



La prise en charge médicale des enfants souffrants de la Malnutrition Aigües Sévère (MAS) dans la ville de N'Djaména : une analyse des inégalités d'accès aux soins

*1 DJIMOUKO Sabine, djimouabine@gamil.com (MA) Université de N'Djaména (Tchad)

**AZIAN Déhalé Donacien : aziandonacien@gmail.com Université d'Abomey Calavi (Benin)

***Ange Wala enquêteur : angewalagabriel@gmail.com étudiant à l'Université de N'Djaména Tchad)

****Tchoubeubé Zepelin tchoubeubezepelin@gmail.com, étudiant à l'université de Ngaoundéré

Résumé

Le présent article porte sur la problématique d'accès des personnes démunies à la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère dans la ville de N'Djaména. Il traite d'accès des personnes démunies à la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère dans la ville de N'Djaména. Cette recherche a pour objectifs d'analyser la disponibilité des services essentiels de prise en charge de la Malnutrition Aigüe Sévère (MAS) dans la ville de N'Djaména. L'enquête par questionnaire a été conduite auprès de 132 mères accompagnatrices dont les enfants ont été diagnostiqués souffrants de la MAS. Les données ont été saisies sous le Logiciel Epidata3.1 et traitées à l'aide du logiciel SPSS version 20 et QGIS 3.6. Ces données ont fait l'objet d'une analyse descriptive et spatiale. Le parcours pour atteindre une structure de meilleure prise en charge et les capacités financières des personnes démunies a été analysé en termes d'accessibilité géographique en prenant en compte des paramètres sociaux tels que le statut socio professionnel des parents. Selon l'OMS, les structures de soins accessibles sont celles implantées dans un rayon de 0 à 5km et atteignable à au plus 2h de marche. Ainsi, il ressort que la proportion de personnes démunies habitant dans un rayon n'excédant pas 5km est 27,3% contre 72,7 qui parcourent plus de 5km et 10 km. Il est aussi important de ressortir la particularité de 25% des patients qui parcourent plus de 10 km pour atteindre une structure. Elles habitent les quartiers périphériques. En dehors de la distance, un autre facteur, non négligeable, notamment le statut socioprofessionnel des parents exacerbe les inégalités de chances dans la prise en charge de la MAS. La planification sanitaire doit prendre en compte les conditions d'accès aux soins des personnes démunies pour une prise en charge effective.

Mots clés : Malnutrition aigüe, prise en charge médicale, accessibilité aux services de santé, 9^{ème} arrondissement, N'Djaména-Tchad.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.14677395>

This article focuses on the problem of access of poor people to the management of severe acute malnutrition in the city of N'Djamena. It deals with access of poor people to the management of severe acute malnutrition in the city of N'Djamena. This research aims to analyze the availability of essential services for the management of Severe Acute Malnutrition (SAM) in the city of N'Djamena. The questionnaire survey was conducted among 132 accompanying mothers whose children were diagnosed with SAM. The data were entered using Epidata3.1 software and processed using SPSS version 20 and QGIS 3.6 software. These data were subject to descriptive and spatial analysis. The path to reach a better care structure and the financial capacities of the destitute people was analyzed in terms of geographical accessibility by taking into account social parameters such as the socio-professional status of the parents. According to the WHO, accessible care structures are those located within a radius of 0 to 5 km and reachable in a maximum of 2 hours of walking. Thus, it appears that the proportion of destitute people living near care centers, that is to say, within a radius not exceeding 5 km is 27.3%. 72.7 travel more than 5 km and 10 km while 25% of accompanying mothers travel more than 10 km to reach a structure. Apart from the distance, another factor such as the socio-professional status of the parents exacerbates the inequalities of opportunity in the management of SAM. Health planning must take into account the conditions of access to care for destitute people.

Keywords: Acute malnutrition, medical care, accessibility to health services, 9th district, N'Djamena-Chad.

