



Perception de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère par la population au niveau communautaire versus centre de santé : District Sanitaire de Massakory-TCHAD

Présenté par

Haisset GNOMON FANGA

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité politiques nutritionnelles

le 11 avril 2013

Directeur : France BROILLET

Responsable adjoint recherche opérationnelle-MSF-Suisse

Devant le jury composé de :

Dr Christian MESENGE : Président

Directeur département Santé- Université Senghor

Pr Anne Marie Moulin : Examineur

Directrice de recherche-CNRS

Dr Bassent de Vaulx-Ezalarab : Examineur

Hôpital Universitaire d'Alexandrie

Remerciements

Nous voudrions du fond du cœur remercier tous ceux qui ont d'une manière ou d'une autre contribué à l'aboutissement de ce travail.

- ☞ **France Broillet**, notre maître de stage et de mémoire pour sa disponibilité, son accompagnement et ses conseils avant, pendant et après notre stage pour la rédaction de ce travail.
- ☞ **Dr Michel Queré** qui n'a ménagé aucun effort pour nous permettre d'effectuer notre stage et notre recherche sur un projet de MSF-Suisse au Tchad.
- ☞ **Dr Christian Mésenge**, notre chef de département dont les orientations ne nous ont pas fait défaut durant les deux années de master.
- ☞ **Pr Anne Marie Moulin** qui a m'a enseigné et accepté de juger ce travail
- ☞ **Dr Bassent de Vaulx-Ezalarab** qui a acceptée juger ce travail
- ☞ **Mme Alice Mounir**, assistante de direction au département Santé qui a été disponible pour tous les étudiants durant ces deux années.
- ☞ **A tous les enseignants** de l'université Senghor d'Alexandrie pour les enseignements reçus.
- ☞ **Au personnel** de l'université Senghor d'Alexandrie pour tous les services.
- ☞ **A l'ensemble des équipes de MSF-Suisse de N'djamena et de Massakory** avec lesquelles j'ai passé de moments agréables et dont le soutien ne m'a pas fait défaut.
- ☞ **A tous les étudiants** de la XIIIème promotion de l'université Senghor d'Alexandrie.

Dédicace

A Haye et Ferlet GNOMON FANGA

A mes parents

A mes frères et sœurs

A toutes les personnes impliquées dans la lutte contre la malnutrition

Résumé

Objectif : Notre étude consiste à décrire les activités de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère décentralisée, mises en place depuis 2011 au niveau communautaire dans un premier temps. Ensuite, évaluer l'acceptabilité et la perception de la population de cette approche en comparaison avec la prise en charge de la malnutrition dans les centres de santé au niveau des zones de responsabilité de Karal, Kamerom et Tourba, du district sanitaire de Massakory, dans la région d'Hadjer-Lamis au Tchad.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale descriptive. Notre population d'étude était constituée des mères et une grand-mère (mêmes caractéristiques) de 24 enfants (13 au niveau communautaire et 11 au niveau des Centres Nutritionnels Ambulatoires) malnutris ou ayant été malnutris. Des interviews semi-structurées ont été réalisées et enregistrées (plus prise des notes) du 06 au 19 juillet 2012 dans le district sanitaire de Massakory au niveau des zones de responsabilité de Kamerom et Tourba avec l'appui de MSF-Suisse. Les interviews ont par la suite été retranscrites et une analyse sémantique a été effectuée à l'aide d'une grille portant sur quatre principaux axes d'analyse.

Résultats : 19 sur 24 mères considèrent que la malnutrition est une « maladie » et « le manque d'entretien des mères à l'endroit des enfants ». Par contre, 17 sur 24 considèrent que c'est le « lait de la mère qui donne la diarrhée à l'enfant et le fatigue » donc entraîne la malnutrition. Dans toutes les ethnies de la région de Hadjer Lamis, il n'y a pas un terme exact qui signifie malnutrition. Elle est représentée par des entités nosologiques. . Dans les zones pilotes où les Agents de Santé Communautaire soignent les enfants de moins de cinq ans atteints de Malnutrition Aigüe Sévère, on a réussi à comprendre que les raisons pour lesquelles les mères n'amenaient pas leurs enfants au centre de santé étaient de deux ordres principalement : le manque de moyens financiers et la distance à parcourir pour atteindre le centre de santé.

Conclusion : La présente étude sur la perception des bénéficiaires de la prise en charge de la MAS au niveau communautaire versus centre de santé est une première au Tchad. Notre étude montre combien l'approche communautaire de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère est salvatrice pour les bénéficiaires comme en témoigne leur perception. Les mères trouvent salvateur le projet mis en place par MSF-Suisse car elles n'ont plus à parcourir de grandes distances ou à déboursier de l'argent pour les soins de leurs enfants et témoignent de l'efficacité du plumpy'nut.

Mot-clefs

Malnutrition, perception, communautaire, Massakory, MSF-Suisse, Tchad,

Abstract

Objective: Our study's objective is to describe the management activities of severe acute malnutrition decentralized implemented since 2011 at Community level. And then to, evaluate the acceptability and public perception of this approach compared with the treatment of malnutrition in health centers in the responsibility areas of Karal, and Kamerom Tourba, Massakory health district in Hadjer-Lamis region of Chad.

Methodology: This is a descriptive cross-sectional study. Our study population consists of mothers and grandmothers (same characteristics) of 24 children (13 at Community level and 11 at the Outpatient Nutrition Centres) who were or had been malnourished. Semi-structured interviews were conducted and recorded from 6th to 19th July 2012 in the responsibility area of Massakory health district level and Kamerom Tourba with support from MSF-Switzerland. The interviews were subsequently transcribed and semantic analysis was performed using a grid covering four main areas of analysis.

Results: 19 of 24 mothers believe that malnutrition is a "sickness" and the "lack of maintenance of mothers against children." By cons, 17 out of 24 believe that it is the "mother's milk that gives the child diarrhea and weakened him" therefore causes malnutrition. In all ethnic groups in the Hadjer Lamis region, there is not an exact term to express malnutrition. It is represented by nosological entities. . In the pilot area where the Community Health Workers take care of children under five with Severe Acute Malnutrition, we were able to understand that the reasons why mothers do not bring their children to the health center were principally: the lack of financial supports and the distance to reach the health center.

Conclusion: The present study on the perception of the beneficiaries of the support at the MAS community versus health center is the first in Chad. Our study shows how the communautary approach support for severe acute malnutrition is beneficial for the populations as reflected by their perceptions y. Mothers are saving the project set up by MSF-Switzerland because they no longer have long ways to go or spend money for the care of their children and demonstrate the effectiveness of Plumpy'nut

Key-words

Malnutrition, perception, community, Massakory, MSF-Switzerland, Chad

Liste des acronymes et abréviations utilisés

ASC : Agents de Santee Communautaire

ASPE : Aliment supplémentaire prêt à l'emploi

CDS : Centre de Santé

CNA : Centre Nutritionnel Ambulatoire

CNTC : Centre Nutritionnel Thérapeutique Communautaire

CNTH : Centre Nutritionnel Thérapeutique Hospitalier

CTC: Community Therapeutic Care

Km: kilomètre

MSF-OCG: Médecins Sans Frontières - Operational Center of Geneva

MSF-Suisse : Médecins Sans Frontières- Suisse

NCHS /OMS : National Center for Health Statistics / Organisation Mondiale de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernemental

PAM : Programme Alimentaire Mondial

PCMA : Prise en Charge de la Malnutrition Aigue

PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PEC: Prise En Charge

UNICEF: United Nations Children's Fund

Table des matières

Remerciements	i
Dédicace.....	ii
Résumé	iii
Abstract	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Table des matières	vi
Introduction.....	1
I. Problématique.....	3
I.1. Contexte.....	3
I.2. Justification de l'étude	5
I.3. Question de recherche	7
I.4. Objectif de l'étude.....	7
I.4.1. Objectif général	7
I.4.2. Objectifs spécifiques	7
II. Revue de la littérature	8
II.1. Définitions de quelques concepts.....	8
II.2. Organisation de la prise en charge de la malnutrition à Massakory	9
II.3. Historique de l'approche communautaire	10
III. Méthodologie	13
III.1. Cadre de l'étude.....	13
III.2. Type d'étude et durée	14
III.3. Population d'étude et échantillonnage.....	14
III.3.1. Critères d'inclusion	14
III.3.2. Critères d'exclusion	14
III.3.3. Variables de l'étude	15
III.4. Collecte des données.....	15
III.5. Méthode d'Analyse des entretiens	15
III.6. Considération éthique	16
IV. Résultats et discussion	16
IV.1. Description du processus de mise en place de la prise en charge communautaire	16
IV.1.1. Plaidoyer auprès des leaders et chefs coutumiers	17

IV.1.2.	Organisation des villages.....	18
IV.1.3.	Processus d'identification et de sélection des AC	18
IV.1.4.	Identification des lieux de stockage/magasins.....	18
IV.1.5.	Matériels disponibles dans un magasin de l'AC	19
IV.1.6.	Formation des agents communautaires.....	19
IV.1.7.	Cadre de concertation entre les acteurs.....	19
IV.2.	Représentations et diagnostic social de la malnutrition.....	20
IV.2.1.	Définitions possibles de la malnutrition en fonction des groupes ethniques	21
IV.2.2.	Appellations de la malnutrition par ethnie.....	23
IV.3.	Le diagnostic de la malnutrition par les mères	23
IV.3.1.	Perceptions populaires des signes de la malnutrition.....	24
IV.4.	Perceptions de la qualité de la prise en charge au niveau Communautaire et Centre de Santé	25
IV.4.1.	Les raisons du choix du lieu par les parents.....	25
IV.4.2.	Perception sur l'accueil.....	27
IV.4.3.	Perception sur la qualité des soins	28
IV.4.4.	Degré de satisfaction.....	29
IV.4.5.	Appropriation	31
Références	33

Introduction

La malnutrition par carence est un problème majeur de santé publique dans les pays à bas niveau socio-économique. Le continent africain n'est cependant pas épargné au regard des estimations de la FAO de 2012, qui indiquent que deux cent trente neuf millions de personnes sont touchées. Le Tchad, d'après les mêmes estimations se trouve parmi les vingt pays africains les plus touchés (33% de la population Tchadienne est sous alimentée). Et cette situation est plus accentuée dans la bande sahélienne du Tchad.

La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère était avant l'an 2000 hospitalière. L'approche communautaire de sa prise en charge est cependant, née dans un contexte d'urgence en 2000 lorsque le gouvernement éthiopien avait interdit aux Organismes Non Gouvernementaux d'ouvrir les CNT au sein des hôpitaux (S Collins, 2001). Avant 2007, elle faisait allusion aux situations d'urgence humanitaire et aux soins ambulatoires ou à domicile dispensés par les ONG. Nous proposons dans cette étude de décrire les activités de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère décentralisée au niveau communautaire mises en place depuis 2011 dans le district sanitaire de Massakory et ensuite évaluer la perception et l'acceptabilité de la population de cette approche en comparaison avec la prise en charge de la malnutrition dans les centres de santé au niveau communautaire.

En 2007, les agences onusiennes, dans une déclaration commune ont admis que l'approche communautaire de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère était originale et permettait de toucher au maximum les enfants malnutris.

En 2010, la région du Sahel en Afrique a connu une crise alimentaire et de graves problèmes nutritionnels. D'après les estimations : « 10 millions de personnes ont été affectées, que ce soit par la perte de leurs moyens d'existence ou par l'augmentation de leur taux d'endettement et de leur niveau de vulnérabilité ». La bande Sahélienne ouest du Tchad n'a ainsi pas échappé à ce choc récurrent qui a contribué à accroître la vulnérabilité de la population. Deux millions de personnes ont été exposées dans cette zone à l'insécurité alimentaire (Gubbels, 2011). Les districts de Massakory et de Massaguet font partie de la région d'Hadjer-lamis, située au Nord de N'djamena. Après une évaluation rapide sur l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans dans la région d'Hadjer-Lamis, MSF-Suisse a mis en place un projet d'urgence nutritionnel dans deux districts.

Etant donné une insécurité alimentaire structurelle et cyclique, dépendante des aléas climatiques, d'un pic annuel de malnutrition aiguë sévère accompagné d'une forte mortalité et du manque de réponse adéquate, MSF-OCG a proposé en fin 2010, de continuer pour trois ans le projet nutritionnel dans le

district sanitaire de Massakory afin d'assurer la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et les pathologies associées avec, cette fois-ci, un mode opératoire différent. L'approche communautaire de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère occupe une place importante dans ce nouveau projet. Dans le district sanitaire de Massakory, une grande partie de la population vit à plus de cinq kilomètres des centres de santé.

La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère des enfants de moins de cinq ans au niveau communautaire est une première au Tchad sur l'initiative du ministère de la santé publique et MSF-Suisse. C'est pourquoi, on estime intéressant de faire une étude sur la perception des bénéficiaires au niveau communautaire versus centre de santé.

Après cette introduction, Les points suivants seront traités pour mieux appréhender le sujet traité : La problématique, la revue de littérature, la méthodologie, résultats et discussion et enfin la conclusion.

