



# MISSION MEDICALE DE L'ASSOCIATION « AU CŒUR DES HOMMES » SUR LA ZONE DE KETOOU (Bénin)

Octobre 2022

---

**Rapport de mission**

*François Jacquemin,*

*Lucien Chauliac*





*Nous tenons à remercier toute l'équipe qui nous a aidé à réaliser cette mission*

*Le médecin chef, de l'hôpital de Kétou pour l'organisation de cette mission.*

*L'équipe médicale et administrative du centre de santé d'Odometa pour leur accueil, leur aide et leur disponibilité tout au long de cette mission.*

*La municipalité de Kétou pour son accueil et son aide logistique dans l'organisation de cette mission.*

*Tous les chefs et habitants des villages pour leur accueil et leur participation.*

*Un dernier mot pour souligner l'accueil extrêmement chaleureux que nous avons reçu et les remerciements réitérés de la part de l'ensemble des autorités administratives et de santé.*





## Sommaire

1. Présentation de la mission :	
a. L'équipe .....	6
b. La mission .....	6
2. Méthodologie du recueil des données	
a. Recueil des données.....	6
3. La population étudiée	
a. Répartition des consultations.....	7
b. Répartition par sexe.....	7
c. Répartition par âge.....	7
4. Evaluation de l'état nutritionnel	
a. Méthodologie.....	8
b. Résultats globaux.....	9
c. Résultats par village.....	10
d. Pourcentage de patients normaux par villages.....	12
e. Conclusion de l'évaluation de la malnutrition.....	13
5. Consultations adultes et enfants plus de 6 ans	
a. Méthodologie.....	13
b. Recueil des données.....	14
c. Population étudiée.....	14
d. Principales pathologies retrouvées .....	14
e. Pathologie par domaine.....	14
f. Conclusion.....	18
6. Médicaments utilisés	
a. Classes de médicaments les plus utilisées.....	18
b. Pharmacie du centre.....	19
7. Discussions et propositions	
a. Organisation des prochaines missions.....	19
b. Conclusion et propositions.....	19



## **1. Présentation de la mission**

### **a. Présentation de l'équipe**

L'équipe était constituée de 3 participants venant d'A.C.D.H.

- Mr Hugues Morcrette, président d'A.C.D.H. et chef de mission
- Dr Lucien Chauliac, médecin généraliste (spécialisé en médecine tropicale)
- Dr François Jacquemin, médecin généraliste (spécialisé en médecine tropicale)

Les participants étaient expérimentés, ayant déjà participé à plusieurs missions au sein d'A.C.D.H. au Bénin et au Mali

Les participants non médicaux se sont chargés de la gestion et de la délivrance des médicaments en duo avec le gestionnaire du centre. Les médicaments prescrits étaient essentiellement des médicaments disponibles au centre de santé ou à la pharmacie de l'hôpital

### **b. La mission**

Il s'agissait de la première mission médicale effectuée par l'association A.C.D.H. sur la zone de Kétou

Cette mission s'est déroulée du 23 octobre 2022 au 28 octobre 2022 au centre et sur les villages rattachés au centre de santé d'ODOMETA

L'objectif médical de cette mission était :

- Effectuer des consultations médicales sur les villages dépendant du centre afin d' :

Évaluer l'état sanitaire de la population

Évaluer l'état nutritionnel des enfants de moins de 6 ans

Cette mission doit donner lieu à un rapport qui sera transmis aux autorités médicales locales afin de préparer les prochaines missions sur ce secteur.

## **2. Méthodologie et recueil des données**

### **a. Recueil des données**

Le recueil des données est issu des consultations médicales effectuées dans les villages et au centre

Le recueil de données se fait selon le protocole :

Nous avons pris comme format de recueil de données le registre de soins curatifs officiel se trouvant dans chaque centre

Pour chaque patient, nous avons relevé

- Les initiales,
- Le sexe, l'âge,
- Le motif de la consultation,
- Le ou les diagnostics,
- Le traitement



- Éventuellement le suivi du patient ;

Pour chaque patient adulte nous avons relevé systématiquement la pression artérielle afin de connaître l'incidence des hypertensions artérielles.