1. Introduction/problématique

Selon New York time du 6 juin 2024, plus d'un milliard de personnes n'arrivent pas à se nourrir normalement. à l'échelle mondiale et 181 Millions de personnes, soit ¼ enfants de moins de cinq ans, soit 30% vivent dans une situation de pauvreté alimentaire sévère. Cette situation n'est pas sans conséquence, c'est ainsi que chaque minute, environ dix enfants malnutris meurent, soit près de cinq millions chaque année. Le nombre d'africains souffrant de sous-alimentation est passé de 100 000 000 dans les années 1960 et à 200 000 000 en 1995¹. En Afrique, la MAS constitue un problème global. Le phénomène touche les milieux ruraux mais aussi les villes. Aujourd'hui en Afrique, c'est près de 282 millions de personnes soit environs 20% de la population qui souffrent de sous-alimentation, soit une augmentation de 57 millions de personnes depuis le début de la pandémie du COVID-19. D'après les estimations, l'Afrique sera incapable de nourrir 60% de sa population d'ici 2025. Le Tchad n'est pas du reste : selon CILS (2024), sur 17,4 millions de la population tchadienne, 4,1 millions sont fortement touchés par l'insécurité alimentaire. Selon les dernières données du cadre harmonisé, au moins un sur trois enfants souffre de malnutrition les enfants de 0-5ans sont les plus touchés².

D'après la littérature, les facteurs contributifs à la malnutrition sont les catastrophes naturelles, les conflits, la dégradation des terres arables, mauvaise gestion des ressources naturelles

¹ <https://www.un.org> du 08/12/2024

² <https://perspective.usherbrook.ca> du 13/12/2024

notamment, la diminution de la production agricole dans le sahel, qui a entraîné une augmentation du nombre de personnes migrant des zones rurales vers les zones urbaines (Hassan Moussa et Dina Haroun, 2018). D'autres facteurs pourraient expliquer ces taux élevés de malnutrition, i s'agit de la mauvaise condition de vie en termes de manque d'aliments de qualité et d'hygiènes peut expliquer ce phénomène qui s'observe largement dans les villes africaines. Pour ce qui concerne le Tchad, il faudrait ajouter également la menace des Boko Haram etc). Selon le rapport du Cadre de Classification de la sécurité alimentaire (2023-2024) il faut aussi ajouter le manque d'aliment adéquat, les maladies liées à la qualité de l'environnement, les soins inadéquats aux enfants et l'insuffisance des services de santé. Le système d'information sur la sécurité alimentaire et d'alerte précoce SISSAP (2022) du Ministère du développement agricole avait montré que plus de 2,1millions des personnes sont en insécurité alimentaire et nutritionnelle au Tchad et que 100 000 sont à une phase sévère qui augmente de prêt de 40 000 enfants de moins de 5 ans.

Dans la ville de N'Djamena capitale tchadienne, chaque année, des nombres de plus en plus croissants d'enfants malnutris sont enregistrés par les services compétents (en moyenne 44 enfants malnutris sont enregistrés chaque jour, soit 16.060 enfants malnutris par an, dans les unités de prise en charge) (Hassan Moussa et Dina Haroun, 2018). De 2018 à 2022, 4329 enfants malnutris ont été enregistrés au CHU-ME³. Par contre, en deux années seulement (2018 et 2019), 5987 enfants malnutris ont été enregistrés à l'HNDA⁴.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2023), le taux d'utilisation d'un service de santé par une population doit être en moyenne de 0,7% par an. Mais compte tenu de la fragilité de ce système de santé tchadien, ce taux reste encore faible au niveau national (0,35%), contre 0,34% à N'Djamena. A cet effet, Sitou A. (2008) disait que l'accessibilité conditionne la meilleure santé des personnes démunies (Huguette.B-P et Chantal Sibue-DeCaigny p 1). C'est pourquoi, les interrogations qui retiennent notre attention et animent notre réflexion sont les suivantes :

Question principale : la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère est-elle réellement accessible aux personnes démunies dans la ville de N'Djamena ? De cette question principale découlent les questions secondaires.

De façon spécifique, on veut savoir :

Quel est l'état des lieux de la MAS dans la ville de N'Djamena ?

³ CHU-ME, Rapport annuel sur l'admission à l'UNT, 2018-2022.

⁴ HNDA, Rapport annuel sur l'admission à l'UNT, 2018-2019.

Quels sont les facteurs qui influencent l'accessibilité à une prise en charge de la MAS dans la ville de N'Djamena ?