I. Problématique

I.1. Contexte

Le rapport sur les statistiques sanitaires mondiales de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) de 2011 révèle que cent quinze millions d'enfants de moins de cinq ans dans le monde souffrent d'un déficit pondéral. En Afrique, les enfants souffrant d'un déficit pondéral est passé de vingt et quatre millions en 1990 à trente millions en 2010 (OMS, 2011). Cette situation est plus marquée au sud du Sahara du fait de la sécheresse, des conflits armés et intercommunautaires récurrents. Steve Collins rapporte que soixante millions d'enfants de moins de cinq ans dans le monde souffrent de malnutrition (par carence) aigüe modérée et treize millions d'enfants de la même tranche d'âge à travers le monde souffrent aussi de malnutrition (par carence) aigüe sévère (Steve Collins, 2007a). Black et al. estiment qu'environ dix millions d'enfants de moins de cinq ans meurent chaque année de causes évitables (Black, Morris, & Bryce, 2003). D'après des estimations, la malnutrition serait associée à 50% de décès des enfants dans le monde (mesurée d'après les paramètres anthropométriques). Certains auteurs (Rice, Sacco, Hyder, & Black, 2001) estiment à douze millions chaque année le décès des enfants de moins de cinq ans et la plupart dans les pays en voie de développement pour cause de malnutrition. Le premier objectif du millénaire pour le développement est de « réduire de moitié la proportion de personnes souffrant de la sous-alimentation et vivant dans la pauvreté extrême d'ici 2015 ». La question de l'alimentation est au cœur des préoccupations des Etats et Gouvernements. Avant la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, ils avaient en 1996 l'ambition de réduire de moitié le nombre de personnes sous-alimentées d'ici 2015 (FAO, 1996). Chevenal et al. dans une étude sur La crise alimentaire, le développement durable et les biocarburants pointent du doigt l'augmentation du prix des produits agricoles et du pétrole en 2008 comme étant la cause de la malnutrition de soixante quinze millions de personnes dans le monde (Cheneval, Adam-Poupart, & Zayed, 2011). Faubert E. par ailleurs, trouve que la malnutrition est « un sujet complexe aux enjeux majeurs » car d'après lui, l'idée de la malnutrition n'est pas naturellement associée à la santé du moment où c'est plutôt une insuffisance de nourriture « qui vient immédiatement à l'esprit ». Pour lui, la complexité réside dans le fait que non seulement la malnutrition est liée à l'insécurité alimentaire aussi bien en quantité qu'en qualité et dans la diversification de l'alimentation mais aussi « directement à l'état de santé » (Faubert, 2011). Lisa C. Smith et Lawrence Haddad se demandent : « quel type d'intervention aura les répercussions les plus grandes sur la malnutrition infantile? » (Lisa C. Smith et Lawrence Haddad, 2000). Pour ces auteurs, une intervention efficace passe par une bonne compréhension des causes de la malnutrition telle que conceptualisées par l'Unicef (figure 1). Les rations alimentaires et la santé sont les causes immédiates du statut nutritionnel d'un enfant, et sont à leur tour influencées par trois causes sous-jacentes au ménage : les soins adéquats aux mères et aux enfants, la sécurité alimentaire et un environnement sain. Ces trois causes sous-jacentes sont à leur tours influencés par des causes fondamentales: les ressources potentiellement disponibles pour un pays ou un groupe de personnes, et un nombre de facteurs politiques, culturels et sociaux qui influencent l'utilisation de ces

ressources. Le statut nutritionnel est un indicateur sensible non moins important dans la qualité de vie des populations (De Onís, Monteiro, Akré, & Glugston, 1993). Dans les pays à bas niveau socio-économique et particulièrement en Afrique subsaharienne, la malnutrition (par carence) est plus exprimée et ce sont les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes qui constituent les couches les plus vulnérables. Ils payent ainsi le plus lourd fardeau allant des séquelles physiques, mentales à la mort. Ainsi, d'après la Banque Mondiale, la malnutrition est « le problème de santé le plus important au monde » et compromet le développement puisqu'étant malade et sans possibilité de soins, la population ne peut ni travailler ni s'éduquer. Un développement ne peut donc s'envisager si la nutrition n'est prise en compte comme l'affirme si bien Lartey A. « Un pays qui cherche à exploiter pleinement le potentiel de ses ressources humaines ne peut pas se permettre de négliger la nutrition de ses citoyens, en particulier la nutrition des femmes et des enfants » car « pour chaque enfant, un retard de croissance d'un jour est une occasion manquée de faire la différence »(Lartey, 2008).

Cependant, en 2010, la région du Sahel en Afrique a connu une crise alimentaire et de graves problèmes nutritionnels où d'après les estimations, « dix millions de personnes ont été affectées, que ce soit par la perte de leurs moyens d'existence ou par l'augmentation de leur taux d'endettement et de leur niveau de vulnérabilité. Cette situation a aggravé le niveau déjà alarmant de la malnutrition des jeunes enfants » dans cette partie d'Afrique (Gubbels, 2011).

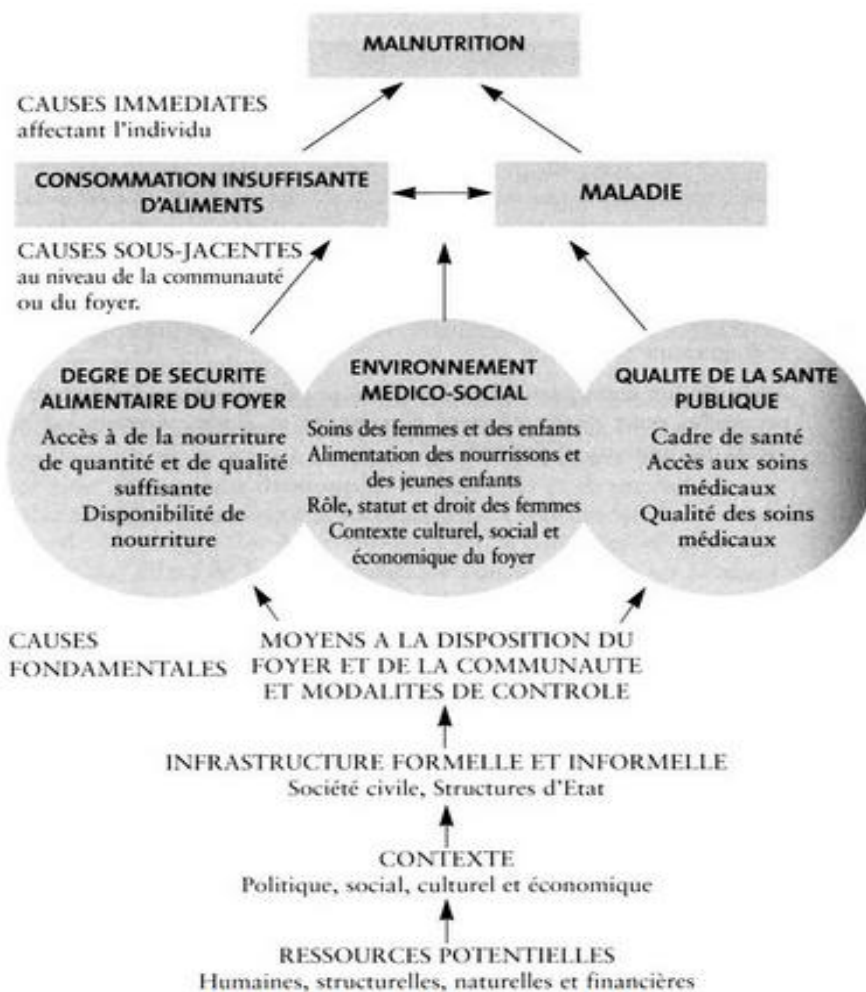


Figure 1: Cadre conceptuel en nutrition publique, Source : Unicef (ACC/SCN, 2000)

I.2. Justification de l'étude

La bande Sahélienne ouest du Tchad n'a ainsi pas échappé à ce choc récurrent qui a contribué à accroître la vulnérabilité de la population. Deux millions de personnes ont été exposées dans cette zone à l'insécurité alimentaire (Gubbels, 2011). Les districts de Massakory et de Massaguet font partie de la région d'Hadjer-lamis, située au Nord de N'djamena. La région comprend 562 957 personnes¹ et se situe dans la bande sahéenne qui est au Tchad la plus exposée aux chocs récurrents (naturels et humains) contribuant à accroître la vulnérabilité des populations à l'insécurité alimentaire (Programme Alimentaire Mondial, 2011). Le Tchad est par ailleurs classé 183^{ème} rang sur 187 pays en 2012 dans l'Indice de Développement Humain des Nations Unies. La majorité (80%) de la population dépend des activités agricoles pour sa survie. Ainsi, les résultats préliminaires de l'enquête nutritionnelle SMART de février 2011 dans la bande sahéenne montrent que le taux de malnutrition aigüe globale est très élevé (plus de 15%) dans trois régions et bien inquiétant dans les autres régions de la bande sahéenne.

¹ <http://www.citypopulation.de/Chad.html> - Consulté le 28 décembre 2012

(Programme Alimentaire Mondial, 2011). La lutte contre la faim et la malnutrition n'est pas seulement l'apanage des Etats et des gouvernements. Elle concerne tout aussi, des institutions telles que les Organisations non gouvernementales et internationales car elle débouche sur l'ouverture des centres de nutrition dans la plupart des structures sanitaires existantes dans la bande sahélienne d'une part et d'autre part, par la distribution des vivres afin de pallier à la crise nutritionnelle. Cette situation se complique à long terme par l'existence des programmes d'urgence à faire face à la crise nutritionnelle en ciblant les couches les plus vulnérables (Programme Alimentaire Mondial, 2011).

En mai 2010, après une évaluation rapide sur l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans dans la région d'Hadjer-Lamis, MSF-Suisse a mis en place un projet d'urgence nutritionnel dans deux districts (Massakory et Massaguet). Ce projet nutritionnel a permis de traiter 19.934 enfants malnutris en ambulatoire dont 9.602 étaient malnutris sévères et 10 332 malnutris modérés. Parmi tous ces enfants pris en charge, 1.721 ont bénéficié d'un séjour au CNTH (Centre nutritionnel thérapeutique hospitalière).

Etant donné une insécurité alimentaire structurelle et cyclique dépendante des aléas climatiques, d'un pic annuel de malnutrition aiguë sévère accompagné d'une forte mortalité et du manque de réponse adéquate, MSF-OCG a proposé en fin 2010 de continuer pour trois ans le projet nutritionnel dans le district sanitaire de Massakory afin d'assurer la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et les pathologies associées avec cette fois-ci un mode opératoire modifié²:

Le volet de la prise en charge se concentrera sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère. La PEC ambulatoire sera pour une partie des zones décentralisées au niveau des communautés avec l'admission et le suivi assurés par des agents communautaires formés. L'examen médical d'admission sera toutefois réalisé au CS dans les trois jours qui suivent l'admission de l'enfant dans le programme nutritionnel. Cette décentralisation se fera dans les villages localisés à plus de cinq km du CS.

Le dépistage des cas malnutris sera assuré mensuellement par les AC pour les villages localisés à plus de cinq km du CS et pas des agents de dépistage dans le rayon des cinq km autour du CS.

La PEC des cas malnutris sévères et compliqués sera assuré à l'hôpital de Massakory.

Un volet préventif pour les enfants de 6 à 24 mois sera ajouté au projet. Il consiste en un apport quotidien d'ASPE (aliment supplémentaire prêt à l'emploi) pendant douze mois aux enfants de 6 à 24 mois pour deux AS et pour une AS uniquement pendant la période de soudure.

La mise en place d'un système d'alerte précoce pour la malnutrition et les épidémies dans le district de Massakory et les districts voisins (Bol, Ngouri, Massaguet) afin de trouver une réponse rapide et efficace en fonction des besoins.

Etant donné que la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère au niveau communautaire est une approche nouvelle, non encore inscrite dans le modèle du système de santé tchadien, il nous semble nécessaire de faire une étude sur sa perception par les communautés afin de pouvoir en faire la

² Document de projet Massakory, Hadjer Lamis- Tchad, 2012

promotion. Celle-ci vise à avoir le point de vue des bénéficiaires de la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë sévère décentralisée au niveau communautaire, son acceptabilité auprès d'elles.

I.3. Question de recherche

A l'instar des autres pays africains, la malnutrition reste incriminée dans 50% des décès chez les enfants au Tchad (Ministère de la santé Tchad, Unicef, Pam, & OMS, 2011). Sa prise en charge thérapeutique au niveau communautaire est une première au Tchad à l'image de ce qui se passe ailleurs.

Les constats évoqués ci-haut nous amènent à orienter notre recherche autour de la question suivante :

Comment la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère est-elle perçue au niveau communautaire versus Centre de santé par la population ?

Hypothèse de recherche

Le soutien des communautés aux agents communautaires nous amène à conduire notre étude avec l'hypothèse que les populations bénéficiant d'une PEC de la malnutrition aiguë sévère en communauté l'acceptent mieux que ceux au niveau des centres de santé.

I.4. Objectif de l'étude

I.4.1. Objectif général

Evaluer la perception et l'acceptabilité de la population de l'approche communautaire en comparaison avec la prise en charge de la malnutrition dans les centres de santé au niveau des zones de responsabilité de Karal, Kamerom et Tourba, du district sanitaire de Massakory, dans la région d'Hadjer-Lamis au Tchad.

I.4.2. Objectifs spécifiques

- ✚ Décrire les deux types de prise en charge ambulatoire mise en place dans les trois zones en termes de fonctionnement, interactions, admissions, sortie, durée de séjour et références.
- ✚ Evaluer l'acceptation de la PEC décentralisée par les populations des villages qui ont un AC formé.
- ✚ Evaluer l'acceptation de la PEC au niveau du CS par les populations des villages pour lesquels la PEC de la MAS s'effectue au niveau du centre de santé (villages localisés dans un rayon de cinq km du CS).

II. Revue de la littérature

Notre revue de littérature va s'articuler autour des points suivants : définitions des concepts, Organisation de la prise en charge de la malnutrition à Massakory et historique de l'approche communautaire.

