L'oxymètre de pouls : un outil à inclure à la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) au Niger

Le projet AIRE a mis en évidence le poids de l'hypoxémie dans la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans au Niger. L'utilisation de l'oxymètre de pouls au niveau des centres de santé est cruciale pour identifier les enfants présentant une hypoxémie et les référer précocement vers un hôpital offrant l'oxygénothérapie. Il s'agit d'une stratégie bien acceptée, facile à déployer et qui peut être intégrée à la consultation PCIME. Le passage à l'échelle de l'utilisation de l'oxymètre de pouls pourrait sauver des vies mais doit s'accompagner des moyens nécessaires pour organiser un transfert hospitalier et garantir l'accès en urgence à l'oxygénothérapie.

Contexte

L'oxymètre de pouls : un outil simple pour améliorer la prise en charge des maladies infantiles.

En Afrique de l'Ouest, faute de diagnostic précis et d'accès à l'oxygène, l'hypoxémie (faible taux d'oxygène dans le sang) fait de nombreuses victimes. L'hypoxémie est une complication potentiellement mortelle associée aux affections courantes chez les enfants âgés de moins de cinq ans.

Dans les Centres de Santé Intégrés (CSI), le diagnostic des détresses respiratoires reposant uniquement sur les signes cliniques est peu performant pour détecter une hypoxémie, ce qui peut retarder sa prise en charge précoce. L'oxymètre de pouls (OP) est un outil simple, fiable et peu coûteux qui permet de détecter l'hypoxémie. Au Niger, son utilisation est quasiment inexistante dans les CSI et reste faible à l'hôpital.

L'utilisation de l'OP dans les CSI : quels enseignements du projet AIRE ?

L'OMS recommande l'utilisation de l'OP dans la PCIME au niveau décentralisé pour les enfants atteints de maladies respiratoires et recommande l'oxygénothérapie pour les enfants avec une hypoxémie sévère (saturation en oxygène <90%). Jusqu'à récemment, peu de données probantes étaient disponibles pour motiver son utilisation dans les CSI.

Lancé en 2019, le projet AIRE (Améliorer l'Identification des détresses Respiratoires chez l'Enfant) a introduit et évalué l'utilisation en routine de l'OP dans la consultation PCIME dans les centres de santé au Burkina Faso, en Guinée, au Mali et au Niger. Cette note présente les principaux enseignements du projet AIRE, ainsi que des recommandations à l'intention des acteurs engagés pour la réduction de la mortalité des enfants âgés de moins de cinq ans.

Messages clés

- L'utilisation de l'oxymètre de pouls au cours de la consultation PCIME est **une stratégie bien acceptée** dans les centres de santé intégrés au Niger.
- L'OP **rassure les agents de santé dans leur diagnostic, leur décision de référence** et renforce la confiance des accompagnants des enfants vis-à-vis des agents de santé.
- Parmi les enfants âgés de moins de cinq ans identifiés comme "cas graves" par la classification PCIME, **l'hypoxémie sévère concerne près d'un enfant sur cinq.**
- Parmi les cas graves qui sont décédés, **32,2% souffraient d'hypoxémie sévère**.
- Un passage à l'échelle de l'OP dans les CSI doit s'accompagner d'une **révision de la PCIME, de la formation des agents de santé** et d'investissements suffisants pour assurer aux cas graves un **accès rapide vers l'hôpital où une meilleure disponibilité de l'oxygène est nécessaire**.

Approche

Le projet AIRE a été mis en œuvre dans 40 CSI et 2 hôpitaux de référence des districts de Dosso et Niamey 4, au Niger. La recherche menée dans le cadre du projet, s'appuyant sur des approches qualitatives et quantitatives, a permis d'**évaluer sa mise en œuvre, son acceptabilité, sa faisabilité et les effets de l'utilisation des OP sur la santé des enfants âgés de moins de cinq ans**.

Les données présentées dans cette note sont issues de 16 sites de recherche en Afrique de l'Ouest dont 4 CSI au Niger. Un suivi de l'évolution de l'état de santé des enfants ayant une maladie grave a été effectué au 14ème jour après leur consultation au CSI.

Résultats

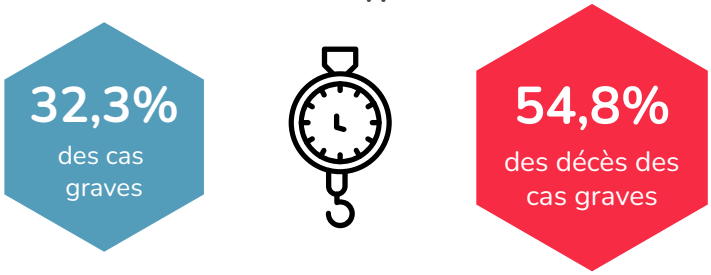
L'hypoxémie est courante parmi les enfants consultant dans les CSI....