Objectif principal de cette recherche est :

- Analyser la disponibilité des services essentiels de prise en charge des MAS dans la ville de N'Djamena ;

Spécifiquement, il s'agit de :

- Mesurer l'accessibilité des services de prise en charge des MAS dans la ville de N'Djamena ;
- Identifier les facteurs qui influencent l'accès à une prise en charge de la MAS dans la ville de N'Djamena

2. Cadre conceptuel et méthodologique

2.1. Cadre conceptuel

La prise en charge de la malnutrition est un concept qui ne peut être séparé de la question d'accessibilité aux soins. Il est important définir le concept de prise en charge de la Malnutrition Aigues Sévère (MAS) afin de mieux élucider notre sujet. Ainsi, la prise en charge de la MAS (UNICEF, 2023) est liée à l'utilisation des services compétentes, donc à un accès effectif de soins par les personnes souffrant de la malnutrition. Les populations les plus vulnérables, sont souvent issues de milieux défavorisés. L'accès aux services de prise en charge est essentiel pour réduire les inégalités en matière de santé (C. Sophie, 2022). Elles doivent avoir accès à des services de santé de qualité. Cela inclut l'accès aux soins de santé de base, à la nutrition, et aux services de soutien social. En éliminant les barrières à l'accès, on peut favoriser une prise en charge plus équitable de la malnutrition. Une approche multisectorielle qui intègre l'accès aux soins avec d'autres services essentiels peut renforcer la lutte contre la MAS. Cela nécessite une coordination entre les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'agriculture pour garantir des résultats durables. En améliorant la prise en charge de la MAS, le pays peut réduire ces coûts et favoriser un développement économique plus durable. Ainsi, l'engagement de plus en plus fort des décideurs politiques s'est concrétisé dans certains pays par le dégagement d'une ligne budgétaire pour financer la PECMAS. Cependant, elle présente aussi des faiblesses car, bien qu'elle soit intégrée dans le système de santé à des degrés plus ou moins différents suivant les pays, la PECMAS comporte des lacunes relevées à différents niveaux du système de santé, surtout la question d'accès.

Ce travail s'inscrit dans la recherche des solutions aux inégalités d'accès aux soins à l'aide des outils géographiques pour une meilleure prise en charge de la MAS. Afin d'obtenir des résultats crédibles, une méthodologie rigoureuse est mise place.

2.2. Approche methodologique

Deux enquêtes ont été menées à l'aide d'un questionnaire auprès de 132 mères des enfants souffrants de malnutrition aiguë sévère dont l'âge varie entre 6 à 59 mois, vivants dans la ville de N'Djamena. L'âge minimum retenu pour les mères que nous avons interrogées est de 18 ans.

Le choix de l'échantillonnage était systématique à partir de la formule 1 à N (soit $N=1320$). La taille « n » de l'échantillon était sélectionnée pour la population de patients à enquêter en utilisant la formule suivante : $i = N/n$

N représente la population totale ;

n est la taille de l'échantillon ;

et **i** l'intervalle d'échantillonnage ou le pas de sondage.

En divisant la population cible par la taille de notre échantillon, nous obtenons alors $i=1320/132= 10$. Nous retenons alors 10 comme le pas de sondage ou l'intervalle d'échantillonnage.

Les données recueillies ont été spatialisées et analysées. L'**enquête a duré** un mois (du 31 juillet au 31 août 2023). Une base des statistiques médicales a été mise à notre disposition par le personnel des deux structures.

Un entretien avec le personnel et l'observation pendant l'enquête de terrain ont permis de compléter le recueil des données. Le traitement et l'analyse des données a été fait à l'aide des logiciels Word, Excel version 2010, Epidata3.1, SPSS22 et QGis 3.6

3. Cadre géographique

Le CHU-ME couvre une superficie de 15000 mètres carrés et est situé à 15° 02' 76"E et 12° 06' 51"N. Limité : le centre commercial de la star et les villas Etalidine au Sud-Est par l'ex Ministère des Affaires Etrangères séparé par la Rue Chérif, au Nord par l'avenue Charles de Gaulle qui traverse le grand marché et le marché à mil, et à l'Ouest par l'Avenue Gaourang.

L'hôpital Notre Dame des Apôtres en ce qui le concerne est situé dans le district sud de N'Djamena à 15° 04' 83"E et 12° 05' 60"N. Limité au Nord par la rue 5100m, au Sud par l'Avenue Mobutu, à l'Est par l'avenue Fatimé Kimto et à l'Ouest par l'Avenue du Général Kondol. La population de la zone de responsabilité qui comprend six carrés est de 8089 habitants (informations à vérifier, au début, c'était un centre de sante qui est devenu de nos

jours un hôpital de district). C'est ce qui explique l'affluence des patients, venant de très loin (jusqu'à plus de 150km), hors de sa zone de couverture sanitaire. L'hôpital traite toutes les pathologies. Les plus fréquentes sont le paludisme, les maladies respiratoires, les maladies diarrhéiques et la malnutrition. Les photos 1 et 2 montrent les prises de vue aérienne de ces champs d'étude. Nos deux structures sanitaires (CHU-ME et HNDA) sont situées respectivement dans le deuxième et sixième arrondissement (figure N°1 ci-dessous).