II.1. Définitions de quelques concepts

Malnutrition : D'après l'Unicef, « La malnutrition est un terme général souvent utilisé à la place de dénutrition mais il s'applique également à la surnutrition. Les gens souffrent de malnutrition si leur régime ne comprend pas suffisamment de calories et de protéines pour que le corps se développe ou reste en bonne santé s'ils ne sont pas capables de mettre à profit la nourriture qu'ils consomment à cause d'une maladie (dénutrition). Ils souffrent également de malnutrition s'ils consomment trop de calories (surnutrition). » (Unicef, 2006) Le Programme Alimentaire Mondial la définit comme un « manque d'apport en protéines, d'énergie et de micronutriments et par des infections et maladies fréquentes. Faute de nutrition adéquate, les gens meurent d'infections banales comme la rougeole ou la diarrhée. »³ Dans le cadre de notre étude, il s'agit de la dénutrition par manque d'apport en protéines et d'énergie.

Malnutrition des enfants de moins de cinq ans : « Les enfants dont le rapport poids/taille est inférieur à -3 écarts-types ou qui présentent un œdème symétrique affectant au moins les pieds ("malnutrition avec œdème") sont en état de malnutrition sévère. » (OMS, 2000) La malnutrition chez les enfants est habituellement définie par un indicateur Poids/Taille <-3Z-score ou PB<115mm et/ou œdèmes bilatéraux.

Communautaire : *Hachette, dictionnaire de la langue française* le définit comme « un adjectif relatif à la communauté. » Dans le *dictionnaire universel*, on peut lire qu'une communauté est un « groupe de personnes vivant ensemble et partageant des intérêts, une culture ou un idéal commun. » Ce concept en matière de santé a été très encouragé en 1978 à Alma-Ata avec le slogan phare de « santé pour tous d'ici l'an 2000 »

Perception : Dans le petit Robert⁴, La perception est une « fonction par laquelle l'esprit se représente les objets. » Elle représente donc la construction qu'une personne fait sur quelque chose, une information qui modèle les comportements et les modes de voir à la suite de l'éducation dans une culture donnée. Ce concept dans notre étude prend le même sens que ces études (Dadang Sukandar,

³ <http://fr.wfp.org/faim/faq> Consulté le 23 janvier 2013

⁴ Nouveau petit LE ROBERT. Dictionnaire de la langue française 1994

2007; Jaffré, 1996; Koné, 2008; Massamba, Gami, & Treche, 1996; Roger-Petitjean, 1996) menées en Asie et Afrique.

II.2. Organisation de la prise en charge de la malnutrition à Massakory

Dans le contexte du district sanitaire de Massakory (figure 2), la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère se fait à trois niveaux : Hôpital de district, Centres de santé et en communauté.

Niveau hôpital : Le CNTH (Centre Nutritionnel Thérapeutique Hospitalier) prend en charge tous les cas de malnutrition aigüe sévère et compliquée nécessitant une surveillance 24 H /24H.

Niveau centres de santé : Les CNA (Centre Nutritionnel Ambulatoire) s'occupent de tous les cas de malnutrition aigüe sévère des enfants habitant dans un rayon de cinq Km autour du centre de santé.

Niveau communautaire : La prise en charge au niveau communautaire concerne les zones décentralisées au niveau des communautés avec l'admission et le suivi assurés par des agents de santé communautaires (ASC). Ces structures sont appelées Centres Nutritionnels Thérapeutiques Communautaires (CNTC). Les ASC sont des personnes sans formation particulière et travaillent seuls (pas d'aide comme dans les Centres de santé). Les critères et protocoles MSF (Médecins Sans Frontières) dans ce contexte ont été simplifiés au maximum afin de rendre leur appropriation et utilisation facile. Les critères d'admission et de décharge utilisés habituellement ont donc été simplifiés à deux seuls indicateurs : le Périmètre Brachial et la présence d'œdèmes bilatéraux. L'examen médical d'admission est toutefois réalisé au centre de santé dans les 3 jours qui suivent l'admission de l'enfant dans le programme nutritionnel. Cette décentralisation se fait dans les villages localisés à plus de cinq km du centre de santé.

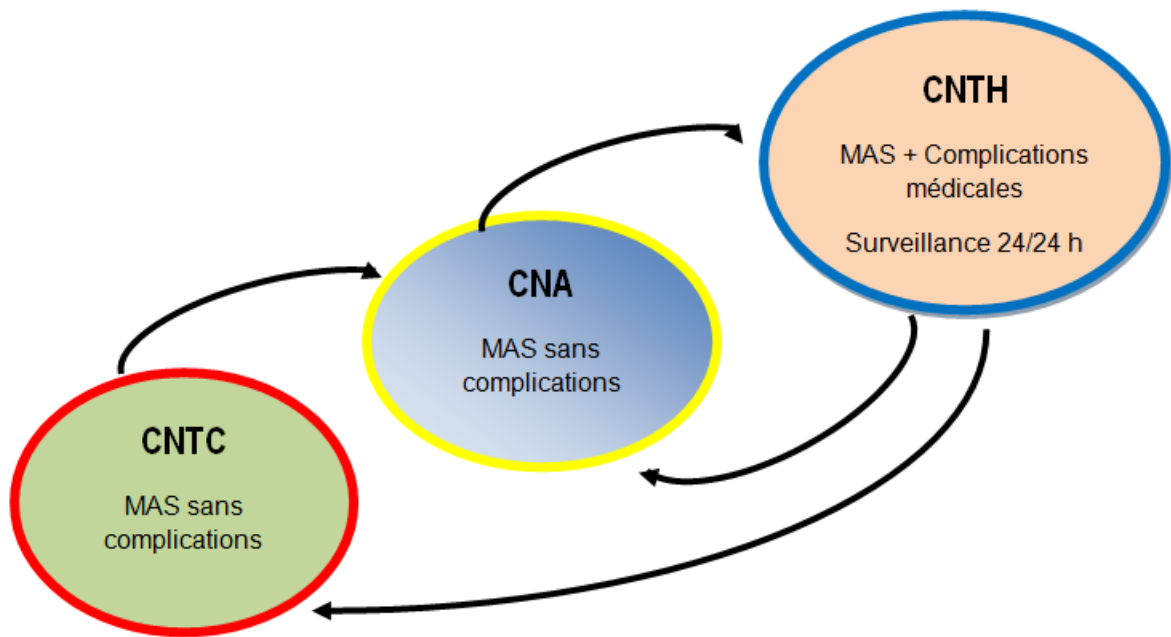


Figure 2: Approche d'intervention de Médecins Sans Frontières-Suisse dans le district sanitaire de Massakory-Tchad.

II.3. Historique de l'approche communautaire

La conférence organisée par l'OMS et l'Unicef en 1978 à Alma-Ata sur les soins de santé primaires fut un véritable point de départ en matière de santé communautaire dans les pays en voie de développement (OMS, 1978). L'OMS et l'Unicef affirmaient à l'époque que la réduction de « *la mortalité infantile ne peut être le simple fait de services de soins adéquats et de personnels compétents. Dans la mesure où il tient avant tout aux familles de veiller sur leurs enfants, des résultats ne sont envisageables qu'à la condition d'une collaboration entre agents de santé et familles, et d'un soutien de leurs communautés* ». Ceci est d'autant plus important que l'approche communautaire fait partie aujourd'hui des trois composantes de la PCIME (prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfant). La PCIME-Communautaire est une plateforme multisectorielle pour soutenir l'installation des partenariats communautaires. Son implantation permet et favorise l'amélioration de l'état de santé des communautés. Avant 2000, la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère était uniquement hospitalière. Mais de nombreuses études (Bhutta et al., 2008; Ciliberto et al., 2005; Steve Collins & Sadler, 2002; Steve Collins, 2007b) ont montré que les CNT (Centres de Nutrition Thérapeutique) sont difficiles à mettre en œuvre parce qu'ils sont trop coûteux et peu accessibles pour les populations. Ces études nous montrent aussi que le traitement hospitalier ne renforce pas les capacités locales et peut même compromettre les mécanismes traditionnels de survie dans les communautés, puisque les accompagnants sont obligés d'être absents de leurs domiciles et laisser seuls, les autres enfants bien

portants pendant au moins 3 semaines. Ce qui augmente cependant leur vulnérabilité à la malnutrition. En outre, la concentration de la population autour et à l'intérieur des CNT peut favoriser l'infection croisée entre une population déjà affaiblie venant des différents villages.

C'est pourquoi, une nouvelle approche a été mise en place dans le but de mettre les communautés et les malades au centre des soins. Plusieurs acteurs en matière de lutte contre la malnutrition l'ont mis en place avec des dénominations différentes et parfois des modes opératoires différents aussi (Bachmann, 2009; Bredow & Jackson, 1994a; Ciliberto et al., 2005; Grobler-tanner & Collins, 2004; HKI, 2006). En 2001, cette approche a été appelée « Community Therapeutic Care » qu'on peut traduire en français par « Soins de santé communautaires » et visait à maximiser l'accès aux soins et la couverture (Bredow & Jackson, 1994b; Ciliberto et al., 2005; Steve Collins, 2007a; Deconinck, Diene, & Bahwere, 2010; Grobler-tanner & Collins, 2004; OMS, Unicef, PAM, & CNSNU, 2007). Le premier programme de la CTC (Community Therapeutic Care) a été mis en œuvre en Éthiopie en 2000, lorsque le gouvernement local a interdit l'ouverture des CNT au sein des hôpitaux, obligeant ainsi les organismes non gouvernementaux intervenant en matière de nutrition à traiter les personnes souffrant de malnutrition en ambulatoire. Avant 2007, l'approche communautaire faisait allusion au contexte humanitaire et la CTC faisait aussi référence aux soins ambulatoires ou a domicile administrée par les ONG. Les résultats ont été positifs en termes d'efficacité clinique (Chamois, 2009).

Grobler-tanner C. et Collins S. résumant l'impact de la CTC en quatre points qui sont (Grobler-tanner & Collins, 2004) :

- **Accès et couverture élevée:** utilise un système de distribution décentralisé pour faciliter l'accès ainsi qu'un grand nombre de travailleurs sociaux et de bénévoles pour assurer le suivi ambulatoire à domicile.
- **Rapidité:** fournit des services et initie la recherche active de cas avant que la prévalence de la malnutrition s'aggrave. La CTC vise à traiter la malnutrition aiguë avant que d'autres complications médicales ne se produisent.
- **Intégration sectorielle:** s'intègre avec d'autres programmes, y compris la santé et l'éducation nutritionnelle, la promotion de l'allaitement maternel exclusif, la promotion de l'hygiène, les interventions de sécurité alimentaire et les programmes de résolution de conflits.
- **Renforcement des capacités:** s'appuie sur les structures existantes grâce à la collaboration, la formation et le soutien continu, plutôt que d'établir des systèmes parallèles.

Bachmann montre que la CTC est relativement rentable en termes de coût par rapport à d'autres interventions de santé dans les pays en développement et propose en outre que « le modèle de Lusaka » soit non seulement étendu à l'ensemble de la Zambie mais aussi adapté pour le reste de l'Afrique(Bachmann, 2009).

En 2007, dans une déclaration commune, les plus grandes agences onusiennes œuvrant contre la malnutrition ont admis que la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère au niveau communautaire « associée au traitement en centres de santé des enfants malnutris souffrant de complications médicales et mise en œuvre à grande échelle ... pourrait prévenir le décès de centaines de milliers d'enfants » (OMS et al., 2007). Dans cette déclaration, en termes d'action dans la mise en œuvre, l'OMS, le PAM, le CPN, l'UNICEF et d'autres partenaires appuieront cette action en mobilisant les ressources et les supports techniques aux pays touchés. Les pays aussi pour sauver la vie des enfants peuvent réaménager leurs politiques de lutte contre la malnutrition en intégrant fortement la composante communautaire « fondée, si besoin y est, sur l'apport d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi » et intégrer la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère à d'autres activités de santé. La volonté de cette déclaration à une extension aux contextes stables se justifie ici par l'impact positif constaté par rapport à l'approche communautaire dans des situations d'urgences que nous avons relevées sur les études antérieures dont nous avons déjà fait allusion ci-haut. C'est suite à cette déclaration commune que la prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau communautaire est désormais admise dans les contextes stables. Aujourd'hui, le terme PCMA (prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë) est de plus en plus utilisé pour décrire une approche visant à dépister et traiter la malnutrition aiguë (sévère ou modérée) sans complications médicales à travers la mobilisation communautaire (Chamois, 2009).

Pour Helen Keller International, la PCMA doit s'intégrer dans un vaste cadre (figure 3) de prévention en prônant le changement de comportement en utilisant les pratiques essentielles en nutrition(HKI, 2006). Pour cela, l'organisation préconise le renforcement des capacités du secteur public en charge de la question à gérer, planifier, exécuter et contrôler les services de PCMA à travers les structures de soins de santé existantes .

Leur approche met l'accent sur l'importance de la prévention, de l'intégration (prévention et soins) et le renforcement des capacités. Ils reconnaissent que ce n'est pas vraiment une approche d'intervention

d'urgence et que leur processus étant plus lent, elle ne peut pas être évaluée avec les normes SPHERE⁵.

