

## Des cliniques mobiles comme stratégie de lutte contre la malnutrition dans les zones d'accès difficiles au Tchad : cas de la région de Wadi Fira

*Dahab Manoufi est économiste et dirige l'ONG Bureau d'Appui Santé et Environnement, Tchad*

*Dr Hervé Oufalba Mounone est médecin et coordonnateur du Bureau d'Appui Santé et Environnement, Tchad*

Le Tchad, comme la plupart des pays de la bande sahélienne de l'Afrique, connaît un taux de malnutrition aigüe globale qui dépasse régulièrement le seuil d'urgence de 15% pour l'ensemble du pays. Le taux de malnutrition chronique qui était d'environ 30% au début des années 2000 est maintenant autour de 40%. Ceci est encore plus marqué dans les populations vivant dans des zones d'accès difficile comme la région de Wadi Fira située à l'extrême Est du Tchad. Le taux de malnutrition aigüe globale y était de 24,4 % en 2010, dont 17,4 % de MAM et 7,4% de MAS (1).

Bien que les causes de la malnutrition soient multiples, la faible densité des populations, les longues distances qui séparent les villages des structures de santé, l'insuffisance du personnel en quantité et qualité sont des principaux facteurs qui entravent l'accès des communautés aux services de santé. Il faut signaler aussi que la mobilité est limitée pour ces personnes d'une extrême pauvreté, occupées à chercher des moyens de subsistance immédiats, et où les femmes manquent de pouvoir décisionnel.

C'est dans ce contexte que l'ONG BASE, qui intervient dans cette région depuis 2006, a initié une action dénommée « Intervention nutritionnelle et Santé communautaire » en 2011. La stratégie de mise en place de cliniques mobiles avait pour objectif d'atteindre les populations qui ne bénéficiaient pas des services. Avec l'appui financier de l'Unicef et du PAM, ce projet, initialement prévu pour une année, a été renouvelé à deux reprises et a couvert les 3 districts de la région jusqu'en décembre 2014.



### Organisation de l'action autour des cliniques mobiles

L'action est menée prioritairement dans les villages se situant à plus de 5 km d'un centre de santé et difficilement accessibles en raison des moyens limités ou du relief.

Six équipes mobiles, réparties dans les 3 districts sanitaires, ont été constituées; chacune est composée de deux infirmiers, d'une sage-femme et de deux agents mesureurs. Ces

équipes appuient les infirmiers responsables des centres de santé dans 47 sites.

Parmi le paquet d'activités de l'équipe mobile, le dépistage de la malnutrition permet de détecter et de référer les cas de malnutrition aigüe sévère avec complications médicales vers les unités nutritionnelles thérapeutiques (UNT) dans les hôpitaux des districts de Biltine et d'Iriba. Le transport de ces enfants est assuré par les véhicules des cliniques mobiles aussi bien pour les références que le retour au domicile après la guérison.

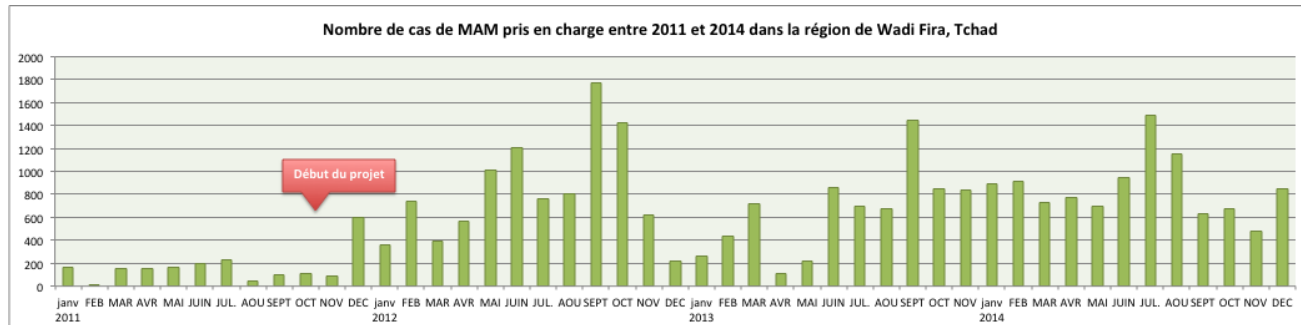
Les communautés des zones du projet sont impliquées à travers des relais communautaires, 4 à 6 relais selon les villages, qui appuient le dépistage, recherchent les perdus de vue et surveillent à domicile les enfants ne prenant pas de poids. Ils assistent aussi les infirmiers et l'animateur en matière de sensibilisation pour des pratiques familiales essentielles.

personnel du projet, assure une supervision formative dans tous les centres de santé et veille au respect du protocole national de prise en charge de la malnutrition. Il est aussi assisté par un assistant administratif en charge de la gestion administrative et financière du projet.