4. Résultats et discussion

4.1. Cartographiques : la géographie des structures de prise en charge de la MAS un facteur des négalités d'accès aux soins.

Les cartes réalisées dans ce travail mettent en exergue les liens entre les lieux de résidence des patients et la malnutrition, puis les inégalités entre les distances parcourues par les patients. Le lien entre l'utilisation des structures de prise en charge des malnutris.e.s et le statut socioprofessionnel des parents et leurs religions a été également fait.

Notre terrain d'étude est limité au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant (CHU-ME) et l'Hôpital Notre Dame des Apôtres précisément au service Nutritionnel Thérapeutique.

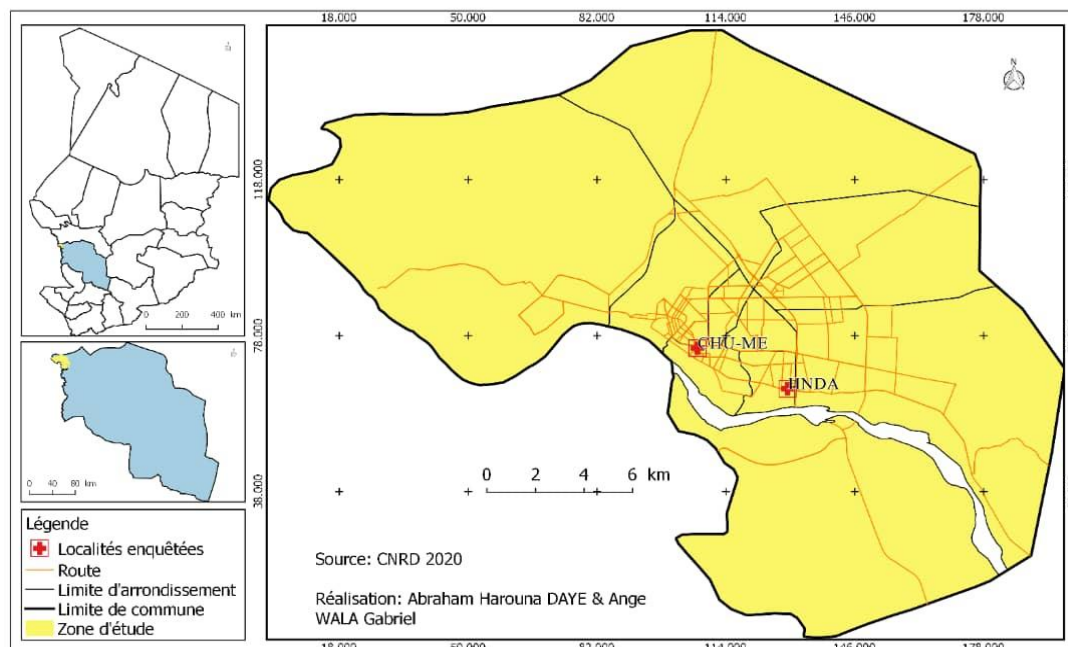


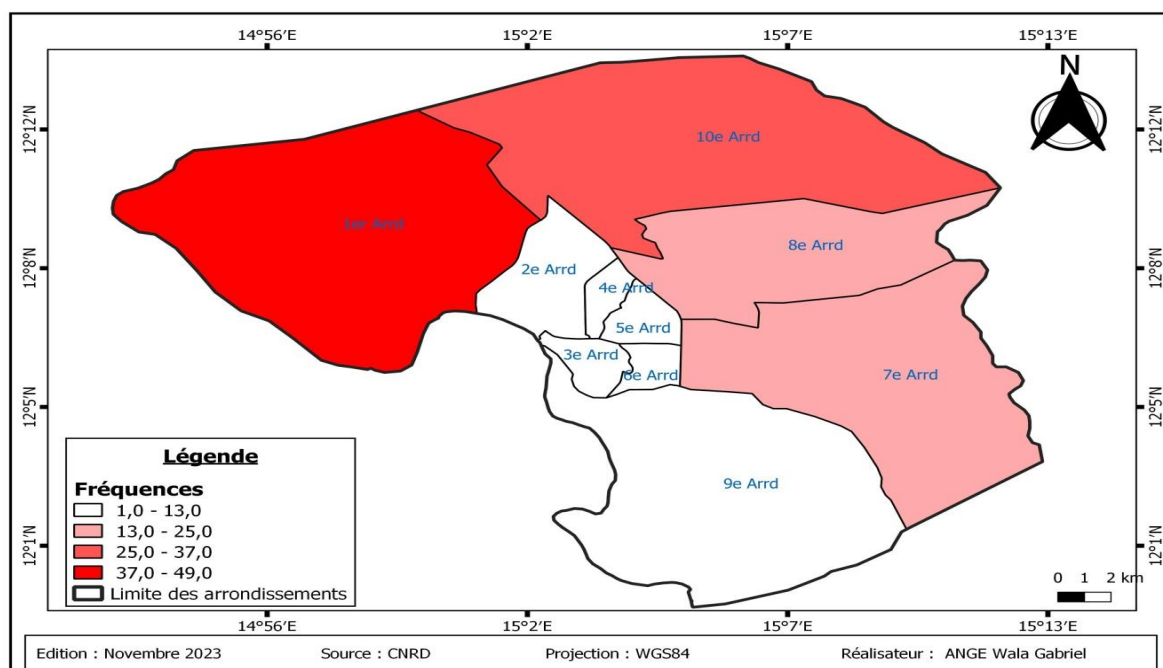
Figure n°1. Localisation de la zone d'étude