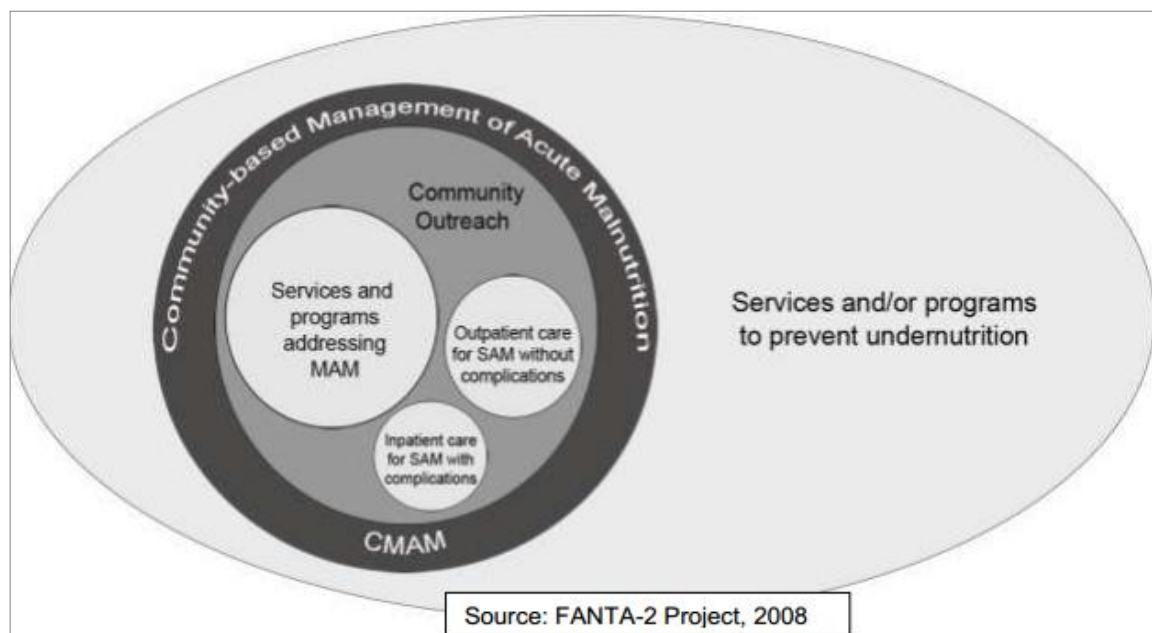


Figure 3: Composantes de base de Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe

III. Méthodologie

III.1. Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée au Tchad (dans la région d'Hadjer lamis), pays d'Afrique centrale dans le cadre de notre stage du master en développement sous la supervision de l'Organisation Non Gouvernementale Médecins Sans Frontières-Suisse (MSF-Suisse). MSF est une ONG dont les activités sont plus focalisées dans les urgences et est présente au Tchad depuis plus de vingt ans. La région comprend 562 957 personnes⁶ et se situe dans la bande sahéenne qui est au Tchad la plus exposée aux chocs récurrents (naturels et humains) contribuant à accroître la vulnérabilité des populations à l'insécurité alimentaire (Programme Alimentaire Mondial, 2011).

⁵ Le projet SPHERE est une initiative à but non lucratif rassemblant un vaste panorama d'Agences humanitaires autour d'un objectif commun : Améliorer la qualité de l'aide humanitaire ainsi que la redevabilité des acteurs vis-à-vis de leurs mandats, de leurs bailleurs de fond et les populations sinistrées.

⁶ <http://www.citypopulation.de/Chad.html> - Consulté le 28 décembre 2012

Au Tchad, la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère au niveau communautaire est une première sur l'initiative de MSF-Suisse⁷. Cette approche a déjà été implantée et a aussi déjà fait l'objet d'évaluation dans d'autres pays. Sa mise en place est intéressante et pertinente dans le district sanitaire de Massakory en raison des distances importantes qui séparent les villages et les centres de santé, où plus de la moitié des villages sont à plus de 5 km des CS.

III.2. Type d'étude et durée

Il s'agit d'une étude transversale descriptive sur la représentation et la perception de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère au niveau communautaire versus centre de santé qui s'est déroulée du 06 au 19 juillet 2012 dans le district sanitaire de Massakory.

III.3. Population d'étude et échantillonnage

Notre population d'étude se compose des mères des enfants malnutris ou ayant été malnutris résidentes dans les zones d'intervention. Les autres membres (tantes, grandes mère) de la famille ayant la responsabilité des enfants malnutris ou ayant été malnutris constituent également notre cible d'étude.

Dans le cadre de cette étude, vingt quatre mères ont été interrogé : Onze au niveau des centres de santé et treize au niveau communautaire. Notre échantillon est donc accidentel au niveau des différentes structures et village d'intervention. Il est cependant significatif du fait de la récurrence des mêmes réponses aux mêmes questions.

III.3.1. Critères d'inclusion

- Mères des enfants malnutris ou ayant été malnutris et suivis au niveau de centre de santé ou communautaire
- Tantes, grand-mères responsables des enfants malnutris ou ayant été malnutris et suivis au niveau de centre de santé ou communautaire

III.3.2. Critères d'exclusion

- Les mères des enfants qui ne sont pas admis dans le programme
- Tantes, grand-mères responsables des enfants qui ne sont pas admis dans le programme

⁷ Protocole d'accord MSF-Suisse et Ministère de la santé publique du Tchad

III.3.3. Variables de l'étude

↗ Variables dépendantes

La prise en charge de la malnutrition aigüe sévère avec trois composantes

- Au niveau hospitalier
- Au niveau centre de santé
- Au niveau communautaire

↗ Variables indépendantes

La perception des mères enfants

La représentation de la malnutrition

III.4. Collecte des données

Les données ont été collectées grâce à des entretiens individuels menés avec un guide d'interview au niveau des centres de santé et communautaire (Annexe 3). Tous les entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone accompagnés de prise des notes. Un pré test a été réalisé avec le guide d'entretien au préalable dans un centre de santé dans la ville de Massakory pour repérer d'éventuels obstacles au déroulement et déterminer la durée de chaque interview (45mn à une 1heure).

III.5. Méthode d'Analyse des entretiens

L'analyse (thématique) a été effectuée à l'aide d'une grille portant sur quatre principaux axes (table1) : Connaissance sur la malnutrition, perception de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère par les parents au niveau des CS et CNTC, la représentation de la malnutrition et le degré de satisfaction. A partir des interviews que nous avons retranscrits et les notes soigneusement remises au propre, une lecture profonde des textes a été faite afin d'identifier les mots et phrases clés, représentant l'opinion propre de l'interlocuteur sur les thèmes traités.

Pour la rubrique sur la satisfaction, pour chaque réponse une note a été donnée en fonction de sa satisfaction. De 1 à 2 : Pas satisfaite. De 3 à 4 : Acceptable. 5 : Excellent

Table 1 : Grille d'analyse des interviews

Axe1	Connaissance sur la malnutrition	
Axe2	Perception de la PEC de la MAS par les parents au CNA et CNTC	
Axe3	Représentation de la malnutrition	

Axe 4	Degrés de satisfaction	
-------	------------------------	--

III.6. Considération éthique

Pour mener à bien cette enquête et afin de mettre en confiance la population enquêtée, nous avons estimé très important de leur expliquer l'utilité de cette enquête dans leurs localités. Ainsi, nous avons garanti l'entière confidentialité des données et l'anonymat total des interviewés. Avant chaque entretien, on a de nouveau rassuré et mis en confiance nos enquêtées.

Bien avant cela, nous avons abordé les leaders (imams, chefs de villages) d'opinion pour leur demander la permission de mener une enquête dans leurs zones. Cette demande a été accompagnée de notre protocole d'enquête avec la présentation de nos objectifs. Pour leurs protections, la présentation des résultats s'oriente ici sur les discours et non les individus.

IV. Résultats et discussion

La partie « Résultats et discussion » de notre travail va être abordée en deux points :

- Description du processus de mise en place des activités
- Résultats des interviews avec les mères des enfants qui ont été prises en charge

Dans le cadre de notre étude nous avons interviewé onze mères d'enfants ayant leurs enfants malnutris dans le programme ou ayant été avec leurs enfants malnutris au niveau des CNA (Centre Nutritionnel Ambulatoire) à Massakory, Kamerom et Tourba et treize mères d'enfants dans le programme ou ayant été avec leurs enfants malnutris au niveau des CNTC (Centre Nutritionnel Thérapeutique Communautaire) dans les zones de responsabilité de Kamerom et Tourba. Leurs âges sont compris entre 18 et 34 ans, toutes analphabètes, résidentes en milieu rural et sans activités pécuniaires.

IV.1. Description du processus de mise en place de la prise en charge communautaire

La présence de MSF-Suisse dans le district sanitaire de Massakory, comme décrite ci-haut entendait de répondre à la crise nutritionnelle qui a sévit dans la région de hadjer lamis en 2010. Cette présence continue de MSF-Suisse se justifie par la persistance de la précarité nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans. Raison pour laquelle MSF-Suisse a dû réorienter ses activités en 2011 et en créer d'autres,

afin d'atteindre les objectifs qu'ils se sont assignés d'une part et briser les barrières financières et géographiques d'accès aux soins d'autre part.

Un des premiers constats sur le terrain est une insuffisance de personnel et leurs absences prolongées aux postes d'affectation dans le district sanitaire. Le personnel ne prend pas en charge les cas de malnutrition, même si le ministère de la santé publique du Tchad dispose d'un protocole national de prise en charge (Ministère de la santé Tchad et al., 2011) MSF-Suisse a procédé au déploiement de personnel. L'ONG a fourni des intrants aux différents centres de santé où ses activités se déroulent. La priorité est accordée à la PEC (prise en charge) de la malnutrition aigüe sévère chez les enfants de moins de cinq ans y compris d'autres pathologies (paludisme, diarrhée, infection respiratoire aigüe, infections cutanées, infections ophtalmiques.)

Malgré ces efforts de MSF-Suisse dans les centres de santé, une partie des enfants n'a pas été touchée en raison de l'éloignement (plus de cinq kilomètres des CDS) de la plupart de la population. Les parents amènent tardivement les enfants au centre de santé après une longue période de traitement traditionnel.

Fort de ces constats et dans le souci de sauver ces enfants, l'approche communautaire de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère est née dans le district sanitaire de Massakory dans quatre zones de responsabilité, sur l'initiative des MSF-Suisse.

IV.1.1. Plaidoyer auprès des leaders et chefs coutumiers

Avant l'implantation du réseau des agents communautaires dans les trois zones de responsabilité choisies du district pour la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère dans les communautés, des rencontres d'information ont été organisées par MSF-Suisse et le district sanitaire de Massakory. Ces rencontres ont commencé par les autorités administratives de la région et un accent particulier a été mis sur la participation des femmes.

Au cours des rencontres dans les différentes zones de responsabilité, un gros plan de la situation sanitaire de la zone a été fait et l'accent a été mis sur les maladies qui touchent fréquemment les enfants dans le milieu. Malgré les actions de lutte contre la malnutrition que mène MSF-Suisse, la stratégie que développe MSF-Suisse pour traiter la malnutrition aigüe sévère au niveau hospitalière et des centres de santé n'a pas atteint tous les enfants malnutris.

Avec les PPN (plumpy nut), il est désormais possible de soigner les enfants de moins de cinq ans présentant la MAS sans complication au sein même de la communauté par un membre de la communauté qui sera formé pour cela.

L'agent communautaire, émanant de la communauté doit remplir un certain nombre de critères tels que :

Savoir lire, écrire et compter en français ou en arabe

Etre disponible

Homme et femme

Dans la communauté, les activités sont assurées par des AC bénévoles (agents communautaires) sous la supervision d'un infirmier responsable des activités communautaires mis à leur disposition par MSF-Suisse. Le nombre des AC est établi par rapport à la taille de la population cible dans les villages. Un site (village au centre) regroupe plusieurs villages et la population de chaque site prend en charge l'agent communautaire (aides de nature diverse) pour l'encourager puisqu'il ne reçoit aucune rémunération de l'organisation.

Des magasins de stockage du PPN sont identifiés et mis à disposition dans les villages sites et des rendez-vous hebdomadaires sont donnés aux enfants pour le suivi.

IV.1.2. Organisation des villages

Les sites de prise en charge de la MAS au niveau communautaire sont implantés dans les villages. Un site est constitué d'un certain nombre de villages. Il doit être accessible aux populations des villages qui le constituent.

IV.1.3. Processus d'identification et de sélection des AC

Les AC sont choisis parmi les trois personnes proposées par les communautés. Une rencontre est organisée au niveau des différents sites avec tous les villages qui les constituent pour expliquer la stratégie de prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe sévère, la contribution des communautés dans la mise en œuvre et sa réussite. Tous les chefs des villages qui constituent un site proposent 3 candidats pour la réalisation des activités dans le village-site, selon les critères définis au préalable (lire et écrire en français ou en arabe, savoir compter et faire des calculs, être du village, ne pas voyager pour l'école à la fin de la saison de vacance...) et un rendez vous est pris au niveau du CDS avec tous les AC sélectionnés par les différents chefs de village.

Au CDS, une explication plus détaillée sur l'approche de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère est donnée aux futurs AC en présence du responsable du centre de santé de la zone de responsabilité et les membres du comité de santé avant de leur soumettre le test pour choisir les AC de chaque site. A l'issue du test, le meilleur candidat sera retenu pour suivre la formation.

IV.1.4. Identification des lieux de stockage/magasins

Parmi les apports des communautés, il y a les magasins de stockage des intrants qui doivent être mis à disposition sans compensation de la part de MSF. Ces magasins servent en même temps de points de

rencontres entre les AC et les bénéficiaires. Les magasins de stockage doivent remplir un certain nombre de caractéristiques :

Situés dans le village

Pas humides

Portes d'entrée avec cadenas

Pas de fenêtres

Atout : zone d'ombre

Le village-site dans lequel le magasin est choisi doit se trouver au milieu par rapport aux autres villages qui constituent le site pour éviter aux mères de parcourir de grandes distances pour rencontrer l'AC :

IV.1.5. Matériels disponibles dans un magasin de l'AC

Sur chaque site communautaire, MSF dispose tous les matériels de travail ainsi que les intrants de prise en charge des enfants. Voir annexe 2,4et 5

IV.1.6. Formation des agents communautaires

Une fois la sélection des AC terminée, la date de la formation est fixée. La formation dure une journée. Journée au cours de laquelle, ils apprennent :

- La malnutrition, ses causes, comment la reconnaître et les types de malnutrition.
- Les critères d'admission et le traitement de la malnutrition aiguë sévère dans les CNTC
- Le rôle de l'AC

Après cette formation, les intrants sont déployés sur les différents sites et les AC sont accompagnés dans les activités de sensibilisation et de prise en charge de la MAS au début jusqu'à être autonome.

