

MORTALITE ET MORBIDITE INFANTILE PARMI LES ENFANTS DE BALBALA

Michel DUPRAT, UNICEF.

Résumé

A travers l'analyse de 2207 dossiers d'hospitalisation du service de pédiatrie de l'hôpital de Balbala, les auteurs exposent quelques caractéristiques épidémiologiques essentielles de Djibouti. Ils illustrent que les pathologies dont souffrent les enfants sont des pathologies simples et bien connues. Ce tableau, bien que démonstratif de la situation sanitaire des plus démunis, a une représentativité nationale. Ils concluent en proposant quelques actions simples.

Mots-clés : mortalité, morbidité, épidémiologie, pédiatrie.

Abstract

Balbala children infantile mortality and morbidity.

The authors describe in this article some of the main epidemiological features of Djibouti, through the analysis of 2207 hospital records. This is illustrating the importance of very simple and well know pathologies among your children. These findings collected among the most vulnerable groups, in a country where data are scarce, have national significance. Some simple and effective remedies are proposed.

Key-words : mortality, morbidity, epidemiology, paediatrics.

Introduction

La mortalité infantile et juvénile constitue un problème majeur à Djibouti. Un des meilleurs indicateurs du développement socio-économique, cette mortalité atteint 111/1000 chez les enfants de moins de 1 an (mortalité infantile) et 165/1000 chez les moins de 5 ans (mortalité juvénile). Ces chiffres contribuent à expliquer que Djibouti se situe parmi les derniers pays en terme de "Développement Humain" (1).

Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales a fait de la réduction de cet indicateur une de ses priorités absolues. Toutefois, en dépit des efforts accomplis, son action est entravée par l'absence de données fiables.

Les auteurs présentent ici une étude menée pendant deux ans à l'hôpital de Balbala qui illustre parfaitement la situation sanitaire et

sociale des plus démunis des habitants de Djibouti.

1. Le cadre et la méthodologie de l'étude

1.1. Cadre

Cette étude représente l'analyse de 2207 dossiers médicaux correspondant à l'ensemble des hospitalisations du service de pédiatrie de Balbala, de son ouverture le 1^{er} octobre 1988, au 31 mars 1992.

L'hôpital de Balbala est l'hôpital de référence des secteurs sud de Djibouti ville. Spécialisé en obstétrique et pédiatrie, il comprend une maternité pratiquant 1800 accouchements par an et 24 lits de pédiatrie. Il est actuellement géré par la Mission de Coopération Italienne qui y emploie 7 cadres expatriés dont une des tâches essentielles est la formation de cadres sanitaires locaux (2).

Située à l'entrée de l'agglomération, au cœur d'un faubourg qui se développe très vite et comprend une large zone de bidonvilles, cette formation reçoit aussi des patients qui viennent directement des districts. On peut estimer qu'elle couvre près de 150 000 personnes. Cette population comprend une large proportion de réfugiés issus de Somalie ou d'Ethiopie ainsi que des personnes déplacées venant des zones rurales de la République de Djibouti. En règle générale, leur statut social est assez bas, leur niveau d'éducation limité et leur revenus irréguliers. Cet environnement socio-économique ne peut avoir que des répercussions défavorables sur la condition sanitaire des plus exposés, au premier rang desquels figurent les jeunes enfants.

1.2. Méthodologies

Le même pédiatre a recueilli pendant 42 mois l'ensemble des dossiers analysés. Ceux-ci ont été saisis, par la même personne, sur ordinateur en utilisant le

logiciel d'épidémiologie Epi-Info version 5 du CDC d'Atlanta datant de 1990 (3). Plus de 75 dossiers ont été saisis. Un double contrôle a été effectué : d'abord automatique par le logiciel, ensuite par le pédiatre enquêteur.

Les données ont été analysées par un médecin épidémiologiste à l'UNICEF grâce à ce même logiciel.

Les données ayant uniquement une portée nationale en terme de politique sanitaire sont présentées ici. La dimension de l'échantillon leur assure une pertinence certaine. Les autres données relèvent davantage de la littérature médicale.