La ville de Ndjamená compte dix (10) arrondissements. Elle est située à 12° 06' 59" Nord et 15° 04' 20" Est (N. Ange cité par ABAKAR RAMADANE, 2015), précisément au confluent

des fleuves Chari et Logone. Notre zone d'étude est située aux quartiers Gardolé (CHU-ME) et Chagoua (HNDA) respectivement dans le 2^{ème} et 6^{ème} arrondissement de la capitale, N'Djamena. Toutes les deux structures dédiées à la prise en charge de la MAS se trouvent au cœur de la ville de N'Djamena. Les positions actuelles des structures de prise en charge n'offrent pas aux patients des quartiers périphériques les mêmes égalités de chances d'accès aux soins, donc un accès équitable à la prise en charge de la MAS. Ce résultat nous amène à faire l'état des lieux de la MAS dans la ville de N'Djamena.

4.2. Etat de lieux de la MAS à N'Djamena : Une cartographie de la malnutrition de la ville.

Le décret portant restructuration des arrondissements municipaux dans la ville de N'Djamena est signé le 10 mars 2009 par le Président de la République. Le territoire de cette commune est divisé en dix (10) unités administratives dénommées Arrondissements Municipaux. La figure suivante représente la fréquence des patients enquêtés selon leur commune d'appartenance.

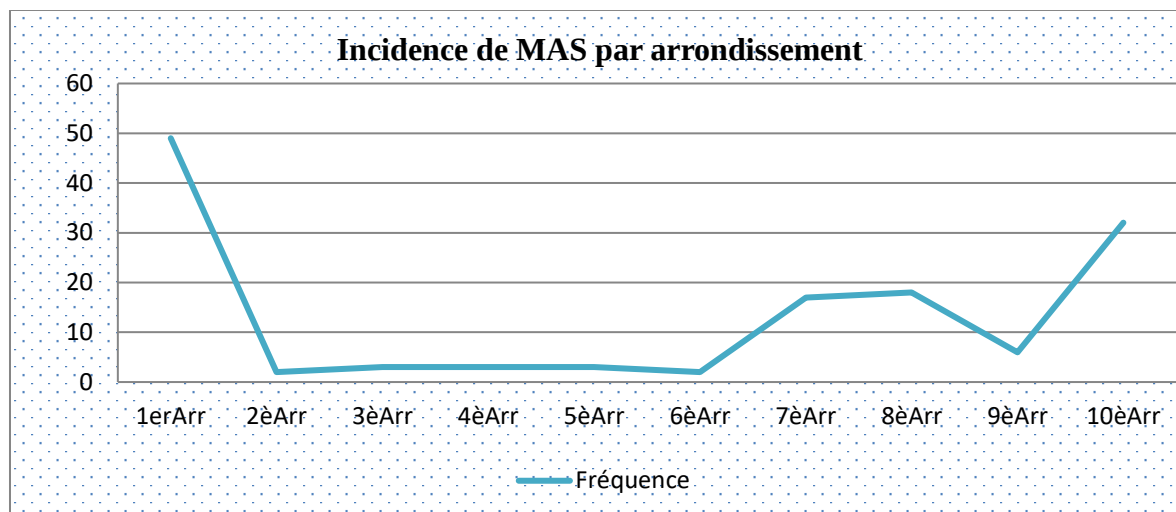


Source : Enquête de terrain

Figure n°2: Des arrondissements les plus touchés

La figure N°2 ci-dessus montre le poids des malnutri.e.s par arrondissement. Ainsi, on peut constater d'abord que la fréquence des enfants souffrant de la MAS est plus élevée au niveau du premier arrondissement (49 cas) et du 10^{ème} arrondissement (32 cas). Ensuite, il se trouve que la majorité des mères sont de confession musulmane et vivant dans un mariage polygamique. Enfin, que la majorité des cas de malnutrition sont issus des ménages à faible revenu. Ces constats sont valables pour les autres arrondissements.