IV.1.7. Cadre de concertation entre les acteurs

La délégation régionale sanitaire à travers le district sanitaire et MSF pilotent les activités sur le terrain. Les cadres de concertation pour évaluer l'évolution des activités sont les réunions de coordination pendant lesquelles l'état des lieux et avancement des activités sont partagés et les mesures correctrices sont prises pour la bonne marche.

La réunion du comité de pilotage du projet est l'instance qui fait les évaluations à mi parcours des activités et donne des nouvelles orientations.

IV.2. Représentations et diagnostic social de la malnutrition

La prise en charge médicale de la malnutrition aigüe sévère dans le district sanitaire de Massakory n'est pas une première. MSF-Suisse y intervient dans ce sens depuis 2010. Nous supposons qu'il existe au sein de la population une interprétation établie de la malnutrition, ses symptômes et aux moyens qu'elle a recours pour soigner les enfants malades comme dans d'autres contextes (Calandre, 2006; Jaffré, 1996; Koné, 2008; Massamba et al., 1996; Roger-Petitjean, 1996).

Au total, vingt quatre mères des enfants ont répondu lorsqu'on leur a demandé la cause de la malnutrition et comment elles la reconnaissent. Sur les vingt quatre mères, dix neuf ont fait allusion à « la maladie » et « le manque d'entretien des mères à l'endroit des enfants ». D'autres parmi elles, (17/24) considèrent que c'est le « lait de la mère qui donne la diarrhée à l'enfant et le fatigue » avant que la malnutrition ne s'installe.

Une étude a montré que le peuple Teke Kukuya des plateaux du Congo croit qu'un certain nombre de problèmes nutritionnels auquel il est confronté « est dû aux erreurs commises par les mères. » (Massamba et al., 1996). Au Burkina Faso, dans la région de Bobo dioulasso, la maigreur d'un enfant est rarement vécue comme un signe de morbidité. Elle doit être associée à deux entités nosologiques traditionnelles (le *Sogo* survient chez les enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 3 à 4 mois et le *Sere* qui touche les enfants plus âgés) pour parler de la malnutrition (Roger-Petitjean, 1996).

Plus de la moitié (16/24) des mères avec lesquelles on a mené les entretiens affirment que :

« Les enfants chez nous ici souffrent de maladies qu'on ne comprend pas mais qui atteignent beaucoup d'enfants et depuis longtemps. » tandis que d'autres (8/24) ont clairement admis que la malnutrition est « une maladie » et que « Depuis qu'il ne pleut pas assez dans notre village, tous nos enfants souffrent car ils ont faim et c'est ce qui leur donne la maladie. »

Pour ces mamans, c'est évident que la pluviométrie perturbe les activités champêtres qui se répercutent sur leurs assiettes causant ainsi « la faim » à leurs enfants. Une autre maman au niveau du CNTC dans le village Fanta nous dit que :

« La nourriture manque beaucoup chez nous en ce moment, mais il y a beaucoup de maladies dont souffrent nos enfants. » Cependant, « il y a aussi les yeux des autres femmes sorcières aussi. C'est pourquoi je couvre complètement mon enfant », ajoute-elle.

Donc, non seulement c'est une question de nourriture mais aussi de la sorcellerie qui est liée à la maladie. Massamba J et al en 1996 ont également rapporté des situations similaires chez la plupart

des femmes dans la communauté Teke Kukuya des plateaux du Congo qui estiment que l'état de santé de leurs enfants « est aggravé par la sorcellerie »(Massamba et al., 1996). En outre, Jaffré en 1996 aussi en pays Zarma au Niger rapportait le lien entre sorcellerie et malnutrition est établie par les femmes (Jaffré, 1996).

Quelques femmes (15/24) ont incriminé « le lait » des mères et « la grossesse » dans la malnutrition chez les enfants dans tous les groupes ethniques de notre zone d'étude (Massakory). Face à une situation de grossesse, les enfants sont généralement confiés à leurs grand-mères ou tantes. Ceci pour éviter que l'enfant continue à téter sa mère. Une grand-mère avec qui nous avons aussi mené l'entretien au niveau du CNA de Tourba nous explique :

« Vous voyez, en soulevant l'enfant. C'est le lait de sa mère qui l'a rendu ainsi. Quand l'enfant tête encore, sa mère ne doit pas tomber enceinte sinon son lait se gâte et lorsqu'elle donne son lait à son enfant, l'enfant va être toujours malade»

L'étude de Jaffré au Burkina Faso a aussi rapporté que quelques femmes ont incriminé le fait de « s'asseoir sur une peau de mouton pendant la grossesse » comme responsable de la malnutrition de l'enfant qui naîtra. Pour ce peuple, la peau de mouton ou la viande favorise et fait entrer de la chaleur dans le ventre de la femme enceinte(Roger-Petitjean, 1996).

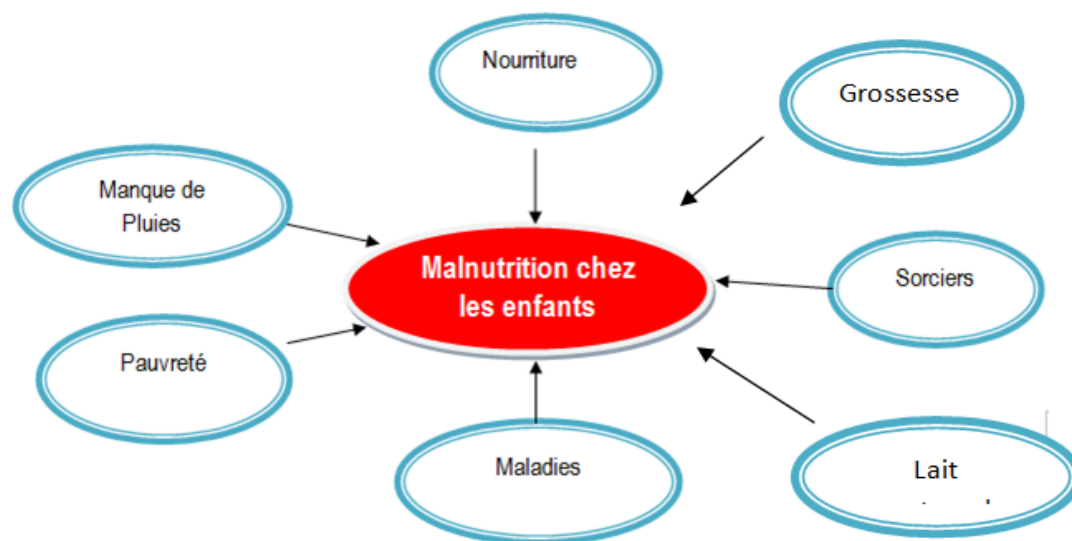


Figure 4: Représentation sociale de la malnutrition par la population du district sanitaire de Massakory

IV.2.1. Définitions possibles de la malnutrition en fonction des groupes ethniques

Dans la région de Hadjer Lamis, les principaux groupes ethniques sont les Kanembous, les Goranes et les Arabes. A ceux là s'ajoutent d'autres ethnies qui se fondent dans les communautés autochtones. Les pratiques et habitudes socioculturelles sont pratiquement les mêmes. Ainsi dans la région, les 24 mamans se sont prononcées.

Dans toutes les communautés, que ce soit sur les sites communautaires ou au niveau des CNA, « *la malnutrition est une maladie* » (24/24) même si sa perception est variable d'une mère à une autre. La malnutrition, « *c'est la maladie qui pousse l'enfant à être comme ça* » nous dit une femme arabe à Tourba en nous montrant son enfant. Chez les femmes arabes (6/24) comme dans les autres communautés (18/24) en plus du fait que c'est une maladie, la malnutrition c'est aussi quand :

« L'enfant perd du poids, devient maigre, son corps chauffe la nuit et il pleure incessamment. »

L'évocation des ces signes par les mères montrent que les messages de sensibilisation en matière de santé effectué par les agents sensibilisateurs déployés sur le terrain par MSF-Suisse ont été reçus dans les communautés comme c'est le cas ailleurs.(Anwar, Khomsan, Sukandar, Riyadi, & Mudjajanto, 2010; Dadang Sukandar, 2007; Roger-Petitjean, 1996)

Lorsque nous avons demandé ce qu'est la malnutrition dans un site avec une population majoritairement Kanembou, des femmes (13/24) avec lesquelles on a mené les entretiens, nous avons reçu des réponses semblables à celles des femmes arabes et goranes (5/24). Néanmoins, un détail très important se rapportant à l'hygiène a été énoncé.

« La malnutrition est un problème de nourriture mais vous savez que chez nous ici, l'eau que nous buvons n'est pas bien comme à Tourba. C'est un problème. C'est cette eau que vous voyez là (elle nous montre un bidon avec une eau trouble) que nous buvons avec nos enfants. Ça leur donne la diarrhée et chauffe leurs corps. Et puis, ils passent tout le temps à pleurer et refuser de manger. » Et aussi, quand l'enfant est malade et que son corps chauffe « *on le brule sur le corps pour retirer du sang noir mais parfois ça fait de plaies et mon enfant refuse de téter. C'est pourquoi on lui donne votre nourriture médicamenteuse (Aliment thérapeutique prêt a l'emploi) et autres. »*

Que ce soit chez les kanembous, les arabes ou les goranes, quand on parle de malnutrition, allusion est faite à la maladie qu'on traduit par l'hygiène, l'eau, la nourriture, la pauvreté en quelque sorte.

Même si les femmes rencontrent certains problèmes liés à la santé de leurs enfants, elles ont souvent au cours des entretiens fait référence aux messages de sensibilisation que mènent dans les villages et centres de santé les agents que MSF a déployés sur le terrain.

IV.2.2. Appellations de la malnutrition par ethnie

Il nous paraît indispensable de souligner ici que le terme « malnutrition » utilisé en biomédecine n'a pas son équivalence exacte dans les langues parlées dans la région de Hadjer Lamis. La malnutrition est donc représentée par des entités nosologiques comme rapportées dans des études menées dans d'autres pays (Calandre, 2006; Jaffré, 1996; Koné, 2008; Massamba et al., 1996; Roger-Petitjean, 1996). Toutes les femmes que nous avons interviewées, amènent leurs enfants en consultation parce qu'ils sont « malades.» En langue kanembou, en Gorane ou en arabe dans la région de Hadjer Lamis, la malnutrition se traduit par plusieurs noms. Les Kanembous et les Goranes emploient les mêmes termes pour désigner celle-ci. Pour quelques unes d'entre elles (13/24), « *c'est le sein que la maman donne à son enfant qui lui provoque la diarrhée et le fait maigrir : c'est le djidjiré.* » Dans la communauté, les femmes pensent qu'il y en a parmi elles qui ont de « *mauvais seins* » qui seraient responsables du « *djidjiré* » de leurs enfants ou encore les femmes qui tombent enceintes (11/24) et continuent d'allaiter leurs enfants. Lorsqu'il s'agit des maladies ou des privations alimentaires qui le mettent dans un état d'amaigrissement, elles parlent de « *noussouri* » ou « *Khirikhiri* » pour désigner la malnutrition.

Tandis que dans la communauté arabe, le mot « *Djou* » qui se traduit par « faim » en français est utilisé pour parler de la malnutrition. Mais un autre terme « *moulawlaw* » est encore utilisée par les femmes pour désigner celle-ci lorsque la masse grasseuse et musculaire se fondent et que l'enfant devient flasque. Pour elles, l'enfant est comme enroulé. « *Vous voyez, c'est la même chose comme chez les animaux en ce moment. Comme il n'y a pas de pâturage, regarder on peut compter leurs côtes. Ils ont trop faim et cela les fatigue.* »

Donc, elles amènent leurs enfants parce qu'ils ont la diarrhée, maux de ventre, fièvres, pleurs incessants la nuit, amaigrissement...

IV.3. Le diagnostic de la malnutrition par les mères

Les 24 interviews que nous avons réalisées avec les mères (toutes sont analphabètes) d'enfants, nous ont permis de comprendre que ces dernières ont établi une relation entre le manque de nourriture d'une part comme en témoigne cette mère d'enfant dans le CNTC à Boltrom choukouri :

« Chez nous ici, étant donné qu'il ne pleut pas comme avant, on récolte très peu de mil alors que avant, on vendait une partie pour nos besoins. Même les animaux ne survivent pas par manque de pâturage. Maintenant, ce sont les hommes qui vont jusqu'à Massakory ou à Ndjamena travailler avant de nous envoyer de l'argent pour subvenir aux besoins et même

acheter le mil le jour du marché. Mais comme l'argent n'arrive pas vite, quand les enfants ont faim, ils tombent rapidement malades ».

Une étude au Bangladesh (Roy et al., 1993) a montré que quelque soit le niveau d'instruction des mères, une grande partie parmi elles pouvaient reconnaître si leurs enfants étaient oui ou non malnutris.

Ensuite, le rôle que la grossesse et le lait de certaines femmes jouent d'autre part avec la malnutrition comme beaucoup (19/24) d'entre elles nous l'ont confié. A cela il faut ajouter les signes cliniques que nous avons énumérés précédemment et la sorcellerie rapportée par certains auteurs dans d'autres pays (Calandre, 2006; Jaffré, 1996; Koné, 2008; Massamba et al., 1996; Roger-Petitjean, 1996).

Cette situation de manque de pluie, d'appauvrissement du sol et d'autres sources de revenus amène la plupart des jeunes à quitter les villages pour les grands centres urbains pour chercher des moyens pour subvenir aux besoins de leurs familles. Car les produits de récoltes et les animaux d'élevage qui constituent les principales sources de revenus pour la plupart de la population ne le sont plus. Quelques uns s'adonnent aussi aux petits commerces dans les villages et marchés environnants⁸.

