MSF Avril 2013

Niger 2013 Lutter contre la combinaison fatale de malnutrition et paludisme





Index

- **3 Un cycle de malnutrition**
- 4 Malnutrition et paludisme : une combinaison fatale
- 6 Pic de paludisme étendu en 2012
- 8 Nouvelle approche pour réduire les taux de mortalité en 2013
- 9 Un problème de santé publique
- 10 **Défis**

Photo de couverture :

Hôpital de Madaoua, région de Tahoua au Niger.

«Dans ma famille, nous sommes six et il n'y a pas assez à manger pour tout le monde. Nous n'avons pas pu récolter ce que nous avons planté : la saison des pluies a commencé mais le millet n'a pas encore poussé. Et il ne reste plus rien de ce que nous avons récolté l'an dernier. Chaque année c'est le même problème.»

Hadiza Adamou, 30 ans, de Madaoua, région de Tahoua, juillet 2012.

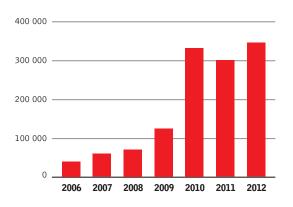


Deux femmes moulent du grain dans un village du Niger.



Heure du repas à l'hôpital de Madaoua.

Nombre d'enfants traités pour malnutrition aiguë sévère au Niger



Source: Unicef, ministère de la Santé du Niger.

Un cycle de malnutrition

Au Sahel, la vie est dictée par les saisons. Une saison courte de fortes pluies s'étend de mai à septembre, suivie d'une saison sèche d'octobre à avril. La population est largement dépendante des récoltes cultivées pendant la saison des pluies. Après, pendant le long intervalle qui s'écoule entre deux récoltes, appelé «période de soudure», elle subsiste en puisant dans des réserves décroissantes, dans l'attente de la suivante récolte.

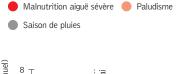
Ce type de contexte entraîne des bonnes et des mauvaises années, en fonction des conditions météorologiques et de leur impact sur le volume des récoltes. Toutefois, la malnutrition est endémique dans certaines zones, et même en une «bonne» année, le taux de malnutrition aiguë pendant la «période de soudure» atteint le seuil d'alerte (10 % chez les enfants de moins de 5 ans), avec des pics qui atteignent ou dépassent même le seuil d'urgence (15 %).

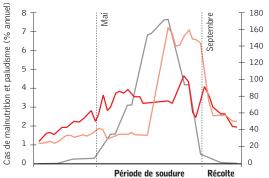
Au Niger, ce problème récurrent fut notamment évident lors de la crise nutritionnelle de 2005, qui déclencha une vaste intervention d'urgence de la part des acteurs nationaux et internationaux. Le gouvernement nigérien adopta alors un innovateur protocole pour le traitement de la malnutrition basé sur un modèle de soins à domicile et sur l'utilisation des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi («ready-to-use therapeutic food», RUTF). Avec ces aliments, la mère pouvait traiter son enfant à la maison, libérant à la fois des lits hospitaliers et le personnel médical, et permettant la décentralisation du traitement au niveau communautaire. Contrairement au modèle précédent basé sur la prise en charge hospitalière, le traitement des enfants atteints de malnutrition aiguë sévère a été possible à grande échelle. Ce système, mis en place au cours de l'intervention nutritionnelle d'urgence, a depuis été déployé partout le pays.



Salle des admissions de l'hôpital de Madaoua.

Caractère saisonnier de la malnutrition, du paludisme et des précipitations





Source: Plos Medicine.

Malnutrition et paludisme : une combinaison fatale

La «période de soudure», où la malnutrition est à son plus haut niveau, coïncide avec la saison des pluies où les moustiques se reproduisent et où on enregistre une forte augmentation des cas de paludisme.