Afin de connaître l'état nutritionnel des enfants, nous avons systématiquement les patients d'âge inférieur à 6 ans relevé

- Le poids,
- La taille,
- Le périmètre brachial

Nous avons ensuite comparé les données avec les tables de l'OMS. L'état nutritionnel est alors classé en état normal de nutrition, malnutrition modérée (entre - 1 DS et -2 DS), malnutrition sévère (entre -2 et -3 DS) et malnutrition grave <-3DS. Les malnutritions sévères et graves pouvaient être dirigées vers l'hôpital de Kétou.

### **3. La population étudiée :**

#### **a. Répartitions des consultations**

Au cours de cette mission il a été effectué 431 consultations médicales.

291 dans le cadre du dépistage de la malnutrition et de la visite systématique des enfants de moins de 6 ans

140 dans le cadre de consultations dans les villages

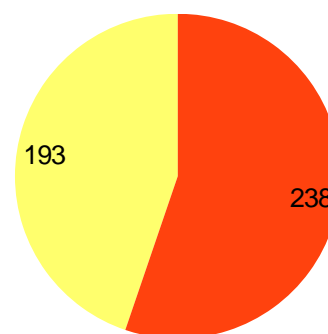
#### **b. Répartition par sexe**

La répartition par sexe est de

193 hommes (45%)

238 femmes (55%).

■ Hommes  
■ Femmes

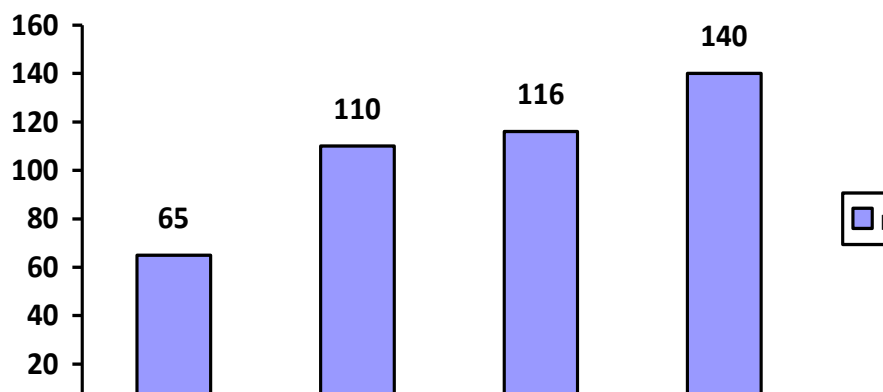


#### **c. Répartition par âge**

Du point de vue répartition des âges nous avons effectué 291 consultations sur des enfants de moins de 15 ans.

- 65 consultations chez des enfants de moins de 2 ans
- 110 consultations pour la tranche d'âge de 2 à 5 ans
- 116 consultations entre 5 et 15 ans.

Et 140 consultations chez les adultes (âgés de plus de 15 ans)



Dans tous les villages la population était principalement faite d'agriculteurs et de commerçants.

#### **4. Evaluation de la malnutrition**

##### **a. Méthodologie**

L'objectif principal de cette mission est d'évaluer l'état nutritionnel de la population infantile de la zone de Kétou. Pour cela, une équipe composée de

- 1 ou 2 médecins A.C.D.H.
- Un membre non médical d'ACDH
- 1 ou 2 personnes du centre d'Odometa

S'est rendue chaque jour dans un village différent, sélectionné par le médecin chef pour consulter systématiquement tous les enfants âgés de moins de 6 ans.

Pour chaque enfant nous recueillons :

- Age
- Poids
- Taille
- Périmètre brachial
- Température

L'enfant est ensuite examiné par un médecin à la recherche

- De signes confirmant la dénutrition, œdème, décoloration des cheveux.
- D'une pathologie concomitante
- Tous les enfants pyrétiques bénéficiaient un test TDR paludisme

Les données sont alors comparées aux tables de l'OMS (âge/poids et Taille/poids) de malnutrition.