L'eau potable n'est pas disponible partout dans les villages. L'allaitement exclusif au sein n'est pas pratiqué par les mères. On donne de l'eau aux enfants dès la naissance. Les mamans (17/24) incriminent l'eau que leurs enfants boivent.

« La diarrhée des enfants c'est surtout l'eau que nous buvons qui leur fait cela et après, ils deviennent trop malades, parfois ça leur donnent des boutons sur le corps. Sans oublier le corps qui chauffe. C'est ce qui les maigri »

Ce constat est aussi fait par Koné M. où traditionnellement chez les Haoussa au Niger où pratiquement toutes les mères donnent de l'eau (pas potable) à leurs enfants à la naissance pour que « *la gorge et l'estomac doivent être « ouverts » afin de préparer la voie pour que le lait maternel et les aliments puissent suivre ensuite* » (Koné, 2008) alors qu'au Bangladesh (Roy et al., 1993) les mères des enfants ont cité principalement le manque de nourriture et les soins de santé inadéquats.

IV.3.1. Perceptions populaires des signes de la malnutrition

Chez ces mères (24/24), toutes réactions anormales de leurs enfants les font penser à la malnutrition parce que « les sensibilisateurs et les ASC sont venus nous parler de cela ». Ce qui est d'autant plus normal puisque lorsque les diarrhées et les infections ne sont pas prise en charge, l'état de santé des enfants se dégradent et la malnutrition s'installe.

⁸ Pr. Dufumier, M. Insécurité alimentaire, question agraire et développement « durable » en Afrique. Accessible sur : <http://www.rosalux.sn/wp-content/uploads/2011/01/Marc-Dufumier.pdf> Consulté le 26 février 2013

Les résultats de l'étude conduite au Burkina Faso (Roger-Petitjean, 1996) révèle que « la maigreur d'un enfant est rarement vécue comme un signe de morbidité » alors que dans le contexte de Massakory, « la maigreur » est évoquée par toutes les femmes (24/24) comme un signe de malnutrition où elles ont fait allusion à la maigreur chez les animaux par manque de pâturages.

Les mères des enfants perçoivent la malnutrition comme une « maladie » et y associent des signes qui d'après elles les font « penser » à la malnutrition. Quand on demande à ces mères de nous dire comment reconnaissent-elles un enfant malnutri, la notion de « maladie » revient dans toutes les réponses. Comme nous relate cette maman au CNTC de Maity : « *La famine qui sévit actuellement, si une mère ne fait pas attention à son enfant, il tombe rapidement malade.* » Au Niger, les maladies sont « attribuées à une peur des enfants et non à un déficit alimentaire » (Jaffré, 1996)

La malnutrition est perçue non seulement comme une carence alimentaire mais aussi aux soins que peut porter la maman à son rejeton en matière d'alimentation. Des études (Dadang Sukandar, 2007; Jaffré, 1996; Koné, 2008; Massamba et al., 1996; Roger-Petitjean, 1996) menées ailleurs corroborent avec ce que les mères (24/24) d'enfants dans le district de Massakory ont rapporté.

« Je reconnais que mon enfant a le djidjiré (malnutrition) lorsque la diarrhée le fatigue. Son corps chauffe beaucoup et il pleure. Comme il refuse de téter et de manger, il devient maigre et parfois son ventre gonfle. Vous voyez comme il mange déjà pas assez et fait beaucoup de diarrhée et vomit ? C'est ce qui le maigri ».

Pour cette mère comme beaucoup d'autres, la diarrhée, le vomissement, la fièvre, le refus de s'alimenter et le ballonnement abdominal sont signes de la malnutrition même en plus de cela elles nous ont par ailleurs parlé des conditions relatives à l'hygiène.

« C'est un enfant qui est fatigué par la faim et puis l'eau que nous buvons, Ça lui provoque la diarrhée plusieurs fois par jour, son corps chauffe. Plus, il pleure, plus son corps chauffe.. Deux ou trois jours seulement pour comprendre que ton enfant est malawlaw. C'est ça notre problème ces dernières années-ci avec les enfants. »

IV.4. Perceptions de la qualité de la prise en charge au niveau Communautaire et Centre de Santé

IV.4.1. Les raisons du choix du lieu par les parents

a. Au niveau communautaire

Comme on l'a relevé dans la problématique, la distance (5 Km et plus) qui sépare les centres de santé et les villages est importante. Les mères éprouvent cependant de difficultés pour les atteindre surtout avec les enfants au dos.

« Avant que MSF ne vienne, on était obligé de nous rendre avec les enfants au centre de santé et parfois le chef de centre est absent. C'était pénible pour nous avec cette distance jusqu'à Tourba vous savez et parfois, s'il est présent, le problème d'argent pour payer les médicaments se pose. »

Les propos de cette mère est un témoignage fort et poignant sur ce que toutes les autres mères endurent avec leurs enfants pour accéder aux soins dans le district sanitaire de Massakory. Avec les Agents communautaires dans la prise en charge de la MAS et la prise en charge gratuite des autres pathologies au niveau des centres de santé, les barrières géographiques et financières d'accès aux soins sont brisées. Et ces mères retrouvent la joie d'emmener leurs enfants pour les soins comme en témoigne cette autre mère de Boltrom choukouri :

« Si mon enfant est malade, c'est l'agent communautaire de notre village qui le consulte d'abord. Puis, il nous demande d'emmener l'enfant au centre de santé. Là-bas on nous donne de médicaments et on repart au village où l'agent communautaire lui donne le biscuit qui contient le médicament jusqu'à sa guérison. »

Même si pour beaucoup de mères, cette nouvelle situation est salvatrice, d'autres parmi elles, estiment qu'aller avec l'enfant au centre de santé avant de revenir pour le suivi au village par l'agent communautaire n'est pas toujours aisé surtout que « nous habitons à plus de 10 km du centre de santé » mais, « nous vous sommes très reconnaissante d'avoir pensé à nous pendant cette famine »

b. Au niveau du centre de santé

Au niveau de chaque centre de santé, un endroit est emménagé pour la prise en charge de la MAS en ambulatoire. Les enfants admis dans le programme sont consultés par l'infirmier chaque semaine pour évaluer leurs évolutions et ceux qui sont référés par les agents de santé communautaires.

« Avant que MSF ne vienne soigner nos enfants qui sont atteints de khirikhiri (malnutrition), très peu de personnes venaient au centre santé faute de moyens pour faire face au prix des médicaments. Maintenant, avec la sensibilisation (agents sensibilisateurs MSF dans les quartiers, voyez comment on est nombreuse à venir avec nos enfants. »

Le problème financier limitant la fréquentation des centres de santé comme évoqué par la population vivant dans un rayon de plus de 5 Km des centres de santé est partagé en partie par celle vivant autour

même de ces centres. Par contre, pour une autre partie de ces femmes comme cette mère d'une fillette de 26 mois à Kamerom :

« Parfois les gens qui travaillent au centre de santé ferment le centre et voyagent à Massakory ou ailleurs. Mais depuis l'année dernière, tout ça a changé parce qu'il y a assez de personnes pour s'occuper de nos enfants à présent. »

Partant ainsi d'une partie de ces constats, Perrot J. et al. proposent qu'il faut des moyens d' « incitations qui amèneront les prestataires de services de santé à avoir un intérêt à augmenter leurs efforts afin d'obtenir de meilleurs résultats. »(Perrot, Roodenbeke, Musango, & Fritsche, 2010) Pour cela, ils pensent que chaque acteur devra « voir comment on peut amener ces prestataires de services de santé à être plus performants et ainsi, à contribuer à la performance du système de santé. » Ainsi donc à Massakory, MSF en accord avec la délégation sanitaire régionale représentée par la direction du district sanitaire prévoit chaque mois une enveloppe pour motiver le personnel de l'Etat dans les centres de santé afin de faire face à l'augmentation de charge de travail due à l'intervention de MSF. Paradoxalement, malgré cette enveloppe substantielle de MSF, quelques responsables de centres de santé n'ont pas cessé avec ces déplacements intempestifs laissant la charge des centres de santé aux infirmiers recrutés par MSF pour le suivi des activités nutritionnelles.

IV.4.2. Perception sur l'accueil

a. Au niveau communautaire

Les agents de santé communautaires sont les membres des communautés dans lesquelles ils travaillent. Ils entretiennent une relation familière avec elles comme le dit cette femme au niveau du CNTC de Boltrom choukouri :

« Comme c'est quelqu'un qui habite dans le village, on est beaucoup habitué. Il nous reçoit et s'occupe très bien de nous »

Comme quoi, les mères ont une très bonne impression des ASC mais cette impression est nuancée parce que parmi celles qui habitent dans les villages environnants au village site, deux d'entre elles nous ont confié se sentir parfois lésées par ces derniers. Pour elles, les ASC « s'occupent d'abord des femmes de leurs villages » et puis elles après. Ces assertions nous semblent tout de même subjectives du fait de leur proximité avec les ASC, les femmes du village site viennent souvent avant celles qui habitent dans les villages avoisinants.

b. Au niveau du centre de santé

MSF a mobilisé beaucoup de ressources dans chaque zone de responsabilité pour atteindre les objectifs assignés. Ainsi au niveau des CNA, les hangars aménagés sont effectivement spacieux et peut accueillir plusieurs mamans avec leurs enfants en attendant d'être reçues par l'infirmier.

« Honnêtement, on ne peut pas demander plus que ce que ces gens font pour nos enfants. Le personnel nous appelle même avec les noms de nos enfants tellement qu'ils sont proches de nous. Leur hangar est bien spacieux et il y a plus d'ombre même qu'on en a chez nous. »

Par contre, au niveau du CNA de Kamerom, cet état de chose tel que décrite ci-haut par cette mère d'enfant au niveau CNA de Tourba diffère un peu le jour du marché hebdomadaire. Les mères préfèrent faire d'une pierre deux coups. Ce qui justifie le grand nombre d'enfants à voir au CNA ce jour.

IV.4.3. Perception sur la qualité des soins

a. Au niveau communautaire

Les femmes qui fréquentent les CNTC ont exprimé leurs satisfactions sur la prestation des agents communautaires. Elles sont satisfaites parce que :

« Lorsqu'on amène l'enfant chez l'agent communautaire, il retrouve rapidement la santé. »

Fondamentalement, c'est la guérison de leurs enfants qui les préoccupent puisque avec les enfants malades, l'accomplissement des autres tâches domestiques n'est pas aisé du moment où ce sont elles qui sont les pièces maîtresses dans ce sens. Ensuite, le fait qu'elles ne sont pas confrontées à une barrière quelconque pour accéder aux soins chez les ASC renforce leurs intérêts :

« Le traitement est très bien. Je suis très contente parce que l'agent m'a expliqué que c'est le manque de nourritures et la maladie qui ont fait que mon enfant a perdu tout son poids. Mais depuis qu'il nous donne cet aliment qui contient le médicament, vous-même vous constatez, il tète à nouveau, mange beaucoup et se sent bien. »

Mais il y a par contre aussi d'autres mères qui regrettent la démission des ASC de leurs zones. Faute de motivation conséquente de leurs communautés, quelques ASC abandonnent la prestation en laissant les enfants à leurs tristes sorts comme en témoigne l'une d'entre elles :

« Il s'occupait très bien de nos enfants mais comme les hommes n'ont pas honoré leurs engagements, il a arrêté de travailler et maintenant c'est leur chef qui vient pour s'occuper des enfants ici. »

Au niveau communautaire les mères ont une bonne perception de la qualité des soins dont bénéficient leurs enfants. Cela se traduit aussi par la fréquentation des sites CNTC.

b. Au niveau du centre de santé

Au niveau des centres de santé, c'est le personnel déployé par MSF qui assure la prise en charge nutritionnelle des enfants. Toutes les mères avec lesquelles nous avons réalisé les entretiens nous ont confié que « *dès l'accueil, tu es sûre d'être dans des bonnes mains.* » En effet, dès que les mères arrivent dans l'aire réservée au CNA, les agents recrutés par MSF les installent sur une grande natte étalée à cet effet avant que l'agent de santé ne s'occupe d'elles.

« Pendant la consultation, on vérifie tout le corps de l'enfant, on prend sa température puis on nous pose de questions sur sa santé pendant toute la semaine que nous sommes restés à la maison. Vraiment ces gens travaillent bien »

Les propos de cette mère expriment la perception qu'elle se fait sur la qualité des prestations des agents en charge de la malnutrition aigüe sévère dans les CNA. Le travail abattu par les agents de santé dans ce cadre est très bien apprécié par les bénéficiaires parce que « *nous sommes vraiment très bien reçu* » et « *nos enfants retrouvent rapidement la santé quand on les amènent ici.* »

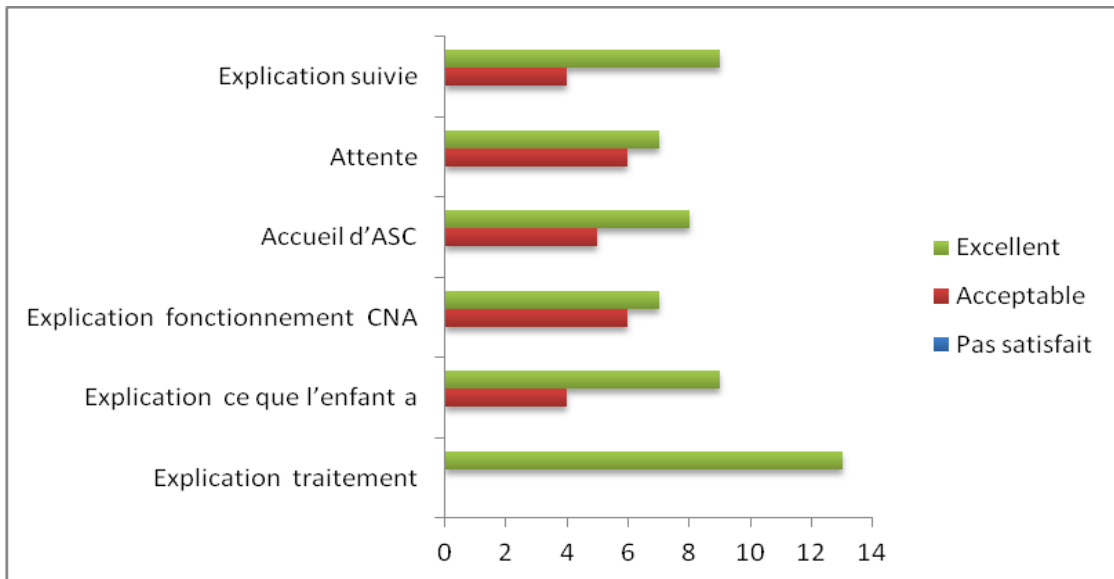
IV.4.4. Degré de satisfaction

Pendant les entretiens, nous avons proposé aux mères de donner une note comprise entre 1 et 5 sur les explications qu'on leur a données concernant le traitement. Ce que leurs enfants ont, le fonctionnement des centres ainsi que l'accueil.