2. Les enfants hospitalisés sont une population particulière

2.1. Le recrutement obéit à plusieurs critères

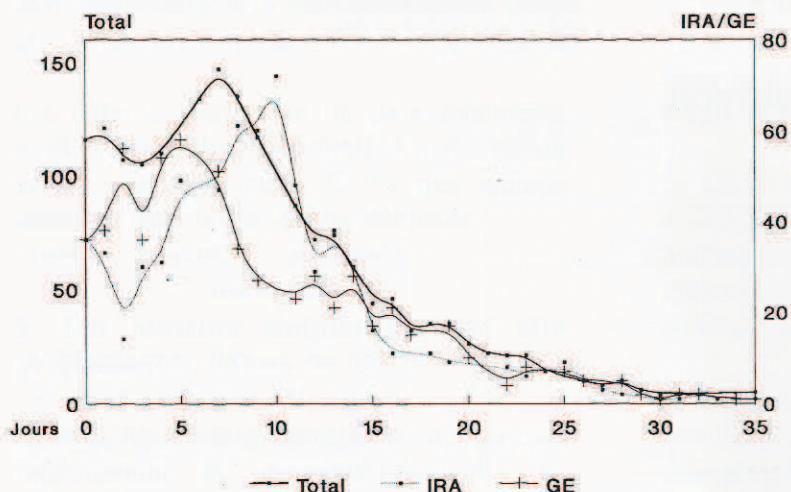
2207 enfants de moins de 12 ans ont été hospitalisés pendant la période étudiée. Deux faits sont à noter : d'abord les recrutements sont indépendants de la période de l'année, au plus peut on constater une légère baisse durant les mois d'été ; ensuite, les garçons (57.3 %) sont plus hospitalisés que les filles (42.7 %). On peut penser que la baisse des hospitalisations correspond à la fois à la baisse d'activité caractéristique de Djibouti mais aussi à la diminution de la population cible dont une partie au moins demeure extrêmement mobile. Quant à l'écart en faveur des garçons, il est connu d'expérience et avait été noté par ailleurs. C'est une des rares indications objectives de discrimination sexuelle.

Les enfants hospitalisés sont très jeunes puisque leur moyenne d'âge n'est que de 16 mois : 58 % ont moins de un an et plus de 95 %, moins de 5 ans. Le phénomène "d'arrondissement autour d'âges préférentiels", qui correspond à des années pleines ou à des semestres est ici remarquable. Il rend toute ségrégation précise par âge périlleuse. Bien connu des

démographiques, il traduit une connaissance relative du calendrier. Il s'observe aussi dans des populations féminines dont la majorité avouent volontiers avoir entre 20 et 30 ans ou plus de cinquante ans...

Fig.1

Durée d'Hospitalisation par Pathologie



Les durées d'hospitalisation sont brèves. A l'exception d'une petite minorité (10 % vont rester plus de 3 semaines), les enfants restent peu à l'hôpital, 10 jours en moyenne ; la moitié reste moins de 4 jours. Beaucoup d'enfants présentant des pathologies aiguës sont donc référés sur cet hôpital. Ces durées de séjour vont, comme on pouvait s'y attendre, varier en fonction des pathologies (Fig. 1).

Ainsi, les deux affections majeures Gastro-Entérite (GE) et Infection Respiratoire Aiguë (IRA) diffèrent sensiblement quant à ce paramètre. Comme l'ensemble des hospitalisés, la majorité des GE reste moins d'une semaine ; par contre, les IRA sont divisées en deux groupes : si la moitié sort dans les premiers 10 jours, l'autre moitié (vraisemblablement les cas hospitalisation plus longue).

2.2. Deux pathologies dominent (Fig. 2)

GE et IRA sont responsables chacune de 1/3 des hospitalisations. Toutes les autres affections représentent moins de 5 %. Parmi elles, citons le paludisme et les pathologies

néonatales. Le paludisme n'apparaît donc que comme une maladie occasionnelle tandis que l'importance des affections néonatales se justifie aisément par la spécialisation de l'hôpital et la jeunesse des patients.

L'âge est, en effet, un facteur discriminant vis à vis des pathologies.