Le binôme malnutrition-paludisme génère un cercle vicieux qui a un énorme impact sur la morbidité et la mortalité des groupes de population les plus vulnérables. Les enfants malnutris ont des défenses immunitaires très affaiblies, et leurs corps ont du mal à combattre des maladies comme le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires. Par ailleurs, les enfants qui souffrent de ces maladies sont aussi davantage susceptibles de devenir malnutris.

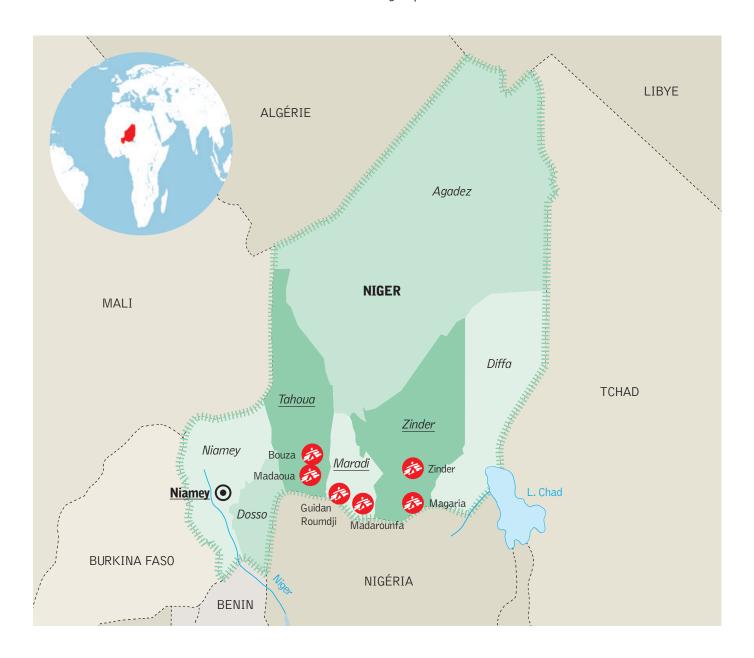
Ces dernières années, et même temps qu'il renforçait la lutte contre la malnutrition, le Gouvernement de Niger a développé différentes mesures pour réduire la mortalité infantile. Il y a déjà plusieurs années que les soins pour enfants de moins de 5 ans son gratuits, et de notables avancées se sont aussi produites dans les domaines de la couverture vaccinale, le recrutement de professionnels de la santé et le nombre de cas de paludisme traités.



Salle des admissions de l'hôpital de Madaoua.

Médecins Sans Frontières (MSF) a développé des activités spécifiques pour faire face a cette crise chronique, en améliorant l'accès aux soins de santé pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. En 2012, les équipes médicales des régions de Zinder, Maradi et Tahoua ont lancé des programmes nutritionnels ambulatoires dans environ 37 établissements médicaux. Les patients souffrant de malnutrition sévère qui avaient besoin d'être pris en charge en continu ont été hospitalisés dans les centres nutritionnels intensifs des hôpitaux de Zinder, Magaria, Madarounfa, Guidan Roumdji, Madaoua et Bouza.

Dans les districts comme Madarounfa, MSF travaille avec Forum Santé Niger (FORSANI), une organisation médicale locale, pour mettre au point des projets de soins pédiatriques qui intègrent la prévention et le traitement précoce du paludisme et de la malnutrition dans le but de réduire la mortalité et la morbidité au sein de ce groupe si vulnérable.





Test du paludisme dans un centre de soins de Madaoua.

MSF a également mis au point une stratégie dans le district de Madaoua pour diagnostiquer et traiter les enfants souffrant de paludisme le plus tôt possible. Cette stratégie, appelée PECADOM (Prise en charge à domicile), a pour but de rapprocher le diagnostic et traitement du paludisme aux zones rurales où auparavant ils n'existaient pas. Pour cela, MSF a formé des agents de santé dans les postes périphériques et des promoteurs de santé communautaires dans les villages situés loin des structures médicales, pour qu'ils puissent diagnostiquer et traiter par eux-mêmes les cas de paludisme simple. En outre, un réseau d'infirmiers se déplaçant en moto et en chameau quadrille la région pour approvisionner les agents médicaux en tests de diagnostic et en traitements, et s'assurer qu'ils les utilisent correctement.