Donc, en fonction de « billets de banque » qu'elles ont attribués, nous avons ainsi jugé leurs satisfactions.

a. Au niveau communautaire

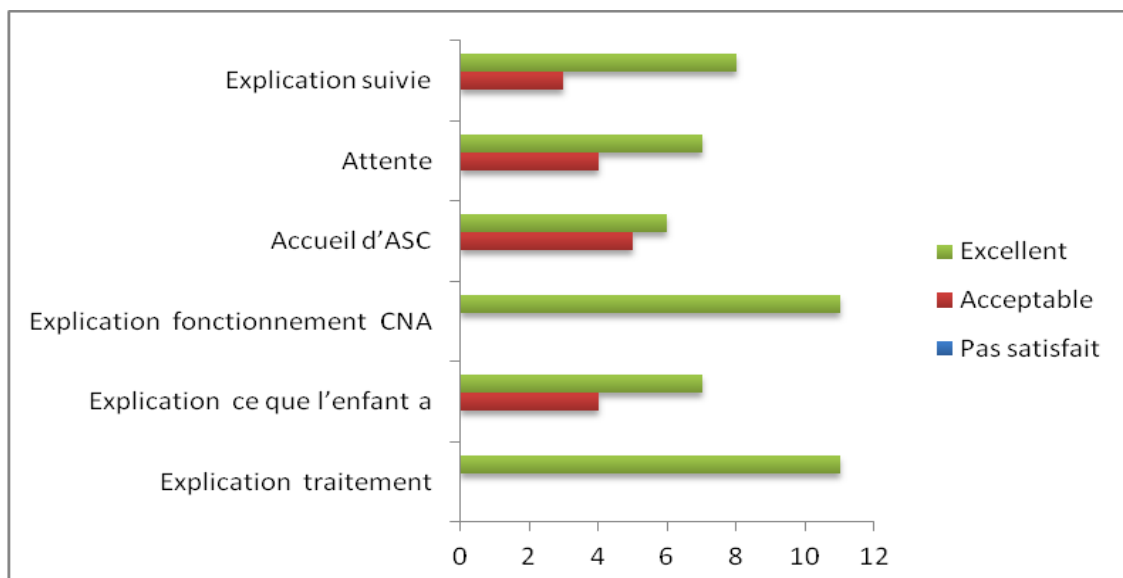
Table 2 : Satisfaction des mères au niveau CNTC (N= 13)



Au niveau communautaire, les mères interviewées dans l'ensemble éprouvent de la satisfaction par rapport à la prestation des ASC. Les ASC étant des leurs et vivant dans les communautés, la communication avec ces dernières est relativement facilitée. Connaissant les habitudes de leurs milieux, les ASC savent se prendre avec les mères. Une étude au Bangladesh a aussi démontré que la satisfaction des patients était fonction du contexte culturel. (Aldana, Piechulek, & Al-Sabir, 2001)

b. Au niveau du centre de santé

Table 3 : Satisfaction des mères au niveau CNA (N= 11)



Le même cas de figure se présente au niveau des CNA où aucune mère n'a été déçue par la prise en charge de son enfant et l'accueil qui lui a été réservé.

IV.4.5. Appropriation

a. Au niveau communautaire

La prise en charge de la MAS dans la communauté du district sanitaire de Massakory a apporté un grand soulagement à la population vivant loin des structures de santé. Cette approche a aussi brisé la barrière financière d'accès aux soins pour ces communautés avec un pouvoir d'achat très limité. La population bénéficiaire est très satisfaite mais la dynamique communautaire pour la pérennisation de cette action est discutable.

Dans l'esprit de ce projet, MSF apporte tous les intrants, forme les agents de santé communautaires et fait le suivi des activités. La communauté quant à elle met à disposition un magasin pour le stockage des intrants qui sert en même temps de site où les mères amènent leurs enfants, propose la personne chargée de prendre en charge les enfants malnutris et apporte son appui à ce dernier.

Nous avons constaté sur le terrain que quelques communautés éprouvent de difficultés pour remplir ces conditions même si les leaders de ces communautés manifestent une bonne volonté pour que *« les femmes ne se déplacent pas sur des grandes distances alors que nous pouvons faire quelque chose comme les autres. »* Pour ce chef de village, c'est *« une opportunité que nous n'allons pas laisser. Vous-même voyez comment les enfants souffrent de cette famine. »* Dans les communautés où la dynamique est lancée, la population témoigne sa satisfaction et *« espère que l'Etat va continuer à envoyer les médicaments ici sinon, vous constater que c'est pénible pour les femmes d'arriver jusqu'au centre de santé avec les enfants au dos. »*

La population est convaincue du bienfait que cela leur apporte et « espère » ou du moins, souhaite que même si MSF quitte, que l'activité continue.

b. Au niveau du centre de santé

Au niveau des CNA, les activités sont exclusivement menées par les agents recrutés par MSF. L'Etat n'affecte qu'un seul infirmier au niveau des centres de santé. La prise en charge de la MAS est intégrée dans le paquet minimum d'activités des centres de santé même si en pratique, *« on ne le fait pas parce qu'on n'a pas le plumpy nut »* dit un responsable d'un centre de santé.

Son appropriation doit donc d'abord être faite par le système sanitaire en place car il constitue en même temps un centre de référence pour les activités qui se passent au niveau communautaire.

Pour la population qui la fréquente, il ne fait aucun doute, du moment où ces mères en amenant leurs enfants au CNA sont satisfaites et veulent que cela continue.

Conclusion

La présente étude sur la perception des bénéficiaires sur la prise en charge de la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) au niveau communautaire est une première au Tchad. L'initiative de MSF-Suisse en partenariat avec le ministère de la santé publique en matière de prise en charge de la malnutrition aigüe sévère dans le district sanitaire de Massakory était d'apporter une réponse conséquente à la crise nutritionnelle qui s'est installée dans la région en se greffant sur les structures sanitaires existantes. Cette approche a certes donné des résultats mais n'a pas permis d'atteindre toute la population en raison de la distance qui les sépare. Il faut rappeler ici que la plus grande partie de la population vit à plus de cinq kilomètres des centres de santé. Raison pour laquelle, l'approche communautaire de prise en charge de la MAS a été mise en place pour traiter efficacement les enfants de moins de 5 ans.

Notre étude montre combien l'approche communautaire de prise en charge de la MAS est salvatrice pour les bénéficiaires et leurs perceptions en témoignent largement. Dans les zones pilotes où les ASC soignent les enfants de moins de cinq ans atteints de MAS, on a réussi à comprendre que les raisons pour laquelle les mères n'apportaient pas leurs enfants au centre de santé étaient de deux ordres principalement : Les moyens financiers et la distance à parcourir pour atteindre le centre de santé.

Le fait que les ASC communautaires ne soient pas des professionnelles de santé, formés comme au niveau des centres de santé n'a pas empêché les mères à amener leurs enfants et celles-ci en témoignent d'ailleurs de leurs satisfactions par la guérison de leurs enfants. Les ASC sont eux mêmes issus de ces communautés. Ce qui a contribué à la bonne marche des activités.

Références

- Aldana, J. M., Piechulek, H., & Al-Sabir, A. (2001). Satisfaction des patients et qualité des soins dans des zones rurales du Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organisation*, 79(6), 65–70.
- Anwar, F., Khomsan, A., Sukandar, D., Riyadi, H., & Mudjajanto, E. S. (2010). High participation in the Posyandu nutrition program improved children nutritional status. *Nutrition research and practice*, 4(3), 208–14. doi:10.4162/nrp.2010.4.3.208
- Bachmann, M. O. (2009). Cost effectiveness of community-based therapeutic care for children with severe acute malnutrition in Zambia: decision tree model. *Cost effectiveness and resource allocation:C/E*, 7, 2. doi:10.1186/1478-7547-7-2
- Bhutta, Z. a, Ahmed, T., Black, R. E., Cousens, S., Dewey, K., Giugliani, E., Haider, B. a, et al. (2008). What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*, 371(9610), 417–40. doi:10.1016/S0140-6736(07)61693-6
- Black, R. E., Morris, S. S., & Bryce, J. (2003). Child survival I Where and why are 10 million children dying every year? *The Lancet*, 361, 2226–2234.
- Bredow, M. T., & Jackson, a a. (1994a). Community based, effective, low cost approach to the treatment of severe malnutrition in rural Jamaica. *Archives of disease in childhood*, 71(4), 297–303.
- Bredow, M. T., & Jackson, a a. (1994b). Community based, effective, low cost approach to the treatment of severe malnutrition in rural Jamaica. *Archives of disease in childhood*, 71(4), 297–303.
- Calandre, N. (2006). *Pratiques et perception des risques nutritionnels. Les mères face aux malnutritions infantiles au Vietnam*.
- Chamois, S. (2009). Decentralisation of out-patient management of severe malnutrition in Ethiopia. *Field Exchange*. Retrieved December 26, 2012, from <http://fex.enonline.net/36/decentralisation.aspx>
- Cheneval, E., Adam-Poupart, A., & Zayed, J. (2011). La crise alimentaire, le développement durable et les biocarburants: perspectives d'avenir. *Vertigo - la revue électronique en sciences de l'environnement [En ligne]*. Retrieved December 28, 2012, from <http://vertigo.revues.org/10734>
- Ciliberto, M. a, Sandige, H., Ndekha, M. J., Ashorn, P., Briend, A., Ciliberto, H. M., & Manary, M. J. (2005). Comparison of home-based therapy with ready-to-use therapeutic food with standard therapy in the treatment of malnourished Malawian children: a controlled, clinical effectiveness trial. *The American journal of clinical nutrition*, 81(4), 864–70.
- Collins, S. (2001). Changing the way we address severe malnutrition during famine. *Lancet*, 358(9280), 498–501. doi:10.1016/S0140-6736(01)05630-6
- Collins, Steve. (2007a). Treating severe acute malnutrition seriously. *Archives of disease in childhood*, 92(5), 453–61. doi:10.1136/adc.2006.098327

- Collins, Steve. (2007b). Treating severe acute malnutrition seriously. *Archives of disease in childhood*, 92(5), 453–61. doi:10.1136/adc.2006.098327
- Collins, Steve, & Sadler, K. (2002). Outpatient care for severely malnourished children in emergency relief programmes: a retrospective cohort study. *Lancet*, 360(9348), 1824–30. doi:10.1016/S0140-6736(02)11770-3
- Dadang Sukandar, A. K. (2007). perception of mothers and children's participation in the nutritional program. *Jurnal Gizi dan pangan*, 2(2), 26–35.
- De Onís, M., Monteiro, C., Akre, J., & Glugston, G. (1993). The worldwide magnitude of protein-energy malnutrition: an overview from the WHO Global Database on Child Growth. *Bulletin of the World Health Organization*, 71(6), 703–12.
- Deconinck, H., Diene, S., & Bahwere, P. (2010). Review of Community-Based Management of Acute Malnutrition Implementation in Burkina Faso.
- FAO. (1996). Déclaration de Rome sur la sécurité alimentaire mondiale. Retrieved November 16, 2012, from <http://www.fao.org/docrep/003/w3613f/w3613f00.htm>
- Faubert, É. (2011). 28. la malnutrition dans les pays africains ou les limites structurelles des politiques de santé. in *Dominique Kerouedan ,Sante internationale* (pp. 377–385). Presse de sciences Po "hors collection."
- Grobler-tanner, C., & Collins, S. (2004). Community Therapeutic Care (CTC): A new approach to managing acute malnutrition in emergencies and beyond. *Food and Nutrition Technical Assistance Project, Academy for Educational Development*, 2003(February), 498–501.
- Gubbels, P. (2011). *Échapper au cycle de la faim Les chemins de la résilience au Sahel Remerciements* (p. 124).
- HKI. (2006). Community-based management of acute malnutrition (CMAM). Retrieved from [http://www.hki.org/research/HKI CMAM Program Approach 6 16 09.pdf](http://www.hki.org/research/HKI_CMAM_Program_Approach_6_16_09.pdf)
- Jaffré, Y. (1996). Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger. In: *Sciences sociales et santé*, 14(1), 41–71.
- Koné, M. (2008). ménages et malnutrition infantile dans la région de Madarounfa. *Afrique Contemporaine*, 225(1), 161–197.
- Lartey, A. (2008). Maternal and child nutrition in Sub-Saharan Africa: challenges and interventions. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 67(1), 105–8. doi:10.1017/S0029665108006083
- Lisa C. Smith et Lawrence Haddad. (2000). Vaincre la malnutrition infantile dans les pays en développement: Réalisations passées et choix futurs. *Vision 2020*. Retrieved January 13, 2013, from <http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/vbf64.pdf>
- Massamba, J., Gami, N., & Treche, S. (1996). Croyances et perceptions de la malnutrition chez les Teke Kukuya des plateaux du Congo. In ORSTOM (Ed.), *Froment A. , Garine I., Binam Bikoi C.,*

Loung J.F. *Bien manger et bien vivre: anthropologie alimentaire et développement en Afrique intertropicale: du biologique au social* (Harmattan., pp. 443–446). Paris.