Schématiquement, on peut dire que les plus jeunes parmi les patients souffrent des GE (moyenne d'âge $m = 12,4$ mois) et des affections néonatales, ceux d'âge moyen d'IRA ($m = 16,6$ mois) et les plus âgés ($m = 19,9$ mois) de pathologies étiquetées autres.

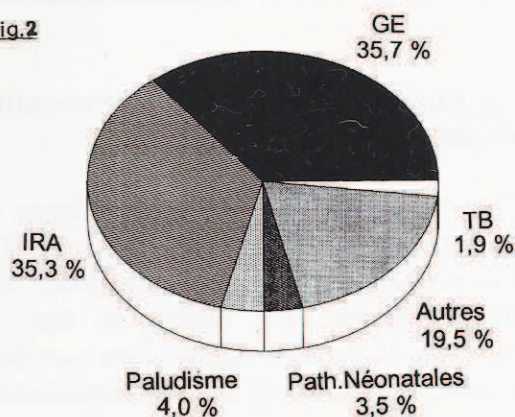
2.3. Perturbations biologiques significatives

Le potassium, ion essentiel, dont la concentration sanguine varie normalement de façon étroite autour de 4 grammes par litre, est abaissé chez les enfants hospitalisés (moyenne = 3,2 g) plus particulièrement chez les malnutris.

Il n'atteint que 3 g/l chez les enfants souffrant de GE ; ceci est lié aux pertes électrolytiques importantes qu'entraîne la diarrhée.

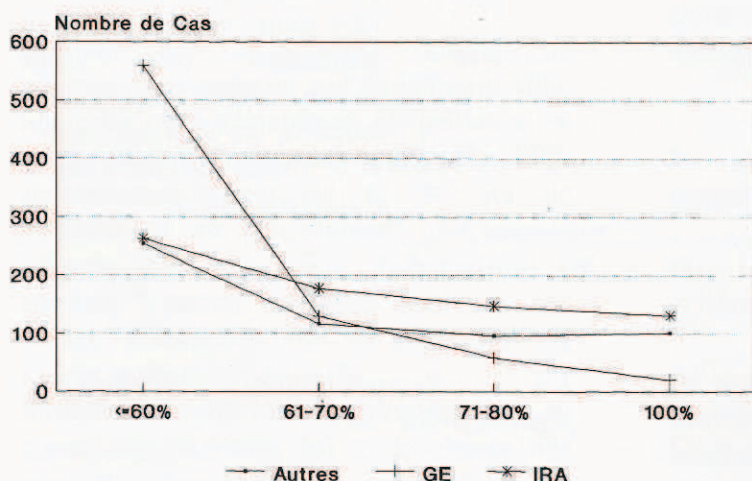
Principales Causes d'Hospitalisation

Fig.2



D'autre part, les hospitalisés sont anémiés. On connaît la prévalence de l'anémie à Djibouti particulièrement chez les femmes (4). Les enfants n'y échappent point : alors qu'on définit une anémie par "un niveau d'hémoglobine inférieur à 12 g/l de sang", le niveau moyen d'hémoglobine chez les enfants hospitalisés n'est que de 8,5 g/l. La plupart d'entre-eux souffrent donc d'anémie sévère.

Fig.3 Taux de Malnutrition par Pathologie



3. La malnutrition

3.1. Elle touche les 3/4 des enfants

L'insuffisance pondérale étudiée ici est définie par le rapport poids/âge (5). On considère que les enfants sont mal nourris si ce rapport est inférieur ou égal à 70 % de celui observé dans la population de référence, sévèrement mal nourris si ce rapport est inférieur ou égal à 60 %. Ici, 52,6 % sont des malnutris sévères et 19,7 % souffrent de malnutrition modérée.

3.2. Elle est plus marquée pour certaines maladies (Fig. 3)

73,9 % des GE présentent des signes de malnutrition sévère, ce qui correspond à une proportion nettement supérieure aux autres maladies. Par contre, ce taux ne varie pas de manière significative avec l'âge ni avec le sexe. Ceci est en contradiction

avec les résultats connus par ailleurs (6, 7). Toutefois ce phénomène ne fait qu'illustrer parfaitement les interactions prédominantes qui existent entre la pathologie et la malnutrition. Ainsi, les enfants souffrant de GE ont 2,5 fois plus de chance d'être des malnutris sévères que ceux qui souffrent d'une autre maladie ; par contre, toute autre affection expose à la malnutrition 2 fois plus que les IRA.

