

K E L A L A

BILAN SEPTEMBRE 1985

I. CONSTAT

Depuis juillet, une équipe M.S.F (1 médecin, 3 infirmières et 1 logisticien) a entamé sur demande des Autorités Ethiopiennes un programme d'aide nutritionnelle basé sur une distribution de rations sèches aux enfants les plus affectés (critère P/T \leq 70 %) de 73 "farmers associations" de la région de KELALA ; pour des raisons d'accessibilité, 19 farmers associations de la région de LAMI ne sont pas actuellement concernés.

La population drainée par notre équipe est mal précisée ; selon différentes sources (parti, administration, R.R.C...), la population varie de 90 à 140 000 ; la population cible, (enfants de moins de 5 ans) si l'on se base sur la proportion de 15 % (chiffre arbitraire), doit donc se situer entre 13 500 à 21 000 enfants.

Un système de distribution de rations sèches pour une durée de 15 jours a été mis au point (PREMIX : DSM. 6 parts, huile 2 parts, sucre 1 part). La préparation en est assurée au jour le jour. De ce fait, quatre à cinq farmers associations sont vues par jour (300 à 500 enfants).

Un premier screening est effectué sur l'ensemble des enfants de chaque farmer association venue pour la distribution ; ne sont retenus que les enfants malnutris et malades (fièvre, diarrhées, petéchie...) qui sont alors admis dans l'enceinte du feeding. Chaque enfant est alors pesé et mesuré, avec calcul du rapport poids/taille, puis dirigé (P/T \leq 70 %) vers la distribution de premix et/ou la consultation s'il est malade.

Pour le premier tour, une distribution de vitamine A et de mebendazole est faite ainsi que d'une couverture ; un carnet de santé familial est remis à chaque enfant où sont notées les différentes informations, (nom, âge, farmer association, poids, taille, vitamine A, Mebendazole...).

Les informations dont nous disposons sur l'état nutritionnel de la population drainée ne sont pas précises puisqu'aucune enquête représentative n'a pu être réalisée (problèmes de sécurité, de déplacement et de dispersion de l'habitat). Néanmoins il est évident qu'à l'oeil nu le problème est très sérieux (du même ordre qu'à KOREM il y a un an).

Sur la base des 2 mois de fonctionnement une estimation de l'état nutritionnel peut être proposée à partir du premier tour de distribution sur l'ensemble des farmers associations accessibles.

	< 60 %	61.70 %	71.80 %	> 81 %	TOTAL
Moins de 5 ans	368	3980	427	41	4816
Plus de 5 ans	101	1678	261	13	2053
TOTAL	469	5658	688	54	6869
	6127				

Répartition des enfants "screenés" lors du premier tour selon P/T et leur âge

6127 enfants de P/T \leq 70 % ont donc été recrutés lors du premier passage ; s'agissant d'un "dépistage" ce chiffre ne peut que sous estimer le niveau de l'état nutritionnel de la population. Si l'on reprend les enfants de moins de 5 ans, on en a 4348 \leq 70 %, et que l'on fait le rapport à la population des moins de 5 ans grossièrement estimés ci-dessus on obtient une prévalence "estimée" de malnutrition grave des moins de 5 ans qui varie entre 32,2 et 20,7 %. (Ces chiffres doivent être utilisés avec précaution du fait de l'absence d'enquête randomisée et de recensement précis de la population, néanmoins il est fort probable que le biais joue en sous estimant le problème). Par ailleurs le nombre des moins de 60 % est très élevés 469 enfants. Il faut remarquer le grand nombre des plus de cinq ans touchés (1678 \leq 70 %) ; cela atteste de la sévérité du problème (cette tranche d'âge étant moins vulnérable).

II. REPOSE THEORIQUE A UNE TELLE SITUATION

Dans une situation nutritionnelle de cette nature l'organisation des secours devrait pouvoir se faire à 3 niveaux :

- Distribution générale de nourriture à l'ensemble de la population sous une forme ou une autre jusqu'à ce que la soudure avec la prochaine récolte puisse avoir lieu (janvier 86).
- Appoint nutritionnel pour les enfants modérément malnutris (moins de 80 %) sous formes de rations sèches à emporter ou de rations préparées consommées sur le lieu de la distribution.
- Récupération nutritionnelle pour les enfants les plus affectés (habituellement P/T \leq 70 %) sous forme d'une structure de renutrition intensive qui ne peut être efficace que si les enfants sont "hospitalisés" le temps de la récupération.

III. LE POURQUOI DU PROGRAMME TEL QU'IL EST ACTUELLEMENT

Pour le moment la distribution générale n'existe pas ce qui s'explique selon les autorités Ethiopiennes (gouverneur du WOLO) par des difficultés logistiques : Route impraticable du fait des pluies, relief trop accidenté pour organiser un dropping. Néanmoins des rotations d'hélicoptères Russes seraient prévus, les semaines à venir pour le compte de la R.R.C.

L'organisation d'un centre de récupération nutritionnelle a été proposée à deux reprises avec insistance aux autorités Ethiopiennes avec une argumentation purement médicale : le diagnostic est clair et sans ambiguïté et le seul moyen de "sauver" un maximum de ces enfants en danger de mort pour les prochaines semaines passe par l'organisation d'une hospitalisation transitoire des plus malnutris. L'inconvénient, non négligeable, de concentrer autour de KELALA une population relativement importante par la création de ce centre a amené un refus catégorique des Ethiopiens. Il nous a même été sommé d'arrêter la prise en charge des orphelins (l'administration locale s'en est depuis chargée avec notre aide matérielle).