En effet, 4 arrondissements sur 10 cumulent à eux seuls 87,8% des patients (37,1% viennent du premier arrondissement, 24,2% du 10^{ème}, 13,6% du 8^{ème} et 12,9% du 7^{ème}). Cependant, la proportion des patients venant des autres arrondissements est faible. Il s'agit du : 2^{ème} (1,5%), 3^{ème} (2,3%), 4^{ème} (2,3%), 5^{ème} (2,3%), 6^{ème} (1,5%) et 9^{ème} (4,5%) (figure N°3 ci-dessous).

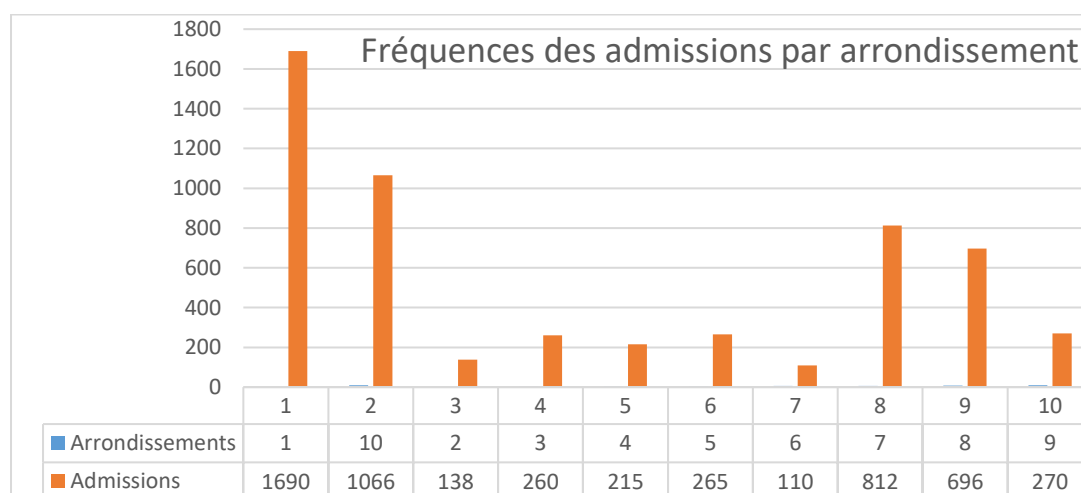


Source : Enquête de terrain

Figure n°3. l'incidence de la MAS par arrondissement

La figure n°4 nous présente l'incidence de la malnutrition aigüe sévère observée dans les différents arrondissements de la ville de N'Djamena entre 2018 et 2022.

Ce résultat n'est pas différent de celui que montrent les statistiques recueillies dans le CHU-ME pendant la période 2018-2022.



Source : UNT de CHU-ME, 2018-2022.