Les enfants sont alors classés en





- Normaux entre -1 et +1 DS
- Malnutrition modérée entre -1DS et -2DS
- Malnutrition grave entre -2 DS et -3 DS
- Malnutrition sévère inférieure à -3DS

Les cas de malnutrition modérés sont répertoriés et signalés au centre pour surveillance

Les cas de malnutrition sévères sont adressés au centre pour une prise en charge et un suivi

Les cas de malnutrition graves sont adressés à l'hôpital de Kétou

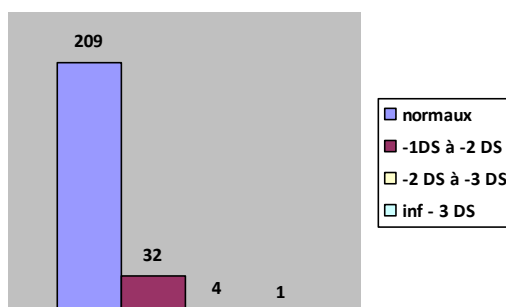
A la demande du Chef de Centre nous avons, à l'occasion de ces consultations, proposé systématiquement un déparasitage et une supplémentation vitaminique

### b. Résultats globaux

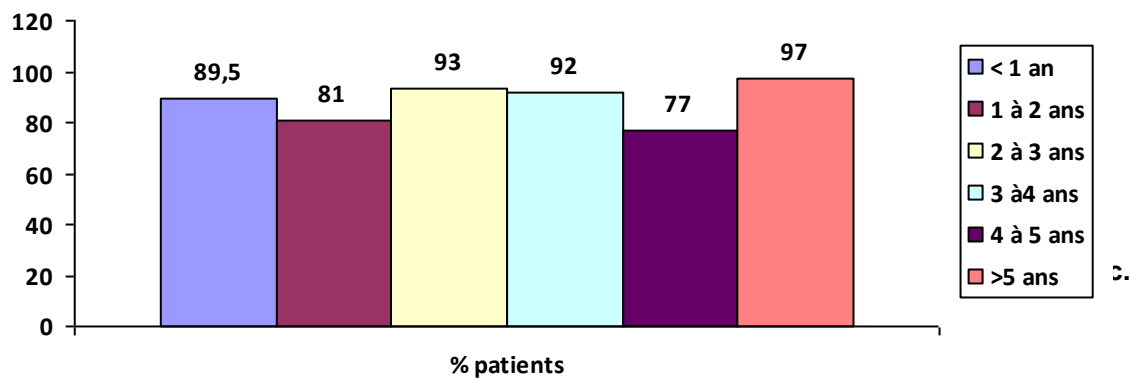
Nous avons effectué 246 consultations de dépistage

116 (47%) garçons et 130 (53%) filles

- Normaux 209 enfants 85 %
- Entre -1DS et -2DS 32 enfants
- Entre -2DS et -3DS 4 enfants
- Inférieur à -3DS 1 enfant



Pourcentage d'enfants normaux par tranche d'âge



Les tableaux suivants montrent la répartition des consultations et des résultats par villages



### Odometa (centre de soin)

	≤ 1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	>5 ans	Total
Garçon		2	1				3
Fille	1	4	1		1		7
Total classe d'âge	1	6	2		1		10
Normaux	1	6	2		1		10
-1DS							0
-2DS							0
-3DS							0
Autres signes de malnutrition							0
Pathologie associée		2	1				4
Paludisme							3
Infection	1						1
Malformation							
Retards psychomoteurs							

### Oloka

	≤ 1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	> 5 ans	Total
Garçon	4	1	2		1	1	9
Fille	4	3	1	2	2	5	17
Total classe d'âge	8	4	3	2	3	6	26
Normaux	6	2	2	1	0	5	16
-1DS	2	1	0	3	3	1	10
-2DS		1	1				2
-3DS							0
Autres signes de malnutrition							0
Pathologie associée							4
Paludisme	1					2	3
Infection							
Malformation	1						1
Retard psycho-moteur							



### Natanka/Kewi

	≤ 1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	> 5 ans	Total
Garçon	10	10	8	8	6	17	59
Fille	9	10	4	6	9	13	51
Total classe d'âge	19	20	12	14	15	30	110
Normaux	16	15	10	11	12	29	93
-1DS	3	5	2	3	3	1	17
-2DS							0
-3DS							0
Autres signes de malnutrition							0
Pathologie associée							
Paludisme	1	2	1	1	5	6	16
Infection		1	2		1	4	8
Malformation							
Retard psycho-moteur							