- **L'hypoxémie** a été diagnostiquée chez **7,6% des enfants vus en consultation PCIME** et éligibles à l'utilisation de l'OP (0,4% d'hypoxémie sévère et 7,2% d'hypoxémie modérée).
- Parmi les enfants classés **"cas graves"**, **l'hypoxémie a été observée chez 32,3% des enfants** (20,7% d'hypoxémie sévère et 11,5% d'hypoxémie modérée).
- Les pathologies associées à l'hypoxémie étaient principalement les pneumonies **mais aussi le paludisme, les anémies et la malnutrition.**

...et elle représente un risque de décès important.

- L'hypoxémie modérée multiplie par 2,8 et **l'hypoxémie sévère par 4,9 le risque de décès chez les cas graves** (résultats des 4 pays).

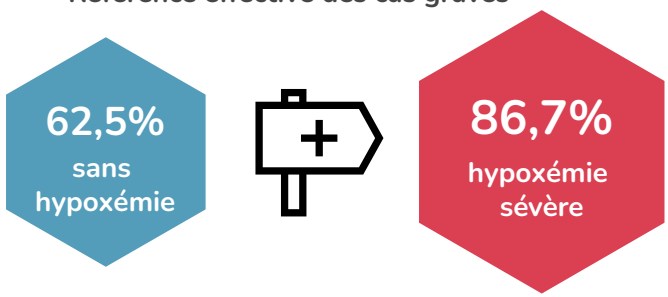
Poids de l'hypoxémie



L'utilisation en routine de l'OP facilite le référencement des enfants avec hypoxémie.

- Après 4 à 6 mois de mise en œuvre du projet, **l'OP était utilisé dans plus de 94,4% des consultations PCIME des CSI**.
- Parmi les cas graves, la référence effective des enfants avec une hypoxémie sévère **était supérieure aux cas sans hypoxémie.**

Référence effective des cas graves



L'OP est bien accepté par les professionnels de santé et les accompagnants.

Après plusieurs mois d'utilisation, **82,4% des agents de santé trouvent l'OP acceptable.** Les agents de santé formés voient de nombreux avantages à l'OP, tels que sa facilité d'utilisation et une confiance accrue dans leur diagnostic et leur décision de référence.

« La référence est rapide par rapport à avant. Parce qu'il fallait garder, surveiller, voir et tu réfères. Ça retarde la prise en charge. Avec l'OP c'est direct. Si tu prends et que tu trouves que ça ne va pas, tu expliques aux parents et tu réfères. »

La **principale barrière perçue** à l'utilisation de l'OP est l'**augmentation du temps de consultation** associée à son utilisation. En particulier lorsque l'enfant est agité ou lors de périodes de forte affluence dans les CSI.

« Oui l'utilisation de l'outil ça me plait, du moment où ça m'aide je pense que c'est bon ! [...] Mais il y a des périodes surtout les périodes du pic du palu là tu te retrouves avec 30 malades et puis tu es là tu dois faire ça, c'est là-bas que ça devient un peu agaçant sinon y'a pas de problème.»

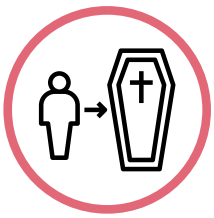
Le passage à l'échelle de l'OP : des défis à considérer

L'utilisation durable de l'OP par les agents de santé.

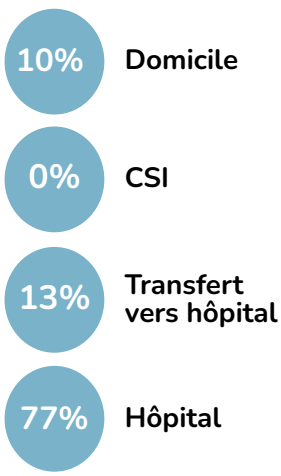
- Une utilisation de l'OP **en routine, intégrée à la consultation PCIME**, favoriserait son utilisation efficace et durable dans les CSI.
- L'intégration de l'OP dans les CSI doit s'accompagner d'une mise à niveau des agents de santé à la PCIME. **Les coûts de formation et de recyclage des agents de santé à la PCIME représenteraient 70% du budget nécessaire à cette mise à l'échelle.**
- Un **manque de suivi régulier de la part des équipes cadres de districts et des responsables des CSI** pourrait limiter la bonne intégration de l'OP dans les consultations PCIME.