Figure n°4. Répartition des admissions annuelles au CHU-ME

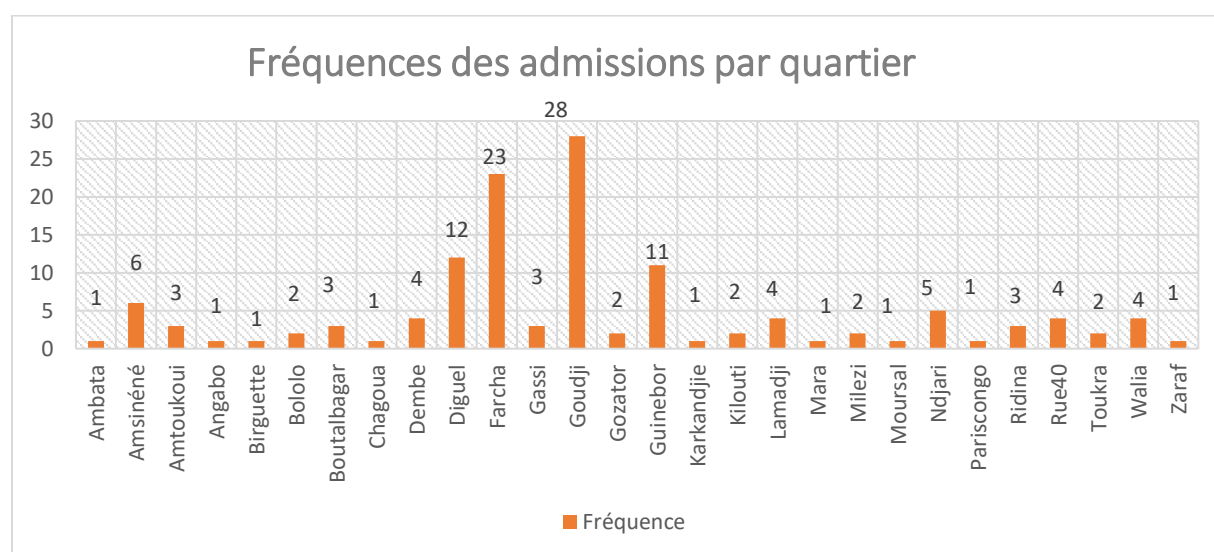
De 2018 à nos jours, le 1^{er} arrondissement reste toujours le plus touché par la MAS au vu des statistiques. Entre 2018 et 2022, l'effectif du 1^{er} arrondissement reste en tête avec 1690 cas,

suivi du 10^{ème} (1066 cas), 7^{ème} (812 cas), 8^{ème} (696 cas), 9^{ème} (270 cas), 5^{ème} (265 cas), 3^{ème} (260 cas), 4^{ème} (215 cas), 2^{ème} (138 cas) et enfin, 6^{ème} avec 110 cas.

Comparativement aux années précédentes, le constat reste presque le même. Cependant, le 8^{ème} arrondissement a grimpé en chiffre en occupant le troisième rang et le 7^{ème} arrondissement revient en quatrième position. Ainsi le phénomène de malnutrition touche particulièrement les quatre arrondissements suscités (figure N°4 ci-dessus).

En considérant la variable âge des enfants, on constate que les tranches d'âge de 13 à 24 mois (66%) sont les plus exposées aux effets de la MAS suivi de ceux âgés de 6 à 12 mois (42%), et au fur et à mesure que l'âge évolue le risque d'exposition est moins élevé notamment chez les tranches d'âge comprises entre 25 à 36 mois (22%) et 37 à 59 mois (2%).

En nous intéressant aux cas graves qui nécessitent une hospitalisation, ce sont les mêmes arrondissements qui se place en tête de liste. La figure ci-dessous est une illustration de cette situation.



Source : Enquête de terrain

Figure N°5. Fréquence des admissions par quartier

Les quartiers tels que Goudji (28 cas), Farcha (23 cas), Diguel (12 cas) et Guinébor (11 cas) ont un taux d'admission élevé. Ceux-ci sont issus des quatre arrondissements les plus touchés (figure n°5 ci-dessus) et sont particulièrement des quartiers périphériques de la ville de N'Djaména (figure n°5). Ils sont situés au Nord de la ville où habite une forte communauté musulmane, conformément à la cartographie de la malnutrition de N'Djaména,

28 quartiers sur 68 sont touchés par la malnutrition dans la ville de N'Djamena. Cet état des lieux étant fait, une analyse du recours aux soins par les patients s'avère nécessaire,

4.3. La distance linéaire comme déterminant de recours aux structures de prise en charge des malnutri.e.s

Selon Djimouko et al, (2018), l'accès aux soins est conditionné par des barrières géographiques, financières et logistiques. Parmi ces barrières, l'éloignement des structures constitue l'une des dimensions de la qualité des soins (B. Sottas et al, 2020). A cet effet, il se révèle comme un défi majeur pour les personnes démunies dans notre contexte. Le tableau qui suit résume les distances estimées par les mères à la recherche des soins pour leurs progénitures.

Tableau n°1 Répartition de distances estimées par les mères

Estimation de la distance parcourue en km	Fréquence	Pourcentage
Moins 1km	1	0,8%
2-3km	10	7,6%
4-5km	25	18,9%
6-7km	27	20,5%
8-9km	36	27,2%
10km et plus	33	25,0%
Total	132	100,0%

Source : Enquête de terrain

Les données du tableau n°7 indiquent les distances estimées par les patients pour atteindre une structure de prise en charge.