### Igbo Ede

	≤ 1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	> 5 ans	Total
Garçon	3	7	4	5	3	5	27
Fille	5	10	4	5	1	6	31
Total classe d'âge	8	17	8	10	4	11	58
Normaux	7	14	8	10	4	11	54
-1DS	1	2					3
-2DS		1					1
-3DS							0
Autres signes de malnutrition							0
Pathologie associée							
Paludisme		1	1		1	3	6
Infection		5					5
Malformation							
Retard psycho-moteur		1					1

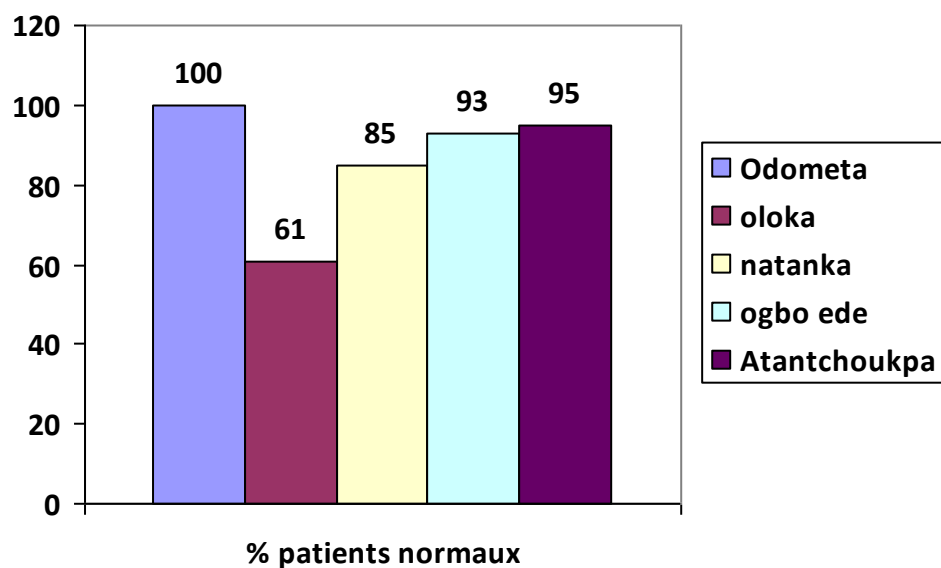


## Atantchoukpa

	≤ 1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	> 5 ans	Total
Garçon	2	7	1	2	2	4	18
Fille	3	4	3	2	2	10	24
Total classe d'âge	5	11	4	4	4	14	42
Normaux	5	10	3	4	4	14	40
-1DS		1	1				2
-2DS							0
-3DS							0
Autres signes de malnutrition							0
Pathologie associée						4	
Paludisme		1	1	2		1	
Infection	1	3		1			
Malformation							
Retard psycho-moteur							

### d. Pourcentage de patients normaux par villages

Le pourcentage d'enfant sans malnutrition est de 85% globalement avec des disparités selon les villages



Ces disparités s'expliquent par :

- Pour Odométa le peu d'enfant vus au centre, les consultations au centre n'étaient pas tournées vers la malnutrition, les patients vus étaient en majorité des adultes



- Pour Oloka, le pourcentage d'enfant sans malnutrition, ne reflète pas l'impression que nous avons eu du village. Cette discordance entre les résultats de ce village et les autres peut s'expliquer par les difficultés que nous avons eu dans ce village à stabiliser la balance sur le sol. De plus plusieurs parents ne pouvaient pas donner exactement l'âge de l'enfant ; Certains résultats sur le poids / âge peuvent ainsi être erronés. Ce problème matériel devra être pris en compte lors des prochaines missions

#### **e. Conclusion de l'évaluation de la malnutrition**

Au cours de ce travail nous avons retrouvé très peu de cas de malnutrition sévère ou grave.

Nous avons, mis en évidence une enfant de 4 ans en situation de marasme (9 Kg pour 88 cm, PB à 10) qui a été adressé à l'Hôpital de Pobè. Nous savons que la famille ne l'y a pas conduite dans un premier temps et restons en contact avec les autorités de santé de Kétou afin qu'elle puisse être prise en charge.