4. Leur mortalité est élevée

4.1. 15,1 % des enfants décèdent durant leur hospitalisation

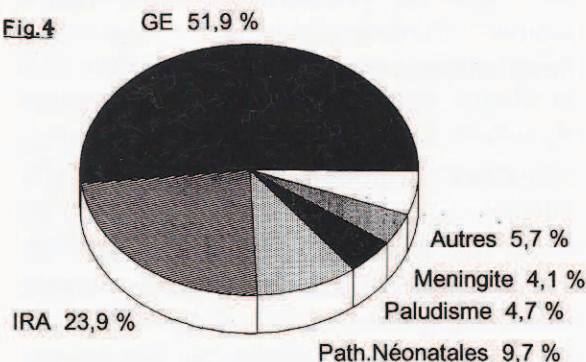
Ceci ne saurait surprendre à la vue des éléments cités ci-dessus tels que les anomalies biologiques, le jeune âge des patients ou la gravité de la malnutrition. Si la mortalité ne varie pas en fonction du sexe, il faut noter que les enfants décédés sont

significativement plus jeunes et décèdent rapidement, 5 jours en moyenne après leur admission à l'hôpital. Ceci confirme le rôle des pathologies aiguës.

4.2. Les causes de décès sont simples (Fig. 4)

Principales Causes de Mortalité

Fig.4



3 affections sont responsables de 85 % des morts, 5 affections de 95 %. Les GE, à elles seules entraînent plus de la moitié des décès, les IRA près du quart. Le paludisme et les méningites sont parmi les autres maladies les plus meurtrières.

4.3. Mortalité et malnutrition sont étroitement associées

Les enfants morts sont les plus anémiques et les plus malnutris. La malnutrition sévère, présente chez 70 % des enfants décédés, double les risques de décès.

5. Des remèdes simples peuvent être proposés

5.1. Les données présentées confirment les informations et rapports existants en aggravant le trait (8). Elles illustrent le rôle prédominant de 3 syndromes : les GE, les IRA et la malnutrition sur la situation sanitaire des enfants djiboutiens.

5.2. On sait que ces affections peuvent être contrôlées par des mesures simples et de faible coût, basées sur une prise en charge précoce, un traitement standardisé, associées à des programmes de base tels que l'adduction d'eau ou la promotion de l'hygiène.

5.3. La malnutrition joue un rôle capital. Elle est largement présente chez tous les enfants hospitalisés même parmi les plus jeunes, théoriquement protégés par l'alimentation au sein. Elle confirme que les problèmes médicaux parmi les enfants djiboutiens sont d'abord des problèmes de santé publique.

Références

1. PNUD (1992) - Rapport mondial sur le développement humain.
Economica Paris Ed.

2. MISSION MEDICALE ITALIENNE (1992) - Rapport annuel 1991.

Rapport au MSPAS et au gouvernement italien. Non publié.

3. CDC ATLANTA (1990) - logiciel Epi-Info V. 5.

4. DE CHABALLIER F. et DUPRAT M. (1991) - Etude de l'anémie chez les femmes dans le district d'Obock.

Rapport au MSPAS. Non publié.

5. OMS (1987) - Nutrition : surveillance mondiale aux moyens des données anthropométriques.

Relevé épidémiologique hebdomadaire 7 et 8, Genève.

6. KELLER W., FILLMORE C.M. (1983) Prévalence de la malnutrition protéino - énergétique.

Rapport Trimestriel des Statistiques Mondiales de l'OMS, 36.

7. MSPAS - UNICEF (1990) - Enquête sur la couverture vaccinale et la malnutrition.

UNICEF - Djibouti.

8. RONDY P. et DUPRAT M. (1991) - Socio - économie et clinique pédiatrique au SMI2, à Djibouti.

Revue de l'ISERST, n° 6 - 7.