Il est bien évident que les rations sèches actuellement distribuées tous les 15 jours aux familles des enfants de moins de 70 % pour que celle ci puisse les renutrir, n'atteignent pas leur but : La nourriture est souvent mangée par le reste de la famille, quelquefois (souvent) volée sur le chemin du retour ; des trafics d'enfants marasmiques sont même organisés pour recevoir des rations, une fois celles-ci obtenues la "crevette" est abandonnée à la sortie du feeding toujours aussi affamée... Des enfants ainsi abandonnés se sont fait plusieurs fois dévorer par des hyènes ...

La distribution de PREMIX pour 15 jours pose des problèmes de conservation qui ne sont pas simples ; il ne semble pas qu'une conservation supérieure à une semaine dans des conditions d'hygiène suffisante soit possible ...

La nature du problème est actuellement d'ordre éthique ; pouvons nous continuer à répondre à cette situation sans avoir l'autorisation de mettre tous les moyens dont nous disposons au service de cette population ; bien sûr, l'aide que nous fournissons actuellement n'est pas inutile elle empêche pour une part la dégradation de l'état nutritionnel des enfants modérément affectés mais elle ne répond pas directement au problème le plus urgent.

IV. LES IMPLICATIONS POUR M.S.F SI L'ON DEVAIT OUVRIR CES FEEDING

En attendant le résultat des futures négociations avec les autorités éthiopiennes, il faut d'emblée se poser la faisabilité, pour notre équipe, d'un tel programme.

- Les estimations faites lors du premier tour de distribution sont impressionnantes ; et il sera difficile de prendre en charge plusieurs milliers d'enfants d'un coup. Il faudra alors prévoir un critère de recrutement du ou des centres de récupération plus bas (65 % du P/T) les enfants situés entre 65 et 80 % recevront alors l'actuelle ration sèche de 2000 kcal/j.
- La renutrition des grands malnutris implique un certain nombre de contraintes (ration calorique adaptée au poids, 200 kcal/kg/jour, début progressif fractionnement des prises alimentaires, 8 à 12 au début avec rations nocturnes, sondes gastriques...) d'ou la nécessité d'un personnel formé et d'un minimum d'organisation ... Le H.E.M.(*) sera utilisé comme aliment de base.
- Il faudra prévoir et mettre en place de nouvelles constructions adaptées à l'ampleur du programme. L'amélioration des communications (arrêt des pluies, camions 4x4...) et notre logistique devraient le permettre ; une incertitude risque d'apparaître au niveau du terrain disponible aux environs de KELALA. Car notre implantation actuelle déborde déjà sur des champs cultivés...
- Serons nous capable de gérer le rassemblement de population que nous susciterons ? Une manière de l'éviter serait de créer des centres répartis dans l'ensemble du district mais l'absence de route et le relief ne le permettent pas ou peu. Dans cette perspective, un regroupement de population apparaît peu évitable ; néanmoins, il conviendra de le limiter (1 seul accompagnant dont la prise en charge sera assurée par la distribution générale si elle se met en route...). Restent les risques liés au regroupement de tous ces enfants à risques :
 - . Pour les risques liés au manque d'assainissement (latrine, eau...), l'effort devra être important et constant tant nos lacunes à ce niveau sont grandes. La présence d'un sanitaire sera nécessaire.

(*) H.E.M. : high energy milk

. Pour les maladies contagieuses telle la rougeole la mise en place d'un programme de vaccination est prévue en accord avec le Ministère de la Santé ; un frigidaire au kérosène en état de marche fonctionne à KELALA et assurera la conservation des vaccins.

L'approvisionnement en eau pour un feeding est essentiel (30 litres par enfant et par jour). Aucune installation n'existe actuellement ; Il existe deux sources non loin des installations actuelles qu'il conviendra d'aménager le plus vite possible mais cela ne pourra se faire qu'après une évaluation par un hydrogéologue compétent.

L'organisation des cuisines et de la source d'énergie ne devrait pas poser de problèmes (3 brûleurs à kérosène sont sur place...). Reste l'approvisionnement en nourriture spécialisée (CSM, DSM, huile, sucre, biscuit...), celui-ci fonctionne bien actuellement (2 tonnes de consommation quotidienne) par les mules et les hélicoptères. L'amélioration de la route à l'arrêt de pluie et le camion 4x4 permettront de faire face à l'augmentation des besoins. Pour le stockage, les problèmes sont déjà résolus.

P.S 1)

Dans l'état actuel du programme, deux aménagements ont été prévus :

- Le screening : tel qu'il est fait, apparaît un peu hasardeux ; il est prévu d'utiliser le périmètre brachial pour l'améliorer.
- Complémenter le PREMIX en chlorure de potassium.

P.S 2)

Une enquête serait souhaitable sur l'ensemble de la région, mais en l'absence d'un moyen de transport tel un hélicoptère, elle est peu réalisable...

→ (Dr. Jean Claude DESENCLOS