Une prise en charge précoce et de qualité dans les CSI et les hôpitaux.

- L'effet positif de l'utilisation de l'OP, intégrée à la PCIME, sur la mortalité infantile est perdu si les enfants diagnostiqués avec une hypoxémie sévère ne peuvent pas être transférés rapidement vers un hôpital et si l'oxygène n'y est pas disponible. **Globalement la référence hospitalière pose problème et doit être traitée en priorité.**
- Une part trop importante des cas graves n'arrive pas à l'hôpital et **8,3% des enfants souffrant d'hypoxémie sévère sont pris en charge dans les CSI. 23,6% des décès chez les enfants cas graves ont eu lieu avant l'arrivée à l'hôpital.**



Lieu du décès



Parmi les **obstacles à une prise en charge précoce et un traitement adéquat** des enfants avec hypoxémie (et plus largement des cas graves) nous pouvons citer :

Un recours tardif aux structures de santé et des parcours de soins alternatifs.

- Les délais entre l'apparition des premiers symptômes et l'admission au CSI ou à l'hôpital suggèrent un recours tardif aux soins.
- 15,9% des enfants admis à l'hôpital ne sont pas passés par un CSI. Parmi eux, 40,7% avaient consommé des médicaments.
- Le reste à charge pour les dépenses des cas graves dans les CSI (5 500 CFA) et les hôpitaux (30 000 CFA), malgré la politique de gratuité des soins, pourrait expliquer en partie les délais dans le recours aux établissements de santé et le choix de parcours de soins alternatifs.
- La disponibilité limitée des ambulances, en particulier en milieu rural, et le coût à charge des familles du transport constituent également une barrière au transfert des cas graves. 17% des CSI de Dosso et 42% de ceux de Niamey IV étaient équipés d'une ambulance. 86 % des enfants référés par ambulance à Dosso ont dû payer 10 000 CFA.

L'accès à l'oxygénothérapie reste insuffisant pour les enfants présentant une hypoxémie.

- Le personnel hospitalier n'a pas toujours bénéficié d'une formation en oxygénothérapie et à l'utilisation de l'OP.
- Avant la mise en œuvre du projet, une **disponibilité limitée des OP et de l'oxygénothérapie** dans les hôpitaux de district a été identifiée.

©Seyba Keita / ALIMA

Recommandations

1. Généraliser l'utilisation de l'OP intégrée à la PCIME dans les CSI :
- intégrer l'OP dans les listes, normes et standards des équipements des CSI ;
- garantir la bonne application des outils PCIME intégrant l'OP suite à la révision du protocole PCIME et des modules de formation.

2. Garantir une bonne utilisation de la PCIME à l'échelle nationale à travers :
- la formation continue et la mise à niveau des agents de santé sur la PCIME ;
- le renforcement des capacités des agents de santé in situ par des supervisions post-formation régulières (renforcement des démarches d'amélioration de la qualité et de l'encadrement au niveau des districts sanitaires).

3. Améliorer l'accès à un système de transport des cas graves devant être référés vers l'hôpital par :
- la disponibilité d'ambulances, si possible équipées d'oxygène mobile, dans les districts sanitaires ;
- l'appui aux mécanismes communautaires pour couvrir certains frais.

4. Assurer la disponibilité et la bonne utilisation de l'oxygène au niveau de l'hôpital par :
- la formation du personnel hospitalier à l'utilisation de l'oxymètre de pouls, à l'oxygénothérapie, ainsi qu'à leur maintenance ;
- une disponibilité des OP dans les unités pédiatriques ;
- une meilleure évaluation des besoins en oxygène au niveau national, et des ressources suffisantes affectées à l'existence d'un système d'apport en oxygène durable et suffisant.

5. Renforcer, intensifier et améliorer les stratégies de communication visant les communautés pour :
- un recours aux soins plus précoce ;
- limiter les risques associés à l'automédication ;
- une meilleure adoption des pratiques préventives pour lutter contre la pneumonie, le paludisme et la malnutrition.

6. Veiller à une meilleure application de la politique d'exemption des paiement aux enfants de moins de 5 ans existante, y compris pour les références hospitalières.

7. Poursuivre les efforts de recherche afin d'évaluer l'efficacité et la faisabilité :
- d'une utilisation de l'OP pour les enfants de moins de cinq ans ne présentant pas de signes respiratoires ;
- d'une révision du seuil de saturation pour la décision de référence vers l'hôpital ;
- d'une introduction de l'OP dans la PCIME communautaire.

version préliminaire

dirpays.niger@solthis.org

https://alima.ngo/tag/aire/

Financé par

Financement complémentaire au Niger