### Des résultats encourageants

La mise en place des équipes mobiles à partir du dernier trimestre 2011 a permis d'accroître considérablement le nombre d'enfants pris en charge, comme le montre le graphique ci-dessous (Figure 1). D'environ 2.000 enfants pris en charge annuellement en 2011, ils ont été plus de 10.000 en 2014. La couverture des services, estimée aux alentours de 20% en 2011, est passée à près de 70% en 2012 et 80% en 2014.

La baisse du nombre d'enfants en avril et mai 2013 correspond à une période d'arrêt des équipes mobiles entre 2 phases de financement.

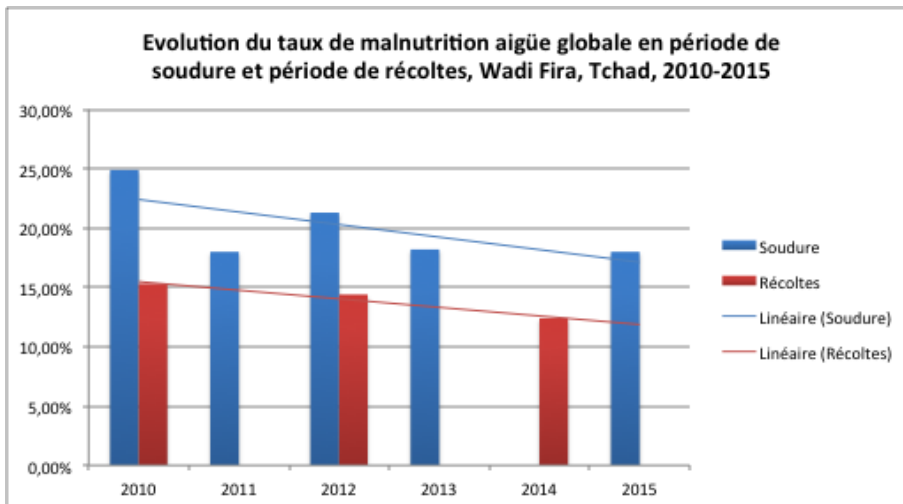


Au niveau des directions des Districts Sanitaires, un infirmier superviseur et un animateur assurent, sous la responsabilité de l'Equipe Cadre de District, la logistique, le suivi et la compilation de données relatives aux activités des équipes mobiles conformément au plan trimestriel conjoint de mise en œuvre.

La mise en œuvre de l'action est placée sous la responsabilité d'un médecin chef de projet et est basée dans le chef-lieu de la délégation sanitaire régionale. Il est assisté par un nutritionniste qui assure la formation de tout le

Le taux de malnutrition aigüe globale était de 24,9% en 2010, avant la mise en œuvre de l'action. Bien que le taux remonte en 2015, soit une année après le terme de l'action, les tendances sont à la baisse autant pour les données collectées en saison de récolte qu'en saison de soudure (3,4).

Sur le terrain, ce projet a montré des résultats remarquables en termes de capacités de résilience des ménages et d'impact sur la santé des populations. Il a permis d'accroître le nombre



d'enfants pris en charge et de contribuer ainsi à sauver des vies.

L'implication des communautés, la prise en charge du transport des enfants référés (avec leur accompagnant), à l'aller et au retour, et l'assistance alimentaire sont autant de facteurs qui ont aidé les mères à accepter le référen-

ment de leur enfant vers les hôpitaux. En revanche, le coût de mise en œuvre, la non-intégration de la PCIMA dans le paquet minimum d'activités et la non-maitrise du circuit d'approvisionnement des intrants limitent la mise à l'échelle par les autorités sanitaires d'une telle approche.

Bien que ce projet ait permis de soigner des enfants déjà atteints de malnutrition, il ne s'est pas axé sur les actions préventives qui auraient permis d'améliorer encore la résilience des familles et de diminuer encore plus la prévalence de la malnutrition aigüe. La malnutrition est en effet encore trop perçue comme un phénomène conjoncturel.



### Bibliographie

1. INSEED, Enquête Nutritionnelle, 2010.
2. BASE, Rapport d'activités 2011, 2012, 2013 et 2014.
3. UNICEF, Rapport préliminaire de l'enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective, 2010.
4. UNICEF, Rapport enquête nutritionnelle Sahel, 2014.