Ministere de la santé Tchad, Unicef, Pam, & OMS. (2011). *Protocol National de la prise en charge de la malnutrition aigue* (p. 85).

OMS. (1978). Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Retrieved December 28, 2012, from http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

OMS. (2000). *La prise en charge de la malnutrition sévère: Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement* (p. 72).

OMS. (2011). *Statistiques Sanitaires Mondiales 2011* (p. 170).

OMS, Unicef, PAM, & CNSNU. (2007). Prise en charge communautaire de la malnutrition aigue sévère: Déclaration commune de l'Organisation mondiale de la Santé, du Programme alimentaire mondial, du Comité permanent de la nutrition du Système des Nations Unies et du Fonds des Nations Unies pou. Retrieved December 28, 2012, from http://www.who.int/nutrition/topics/Statement_community_based_man_sev_acute_mal_fre.pdf

Perrot, J., Roodenbeke, E. de, Musango, L., & Fritsche, G. (2010). L'incitation à la performance des prestataires de services de santé. GENEVA.

Programme Alimentaire Mondial. (2011). *Evaluation de la Sécurité Alimentaire des Ménages dans la Bande Sahélienne Ouest du Tchad* (p. 79).

Rice, A. L., Sacco, L., Hyder, A., & Black, R. E. (2001). La malnutrition: cause sous-jacente des décès de l'enfant par maladies infectieuses dans les pays en de développement. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé Recueil d'articles N°4*, 97–110.

Roger-Petitjean, M. (1996). Représentations populaires de la malnutrition au Burkina Faso. *In Sciences sociales et santé*, 14(1), 17–40. doi:10.3406/sosan.1996.1351

Roy, S. K., Rahman, M. M., Mitra, A. K., Ali, M., Alam, A. N., & Akbar, M. S. (1993). Can mothers identify malnutrition in their children? *Health Policy and Planning*, 8(2), 143–149.

Unicef. (2006). Malnutrition. Retrieved February 20, 2013, from <http://www.unicef.org/french/progressforchildren/2006n4/malnutritiondefinition.html>

Liste des tableaux

Table 1 : Grille d'analyse des interviews.....	22
Table 2 : Satisfaction des mères au niveau CNTC	36
Table 3 : Satisfaction des mères au niveau CNA.....	36

Table des figures

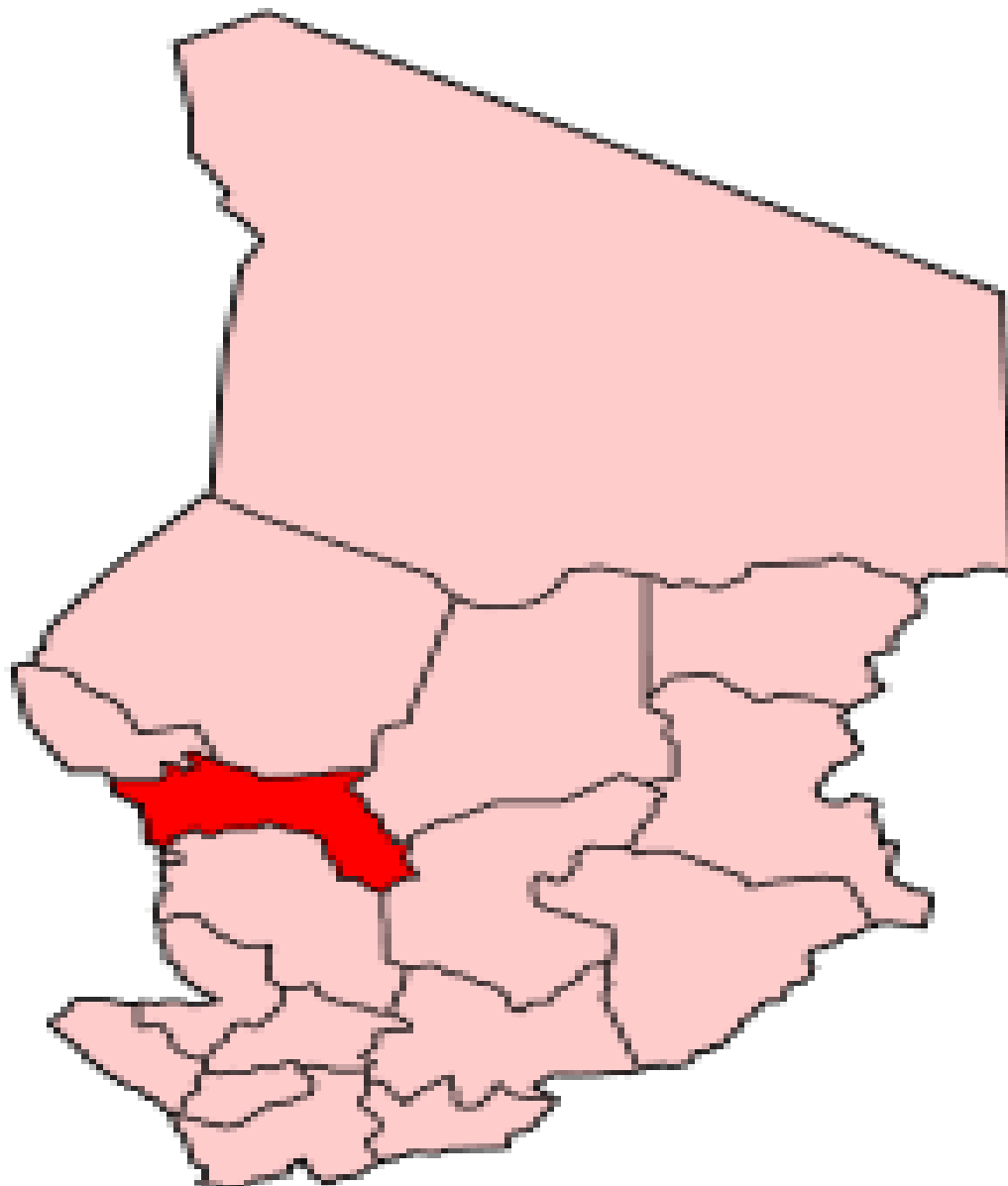
Figure 1: Cadre conceptuel en nutrition publique	12
Figure 2: Approche d'intervention de Médecins Sans Frontières-Suisse dans le district sanitaire de Massakory-Tchad.	17
Figure 3: Composantes de base du Prise en Charge de la Malnutrition Aigue	20
Figure 4: Représentation sociale de la malnutrition par la population du district sanitaire de Massakory	27

Liste des annexes

Annexe 1: Carte du Tchad : En rouge la région de Hadjer Lamis	III
Annexe 2 : Liste de matériels dans un magasin de CNTC.....	IV
Annexe 3 : Guide d'entretiens semi-structurés auprès des parents des enfants	V
Annexe 4: Fiche de référence du CNTC vers le Centre de santé pour visite médicale.....	VI
Annexe 5: Coupon de reference CNTC Vs CNA.....	VII
Annexe 6: Carte de la zone de responsabilité de Kamerom	VII
Annexe 7: Carte de la zone de responsabilité de Tourba	VIII

ANNEXES

Annexe 1: Carte du Tchad : En rouge la région de Hadjer Lamis



Source : http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Chad-Hadjer-Lamis_region.png

Annexe 2 : Liste de matériels dans un magasin de CNTC

- Table
- Chaise
- Natte
- Carafe d'eau + gobelet + sucre
- Classeur pour fiches individuelles des enfants suivi au magasin
- Fiches individuelles pour les enfants
- Cahier de gestion du PPN
- Fiche de stock pour le PPN
- PPN
- Palettes
- Sac a dos
- Bâton avec centimètres
- Cahier de dépistage
- Cahier d'enregistrement des enfants à envoi au CDS
- Coupons d'enregistrement pour le CDS
- MUAC
- Classeur rigide pour le MUAC
- Bic noire
- Crayon et gomme

Annexe 3 : Guide d'entretiens semi-structurés auprès des parents des enfants

Guide pour entretiens semi-structurés auprès des parents des enfants pris en charge pour MAS au CNTA et CNTC : Massakory/Tchad

I. Présentation de MSF et de l'enquête

- Bienvenue.
- Présentation de l'enquêteur, du traducteur et des objectifs de l'enquête et de l'entretien.
- Rappel des principes de l'entretien.

II. Information générale à récolter sur l'enquêtée

- Site
- Tranche d'âge

III. Connaissance sur la malnutrition

- Pour vous, qu'est ce que la malnutrition ? Comment on l'appelle dans votre langue ?
- Qu'est ce qui cause la malnutrition ?
- Comment reconnaissez-vous un enfant malnutri ?
- Comment peut-on soigner la malnutrition ?
- Quel est le meilleur traitement selon vous ? Et le moins bon ?
- Y a-t-il des aliments qui sont déconseillés pour les enfants chez vous ici et qui seraient la cause de la malnutrition ?
- Si oui, lesquels ?
- Est-ce que quelqu'un vous a déjà parlé du problème de malnutrition chez les enfants ?
- Si oui : Qui vous a parlé ? Où ? De quoi vous a t on parlé ?

IV. Perception de la prise en charge de la malnutrition par la population bénéficiaire

- Comment êtes-vous entré en contact avec l'AC ?
- Vous avez eu un de vos enfants traité pour MAS n'est ce pas ?

- Où a-t-il été traité/suivi ?
- Pourquoi acceptez vous d'aller chez l'AC/ Centre de santé ?
- Comment avez-vous su qu'il y avait un traitement prêt de chez vous ?
- Comment avez vous été reçu ?
- Etes vous satisfaite de la prise en charge de la malnutrition chez l'AC/ Centre de santé ?
- Sur une échelle de 1 à 5, quelle note donnez-vous sur les explications reçus au cours du traitement ?
 - Explication concernant le traitement
 - Explication concernant ce que l'enfant a
 - Explication concernant le fonctionnement du centre

NB : De 1 à 2 : Pas satisfaite. De 3 à 4 : Acceptable. 5 : Excellent

- Pensez vous qu'il y dans votre village des personnes qui sont contre le programme de prise en charge de la malnutrition chez l'AC et au CDS ou qui peuvent décourager les mères à venir avec leurs enfants?
- Qu'est ce que vous appréciez dans le fait de venir soigner votre enfant chez l'AC ou au centre de santé ?
- Soigner votre enfant malnutri tout prêt de chez vous a changé quoi pour vous ?
- Vous arrive t-il de demander conseils à l'AC sur un autre problème de santé ?
- En dehors des rendez-vous avec l'AC, si votre enfant est malade, qui allez vous voir ?
- Qu'est ce qui vous motive à amener votre enfant chez l'AC ?
- Etes-vous contente de la prestation ? Sinon quelles sont les raisons ?
- Connaissez vous les mamans qui ont eu leurs enfants guéris chez AC et/ou au CDS ? Vous parlent-elles de leurs expériences ?

V.

Conclusion

- Avez-vous quelque chose à ajouter ou des questions à poser ?
- Remerciements

Annexe 4: Fiche de référence du CNTC vers le Centre de santé pour visite médicale

Fiche de référence au centre de santé pour visite médicale الورقة إشارة إلى المركز الصحي لزيارة طبية										Visite au centre de santé زيارة المركز الصحي									
Nom de l'enfant / اسم الطفل					Magasin					Date / تاريخ									
Nom de la mère / اسم الأم										Numero d'enregistrement تسجيل رقم					Anamnese:				
Age / عمر			Sexe / جنس												Observations et examen clinique:				
Village d'origine / قرية المنشأ																			
Telephone / هاتف					Admission / قبول					Diagnostic et CAT:									
Date / تاريخ					Date / تاريخ														
CEdèmes / وئمة					MUAC														
MUAC					Date / تاريخ														
130																			
128																			
126																			
124																			
122																			
120																			
118																			
116																			
114																			
112																			
110																			
108																			
106																			
104																			
102																			
100																			
98																			
96																			
Référence au CDS / إشارة إلى المركز الصحي																			
Date / تاريخ		CEdèmes / وئمة		MUAC		Appetit / شهية		Fièvre / حمى		Toux / سعال		Diarrhée / إسهال		Vomité / قيء		Observations / ملاحظات			
Nombre de sachets de PPN reçu au magasin pour la référence au CDS / تلقى عدد من الحزم في / إلى المركز الصحي PPN المشترى لتكون مرجعا																			
										Suivi:									
										<input type="text"/> RDV au magasin le jour:									
										<input type="text"/> RDV au centre de santé le jour* :									
										<input type="text"/> Transfert au CNTH									

* dans le cas de RDV de control au CDS il faut enregistrer la visite de suivi sur la fiche individuelle de l'enfant

Annexe 5: Coupon de reference CNTC Vs CNA

Nom de l'enfant / اذط فل اسم :
Village / ذيرق :
Jour de dépistage / الاذ تبار يوم :
MUAC :
Signature AC / ليكول اذمت جمل اىل ع عيق وتلا :

CDS / يحصل اذك رمل ا :
Nom de l'enfant / اذط فل اسم :
Village / ذيرق :
MUAC :
Jour de RDV au magasin / زنمذ اذى اذ تذي ين تاريخ :
Signature infirmier CDS / اذ توفق يع ممرضة :

Annexe 6: Carte de la zone de responsabilité de Kamerom