Cette situation met en exergue la difficulté à se déplacer pour ces populations aussi bien dans un cas grave comme celui-ci mais aussi dans le cas de malnutrition sévère qui doivent être suivit par le centre de santé (le Plumpy-nut doit être pris périodiquement au centre où est pratiqué le suivi de l'enfant). Cet état de fait est aggravé par la démobilisation des Relais de Santé dans les villages.

32 petits patients sont entre – 1DS et – 2DS

15% des patients examinés avaient un problème malnutrition. Dans la grande majorité des cas, nous étions devant des malnutritions légère ou "limite" qui sont en état de fragilité nutritionnelle et peuvent basculer dans la malnutrition sévère ou grave en cas de problème, comme des épisodes de mauvaises récoltes, ou de maladies.

Les chiffres relevés sont assez proches de ceux retrouvés au cours des autres missions sur le secteur de Pobè. Ils ne reflètent qu'une seule zone et doivent être confirmés ou non par d'autres missions dans d'autre zones car le territoire de Kétou est très étendu et très disparate. Ce sera l'objet des prochaines missions d'A.C.D.H.

Le suivi des cas retrouvés doit être amélioré par l'intermédiaire des relais (remotivation, formation).

### **5. Consultations adultes et enfants plus de 6 ans**

#### **a. Méthodologie**

Le deuxième objectif de cette mission est de faire une photographie de la situation sanitaire de la zone et de connaître ainsi les besoins sanitaires dans les villages isolés.

Pour réaliser cette photographie, nous avons effectué des consultations sur la population villageoise dans les villages sélectionnés par le médecin chef pour le dépistage de la malnutrition

Nous sommes donc intervenus au centre de santé puis dans ces villages

La consultation était faite à tour de rôle par un des deux médecin d'A.C.D.H. assisté d'un traducteur (personnel du centre ou relai communautaire). Les consultations étaient gratuites mais les médicaments étaient délivrés en priorité par la pharmacie du centre d'Odometa. Ces médicaments étaient payants les recettes revenaient au Centre de santé.



## **b. Le recueil des données est issu des consultations médicales effectuées dans les villages**

Nous avons pris comme format de recueil de données le registre de soins curatifs officiel se trouvant dans chaque centre (voir annexe)

Pour chaque patient, nous avons relevé

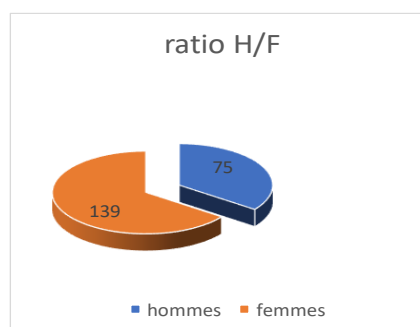
- Les initiales,
- Le sexe, l'âge,
- La température
- La tension artérielle
- Le motif de la consultation,
- Le ou les diagnostics,
- Le traitement
- Éventuellement le suivi du patient ;

Pour chaque patient adulte nous avons relevé systématiquement la pression artérielle afin de connaître l'incidence des hypertensions artérielles.

## **e. Population étudiée**

Au cours de cette mission nous avons vus 214 patients de plus de 6 ans

- 139 femmes
- 75 Hommes



Un patient peut avoir plusieurs diagnostics

L'écart d'âge pour cette population était de 6 ans à 70 ans mais de nombreux patients ne pouvaient pas donner leur âge

## **d. Principales pathologies retrouvées**

Au cours de ces consultations, les cinq principaux domaines de

Pathologies retrouvées ont été :



- Ophtalmologie 51
- Gastro entérologie 39
- Paludisme et médecine tropicale 27
- Rhumatologie 58
- Hématologie 19

Comme dans toutes les missions effectuées dans les villages, la rhumatologie reste une des principales aires thérapeutiques donnant lieu à des consultations. Vient ensuite l'ophtalmologie et la gastro entérologie

### **Ulcères de Buruli**

En ce qui concerne les ulcères de Buruli nous avons trouvé aucun cas avéré ni aucune suspicion. Par contre 2 plaies anciennes ont été retrouvées

### **e Résultats par domaines de pathologie**

Nous avons ventilé les différentes pathologies en fonction de leur domaine Rhumatismales, Cardio-vasculaires, Hématologie, Pneumo Allergie, Gastro-entérologie, O.R.L., Uro géniale ;