«Dans les zones rurales, l'accès est un problème sérieux. Les tests et les traitements sont uniquement disponibles dans les structures de santé, et encore, ce n'est pas toujours garanti. Parfois, la structure médicale la plus proche est à cinq, voire 10 heures de marche, donc une femme (probablement enceinte) qui se déplace à pied avec un enfant malade de paludisme sur son dos est incapable d'y arriver pour le faire soigner. Elle essaiera le plus souvent des remèdes naturels, de la médecine traditionnelle, et n'ira au poste de santé que quand l'enfant sera déjà très malade, et souffrant de convulsions, d'anémie sévère ou de troubles neurologiques.»

Esperanza Santos, membre de l'équipe d'urgence MSF au Niger en 2012.

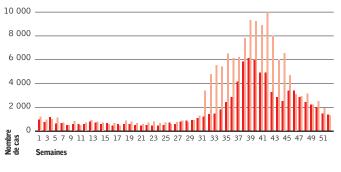
Pic de paludisme étendu en 2012

En 2012, le pic de paludisme a été encore plus grave qu'en 2011. Entre début janvier et le 7 octobre 2012, 2 630 075 cas de paludisme et 3 049 décès ont été enregistrés dans le pays, contre 1 961 811 cas et 251 décès pour la même période en 2011. Aux districts de Madaoua et Bouza, dans la région de Tahoua, une des zones où travaille MSF, l'augmentation de cas a été très importante:

Nombre de cas de paludisme par semaine en 2011 et 2012

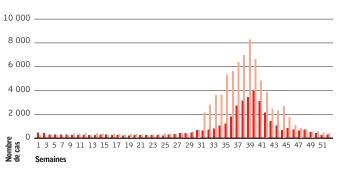
Madaoua

Total de cas en 2011 : 88 580 Total de cas en 2012 : 146 306



Bouza

Total de cas en 2011 : 39 448 Total de cas en 2012 : 81 956.



2011 0 2012 Source: Ministère de la Santé

La forte incidence du paludisme a entraîné une augmentation importante des hospitalisations d'enfants malnutris avec paludisme. À l'hôpital de district de Madaoua, où MSF gère les services de pédiatrie et de nutrition, 17 306 enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère ont été hospitalisés en 2012, et environ 57 % d'entre eux étaient atteints de paludisme.

«La malnutrition aiguë sévère peut être traitée en ambulatoire quand il n'existe aucune complication associée. Cela signifie que nous pouvons soigner davantage d'enfants, et cette formule représente aussi un avantage pour les familles. Cependant, en raison de la très haute prévalence du paludisme, nous hospitalisons un plus grand pourcentage d'enfants malnutris qui sont gravement malades. Ces enfants ont des défenses immunitaires très affaiblies, donc leur pronostique est plus grave quand ils doivent lutter contre une maladie comme le paludisme.»

Cristian Casademont, référent médical pour MSF au Niger, octobre 2012.



Diagnostic du paludisme dans un centre de soins de Madaoua.

MSF a mené une enquête de mortalité rétrospective à Madaoua et à Bouza pour obtenir des données précises sur le taux de mortalité par paludisme. L'étude a porté sur la période allant du 20 juillet au 9 décembre 2012, et sur une population de 5 708 personnes, dont 1 078 enfants de moins de 5 ans. Les résultats sont encore pires que prévu.

Principaux résultats de l'enquête

Taux brut de mortalité : 2,4/10 000/jour	45,4 % des décès causés par le paludisme	Seuil d'urgence : 1/10 000/jour
Taux de mortalité des ≤ 5 ans : 7,0/10 000/jour	60,7 % des décès causés par le paludisme	Seuil d'urgence : 2/10 000/jour
64,8 % sont morts à la maison	22 % sont morts à l'hôpital	

Ces taux de mortalité sont bien supérieurs au seuil d'urgence. Le taux brut de mortalité est deux fois plus élevé que le niveau considéré comme seuil d'urgence par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est trois fois supérieur à ce seuil. L'impact du paludisme sur la mortalité de la population fut considérable, puisqu'il causa plus de la moitié des décès d'enfants de moins de 5 ans. Et malgré les efforts pour améliorer l'accès aux soins, 64,8 % des personnes sont mortes chez elles.

