aux soins primaires et aux soins materno-infantiles, répondre aux problèmes urgents de santé publique et prendre en charge des références chirurgicales.