#### **i. Domaine ostéo articulaire**

Les pathologies ostéoarticulaires représentent 58 diagnostics

14 diagnostics d'arthrose,

37 lombalgies et 6 sciatiques

1 suspicion de poly arthrite rhumatoïde avec doigt en coup de vent

#### **ii. Domaine cardio vasculaire**

Les pathologies cardiovasculaires représentent 10 diagnostics

9 hypertensions artérielles. Les Hypertensions découvertes au cours des consultations étaient mises sous traitement après vérification au centre de santé

Une insuffisance cardiaque gauche chez une patiente âgée de 60 ans venue pour une dyspnée avec un rythme cardiaque à 80 et une TA à 17. Elle a été mise sous captopril 30 mg selon le protocole de M.S.F et sera revue au centre dans 1 mois

#### **iii. Domaine hématologique**

Le domaine hématologique représente 28 consultations.

Le domaine hématologique est dominé par les anémies, les cas sont caractérisés cliniquement par

Des conjonctives pâles

1 suspicion de drépanocytoses à partir de douleurs articulaires de signes d'anémie et un jeune patient. Ce patient a été adressé à Kétou pour un bilan sanguin.



#### **iv. Domaine pneumologie**

Le domaine pulmonaire représente 14 consultations,

7 bronchites simples

5 asthmes

2 suspicions de tuberculose la premier chez une patiente âgée de 37 ans qui présente depuis plusieurs mois une toux avec expectoration, et une asthénie.

Une tuberculose connue chez un homme de 37 ans ayant été déjà hospitalisé et traité et qui présente une reprise de la symptomatologie

#### **v. Domaine Gastro-entérologie**

Le domaine gastro-entérologie a représenté 39 Diagnostics

- 16 Gastralgies et Reflux gastro œsophagien
- 13 parasitoses intestinales
- 4 colites
- 3 hémorroïdes
- 1 diarrhée infectieuse
- 2 Autre

#### **vi. Domaine O.R.L.**

Le domaine O.R.L. a généré 12 consultations

- 10 otites,
- 1 volumineuse adénopathie cervicale adressée à Pobè
- 1 volumineuse tumeur parotidienne à explorer à Pobè

#### **Vii . Domaine Uro-génital et gynécologie**

Bien qu'il n'y ait pas de femme médecin et ni de gynécologue, nous avons effectué des consultations gynécologiques, majoritairement des troubles du cycle et des recherches de stérilité.

Le domaine Uro génital a généré 12 consultations,

9 en gynécologie ou appareil génital.

- 3 troubles du cycle menstruel
- 3 problèmes de stérilité
- 3 infections





Du point de vue urinaire

3 infections urinaires dont deux suspicions de pyélonéphrite. 1 ne voulant pas être vue à l'hôpital elle a été mise sous traitement antibiotique oral adapté à sa pathologie et sa situation financière ciprofloxacine

#### **viii. Domaine Parasitoses et médecine tropicale**

Les parasitoses et les pathologies tropicales ont représenté 27 diagnostics. C'est la quatrième cause de consultation.

Cette classe est dominée comme dans toutes les autres missions par le paludisme avec 26 consultations

1 suspicion de filariose envoyée à Kétou

#### **ix. Domaine neuropsychiatrie**

20 diagnostics en neuropsychiatrie dont

7 migraines

1 déficit périphérique des MS et MI droit associé avec une paralysie faciale

1 convulsion post traumatique

#### **x. Domaine dermatologie**

19 cas de dermatologie

- 1 abcès, un abcès du sein chez une femme non allaitante Traitée par antibiothérapie amoxicilline et traitement local doit être revue au centre.
- 4 plaies infectée
- 5 dermatoses allergiques avec prurit vraisemblablement dues à l'usage de savon agressif
- 7 impétigos
- 2 plaies torpides 1 avec œdème de la cheville chez une jeune fille de 15 ans, qui serait très ancienne selon la famille et donc peu évolutive (?), 1 autre plaie ancienne les deux ont été adressées pour avis au Centre Follereau à Pobè car suspicion de Buruli possible.