Cette étude de mortalité nous donne un aperçu de la réalité de seulement deux districts du Niger, et nous ne pouvons pas extrapoler ces résultats à l'ensemble du pays. Néanmoins, ils doivent être tenus en compte à l'heure de répondre à la «période de soudure» et la saison de paludisme de 2013.

© Juan Carlos Tomasi

Pharmacie d'un centre de soins du district de Madaoua.



Explications sur l'utilisation d'une moustiquaire dans le district de Madaoua.

Nouvelle approche pour réduire les taux de mortalité en 2013

En 2013, Niger affrontera à nouveau la faim et le paludisme. Même si les récoltes on été meilleures que l'an dernier, on s'attend à voir une nouvelle fois un nombre élevé de cas de malnutrition, qui avoisineraient les 300 000.

Depuis quelques années, les modèles pour combattre la malnutrition ont évolué et intègrent désormais la prévention comme élément clé de sa prise en charge. Selon la même logique, il faut travailler beaucoup plus à la prévention du paludisme.

En 2013, d'après l'expérience acquise en 2012, MSF prévoit d'augmenter les activités visant à améliorer la prévention du paludisme au sein des communautés. MSF continuera à former le personnel de santé communautaire ainsi que les chefs des communautés sur la détection et le traitement de cette maladie et continuera à distribuer des moustiquaires. Par ailleurs, MSF mettra à disposition d'un plus grand nombre de centre de santé les thérapies combinées à base d'artémisinine (ACT), et renforcera les activités de PECADOM de façon à rapprocher le diagnostic et le traitement des communautés rurales.

Si les conditions de sécurité le permettent, MSF a également l'intention de mettre en place dans le district de Madaoua une nouvelle stratégie de prévention, appelée chimioprévention du paludisme saisonnier (CPS). La CPS consiste à administrer aux enfants âgés de trois à 59 mois un cours complet de traitement antipaludique pendant le pic saisonnier de la maladie. Ainsi, de juillet à octobre, les enfants de moins de 5 ans prendront trois cachets d'amodiaquine et un de sulfadoxine/pyriméthamine pendant trois jours consécutifs une fois par mois.

L'année dernière, MSF a utilisé cette stratégie au Mali et au Tchad, avec de prometteurs résultats. Au Mali, où la stratégie a bénéficié à plus de 165 000 enfants du district de Koutiala, il s'est constatée une réduction de plus de 66,5 % du nombre de consultations pour paludisme simple au cours des premières semaines de distribution des médicaments, ainsi qu'une baisse de 70 % du nombre d'enfants hospitalisés pour un paludisme sévère. Au Tchad, où la stratégie de prévention a bénéficié à 11 000 enfants, huit semaines après la première distribution de médicaments, les équipes ont constaté que le taux de patients traités pour paludisme simple dans les structures médicales avait chuté de 78 %.

En mars 2012, l'OMS a recommandé la CPS suite à une étude menée dans plusieurs pays d'Afrique où les taux de paludisme saisonnier sont élevés. Le ministère de la Santé nigérien prévoit également son implémentation dans plusieurs régions du pays. «Nous devons rechercher de nouvelles approches pour en finir avec le binôme fatal malnutrition-paludisme, et pour cela, travailler simultanément sur deux niveaux: curatif et préventif. Historiquement, nos actions étaient davantage focalisées sur le traitement, donc travailler sur la prévention est quelque chose de nouveau pour MSF. Chaque année, on entend parler de la double crise au Niger. Il faut agir pour empêcher les gens de mourir à cause de problèmes qui peuvent être prévenus.»

Luis Encinas, responsable de programmes pour le Niger, avril 2013.