#### **xi. Domaine ophtalmologie**

L'ophtalmologie est un domaine où il y a eu le plus de demande avec 51 consultations ;

La principale demande était une baisse de l'acuité visuelle 21. Elles étaient associées ou non à une cataracte débutante ou évoluée le plus souvent bilatérale 20 cas de cataractes ont été diagnostiqués et ont été envoyés à Pobè pour être examinées.

1 conjonctivites

3 ptérygions

6 autres



## **xii. Divers**

5 diagnostics divers

1 lipome

2 hernies crurales une chez un enfant et 1 chez un homme

1 carries

1 séquelle de fracture avec inégalité des MI

## **f. Conclusion**

Au cours de cette mission nous avons pu en partie faire une première photographie de l'état sanitaire de la zone.

Nous avons trouvé des pathologies en rapport avec ce que nous avons l'habitude de trouver dans la région des plateaux au Bénin.

Mais l'éloignement de certains villages pose des problèmes

- Problème de suivi de pathologie chronique comme l'hyper tension qui nécessite une prise en charge et un suivi
- Mise en évidence de patients qui présentent des pathologies évoluées comme :
  - Les plaies torpides retrouvées chez deux jeunes filles, plaies évoluant depuis longtemps et n'ayant pas bénéficié d'un examen médical ni d'un diagnostic
  - La tumeur cervicale (vraisemblablement parotidienne)
  - L'adénopathie cervicale
- Problème de suivi et de prise en charge pour des patients atteints de pathologies infectieuses contagieuses comme la tuberculose

## **6. Médicaments utilisés**

### **a. Classes de médicaments les plus utilisées**

Au cours de cette mission, nous avons pris le parti de n'utiliser que les molécules disponibles dans le centre visité et éventuellement disponibles à l'hôpital.

Cette position à notre sens, a le double avantage d'éviter les erreurs lors des changements de molécules et d'améliorer l'observance.

Les classes de médicament les plus utilisées sont bien entendu, liées à la fréquence des pathologies.

La classe la plus représentées est la classe antalgiques (paracétamol) / AINS en général de l'ibuprofène ou du diclofénac disponibles dans les centres de santé.

Les antiparasitaires sont très utilisés avec les CTA Les molécules sélectionnées au Bénin sont l'association Artéméther-Luméfantine utilisée suivant le schéma de l'OMS.



Les antibiotiques sont dominés par l'amoxicilline qui reste l'antibiotique de base dans cette région avec le métronidazole. D'autres antibiotiques comme la ciprofloxacine, ont été utilisés mais plus épisodiquement.

Pour l'HTA, l'arsenal thérapeutique reste extrêmement limité avec pour seules molécules disponibles un IC type NIFEDIPINE ou AMLODIPINE et un central (METHYLDOPA / ALDOMET). Seul le FUROSEMIDE est disponible comme diurétique. Toute autre prescription (IEC par exemple) doit faire l'objet d'une délivrance à la pharmacie avec un surcoût le plus souvent impossible à assumer.

En gastro entérologie, les prescriptions anti acide dominant avec l'oméprazole pour les gastralgies et les suspicions d'ulcères

Des traitements antiallergiques ont été prescrit les molécules utilisées étaient la Prométhazine disponible au centre.

Le salbutamol a été utilisé en spray pour des asthmes mais doit être acheté à l'hôpital

Reste bien évidemment les prescriptions classiques de fer associés ou non à de l'acide folique

#### **b. La pharmacie du centre**

Au cours de sa journée passée au centre le Dr Lucien Chauillac a pu faire le point sur la pharmacie disponible.

Plusieurs molécules présentes sur la liste de référence, déjà très limitée, ne sont pas disponibles au centre. Par exemple ALBENDAZOLE est manquant, seul est disponible MEBENDAZOLE.

Le METRONIDAZOLE est disponible sous toutes ses formes.

Pour les AB : AMOXICILLINE enfant et adulte

AMPICILLINE et GENTALLINE Injectables

BACTRIM enfant et adultes

CEFTRIAXONE 1g IM et IV

CIPROFLOXACINE oral et injectable

CHLORAMPHENICOL

Sont également listés mais non disponibles au centre : CLOXACILLINE, DOXYCYCLINE, ERYTHROMYCINE.

Le seul collyre disponible est de la GENTALLINE.

Le seul antispasmodique : la BUTYLSCOPOLAMINE / BUSCOPAN.

Le seul corticoïde : CELESTENE injectable.

Le seul antihistaminique : PROMETHAZINE.

Le SALBUTAMOL est disponible en comprimés mais pas en spray.

En gastro-entérologie, en dehors du Soluté de Réhydratation Orale SRO ; CIMETIDINE et METOCLOPRAMIDE.

En matière de contraception MICROGYNON et DEPOPROVERA sont disponibles, ainsi que des DIU.

NORLEVO et IMPLANON sont listés non disponibles.



Le MISOPROSTOL est listé, non disponible, et personne au centre ne sait à quoi il peut servir. Ce médicament n'est pratiquement plus utilisé en France (alternative thérapeutique dans la préparation du col de l'utérus avant interruption chirurgicale de grossesse au cours du premier trimestre).

DIAZEPAM oral et injectable ainsi que PHENOBARBITAL sont disponibles comme anticonvulsivants.

La GRISEOFULVINE est disponible par voie orale mais pas en pommade.

Outre le METRONIDAZOLE, la NYSTATINE est disponible par voie vaginale.

## 7. Discussion et propositions

### a. Organisation de la mission

La mission s'est déroulée dans de bonnes conditions :

- Le centre de soins étant bien tenu avec du personnel disponible et motivé. La pharmacie était assez bien approvisionnée pour les actes courants.
- Les villages visités étaient informés de notre arrivée. La population était informée ce qui explique le nombre de patients visités aussi bien au cours du dépistage chez les enfants que pour les consultations.

### b. Propositions pour les prochaines missions

#### i. Organisation de la mission

Nous avons initialement prévu chaque jour un médecin au centre et un médecin dans les villages. Devant l'afflux de patients (enfants et adultes) dans les villages, nous avons décidé de consulter uniquement dans les villages éloignés 1 médecin pour le dépistage des enfants et un médecin pour le reste de la population. Il convient de garder une journée au centre pour faire des consultations et de la formation du personnel. Cette organisation est plus conforme à notre philosophie (aller où les autres ne vont pas).

Le matériel nécessaire au dépistage doit être amené par l'association (Balances normale et/ou Kangourou, toise adaptée aux enfants de moins de 6 ans) pour éviter :

- De démunir le centre pendant 1 semaine.
- D'avoir un matériel adapté pour éviter les désagréments d'Oloka

#### ii. Propositions pour la zone sanitaire

Cette mission nous a permis d'examiner un peu plus de 400 patients. Ce chiffre est suffisant pour faire une première photographie de l'état sanitaire de la région, objectiver les besoins et adapter nos missions pour être le plus efficace possible.

Sur le terrain la malnutrition aiguë ne posait pas de problème majeur mais quelques cas existent et étant donné l'éloignement ne sont pas facilement repérés par les équipes des centres. De même nous avons retrouvé une proportion non négligeable de malnutrition légères ou limites qui fragilisent la population infantile et qui sont le terreau d'une décompensation en cas de crise alimentaire (ex. mauvaise récolte). Un dépistage de ce type devrait être fait périodiquement



La principale difficulté retrouvée au cours de notre travail est le suivi des pathologies « graves ou chroniques » diagnostiquées sur le terrain (référencement, suivi de pathologie chronique etc.). Ce suivi est indispensable pour avoir une efficacité réelle en particulier dans le domaine de la nutrition. Ce problème vient de la difficulté à se déplacer pour les populations souvent éloignées du centre et par la démobilisation des Relais de Santé dans les villages. Une réorganisation et d'une redéfinition du rôle de ces Relais est nécessaire pour un suivi rapproché par le personnel du centre de santé. C'est une priorité de travail avec les autorités pour avoir une action efficace sur la région

Il existe une forte demande de consultations ophtalmologiques à laquelle les infrastructures sanitaires de Kétou et Pobè ne peuvent pas répondre

.

### **Bibliographie**

1. Guide clinique et thérapeutique Médecins sans frontières Ed 2022
2. Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant
3. Pathologies déclarées, pathologies observées et priorités de santé dans un district rural au Bénin Santé publique 2001, volume 13, no 1, pp. 17-25