Consultation médicale à l'hôpital de Madaoua.



Journée de sensibilisation communautaire dans le district de Madaoua.

Un problème de santé publique

La malnutrition est endémique au Niger, et plus de 368 000 enfants ont été soignés de malnutrition aiguë sévère dans ce pays en 2012. Les chiffres pour les années précédentes sont aussi très élevées: 307 000 en 2011 et 330 000 en 2010. Cependant, le Niger n'est pas forcément le pays où il y a le plus de cas de malnutrition aiguë sévère, mais plutôt celui où les enfants ont un meilleur accès au traitement. Le million d'enfants qui a été traité au cours des trois dernières années témoigne des efforts du gouvernement du Niger pour juguler le problème.

Le paludisme est aussi un problème récurrent au Niger, comme le montrent l'incidence de la maladie et le nombre de cas rapportés. Tous les deux sont des problèmes de santé publique et doivent être pris en charge en tant que tels.

Pour en finir avec cette combinaison fatale, il faut établir une approche holistique qui assimile le traitement de la malnutrition aiguë sévère et une réponse forte contre le paludisme: tous les deux doivent être intégrés dans le paquet basique de santé pour les enfants les plus petits, au même titre que la vaccination, et soutenues par des suppléments nutritionnels leur permettant de grandir en bonne santé.

Il est tout aussi indispensable d'améliorer l'accès aux soins en les décentralisant dans les zones rurales, pour que non seulement l'on puisse diagnostiquer précocement et traiter les pathologies courantes, mais que l'on évite aussi un afflux de cas sévères aux structures de santé. Les stratégies clés de prévention et de traitement du paludisme, comme la chimioprévention du paludisme saisonnier et les activités de PECADOM, doivent faire partie intégrante de cette approche décentralisée, au côté de la nutrition et de la vaccination afin que l'attention soit davantage basée sur les besoins plutôt que sur un problème en particulier.

«Les efforts pour traiter la malnutrition aiguë sévère au Niger sont considérables et il faut les appuyer. En 2012, un plan massif a été élaboré et mis en place pour traiter la malnutrition, mais il a exclu les autres besoins de santé, notamment la prévention du paludisme et la vaccination. C'était une réponse construite pour la crise nutritionnelle, et elle n'a pas tenu en compte que, même lorsque l'on fournit une nutrition adéquate à un enfant, il risque de mourir à cause du paludisme ou d'une infection respiratoire qui pourrait se prévenir avec le vaccin pneumococcique. La survie d'un enfant nécessite d'une réponse intégrale et non pas d'une action qui vise un problème précis en détriment d'un autre».

José Antonio Bastos, président de MSF Espagne, avril 2013.



Patient du programme de MSF dans le district de Madaoua.

Défis

En plus des stratégies innovatrices et de prévention que MSF va mettre en œuvre cette année au Niger, l'organisation surveille les retards remarqués au niveau du financement des donateurs internationaux pour les tests de diagnostic rapide (TDR) et des traitements du paludisme. L'année dernière il s'est déjà constatée une pénurie de TDR et des ACT; aujourd'hui, avec le pic saisonnier qui approche, MSF suit avec préoccupation la vitale disponibilité des tests et des traitements pour les prochains mois.

La situation sécuritaire est aussi un défi: elle s'est détériorée en 2012 et début 2013, notamment en raison des conflits au Mali et au Nigeria, ce qui a limité l'accès des travailleurs humanitaires aux populations en besoin d'aide. MSF s'est vu obligée à une constante évaluation de la sécurité et a adopter les mesures nécessaires à son travail. Toutefois, les restrictions concernant l'accès ont inévitablement compliqué les activités médicales et humanitaires de MSF. Pour le reste de l'année 2013, les conditions de sécurité risquent d'empêcher le déploiement de l'aide humanitaire au Niger. En conséquence, il faudra préparer en avance des stratégies alternatives qui puissent être mises en place même dans des conditions difficiles.



Écrit et édité par Médecins Sans Frontières

Avril 2013