4.4. L'accès aux structures de prise en charge de la MAS dans la ville de N'Djamena, quel est le degré des inégalités ?

Selon nos enquêtées les distances parcourues par les patients varient en fonction de pistes empruntées et des saisons. La distance dépend également des moyens de transport, de l'état des routes. Ainsi, lorsque les rues deviennent impraticables en saison pluvieuse, les trajets à parcourir sont longs, car dans certains quartiers il faut nécessairement contourner les rues impraticables. Ce fait régulièrement vécu par les habitants des quartiers Farcha, Amsenéné, Goudji et Lamadji, allonge la distance à 8 km, voire 10 km pour certains patients. Pour les quartiers éloignés comme Gassi, Diguel, Toukra, Ambata etc, mais desservis par des rues praticables, les patients affirment que la distance qui les sépare des deux structures varie entre 7 à 15 km. Les plus rapprochés des deux structures (1-3 km) sont ceux des quartiers Chagoua, Paris-Congo et Walia pour le HNDA, Ridina, Klémate et Sabangali pour le CHU – ME. etc.

Les mères habitants les quartiers centraux bénéficient de la proximité des centres de prise en charge, alors que celles qui habitent les quartiers périphériques sont obligées de parcourir des longues distances, surmonter des obstacles (rues en mauvais état, bouchons etc).

Les mères qui parcourent entre 0 à 5km représentent moins de 30% (plus exactement 27,3%). La même proportion parcourt plus de 9 km avant d'atteindre la structure de prise en charge de leur choix, alors que 25% des mères parcourent au-delà de 10 km avant de trouver une structure de prise en charge. Cette analyse nous montre que l'emplacement actuel des deux structures de prise en charge n'offrent pas la même chance d'accès aux soins à toutes les mères. Elle est à l'origine des inégalités d'accès aux soins. Ainsi, les mères habitants les quartiers périphériques sont doublement pénalisées pour causes de longue distance, perte de temps et coût de déplacement élevé.

Ces données interprétées sont présentées sur la figure ci-dessous

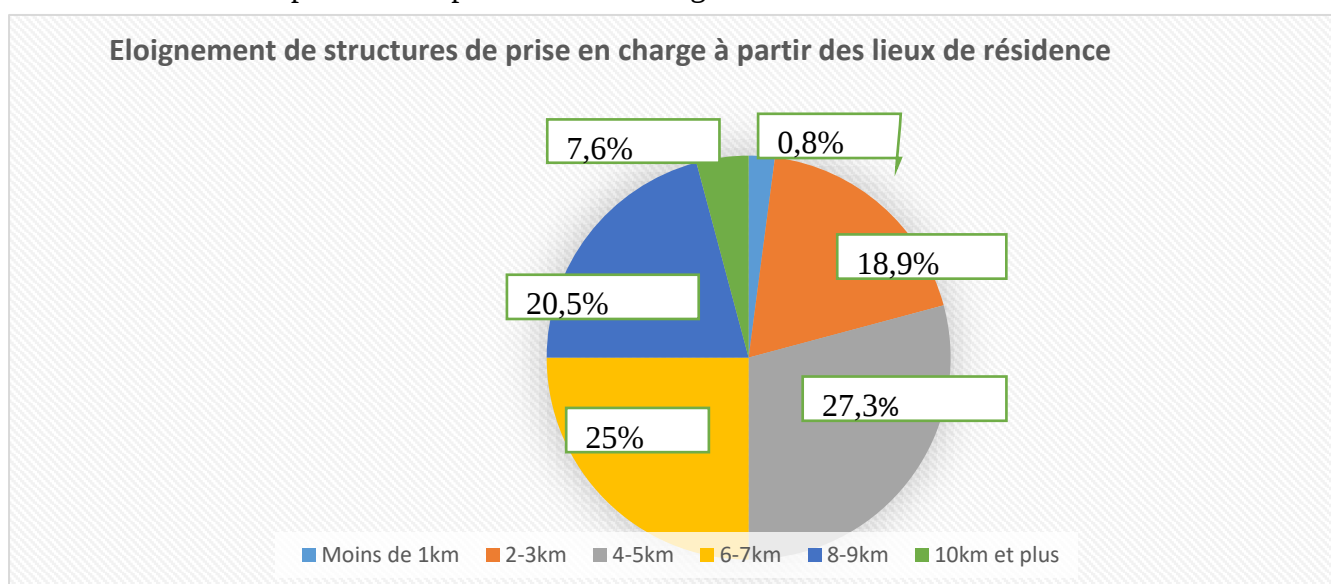


Figure N° 6 : Distances d'accès à la prise en charge selon les lieux de résidence des parents

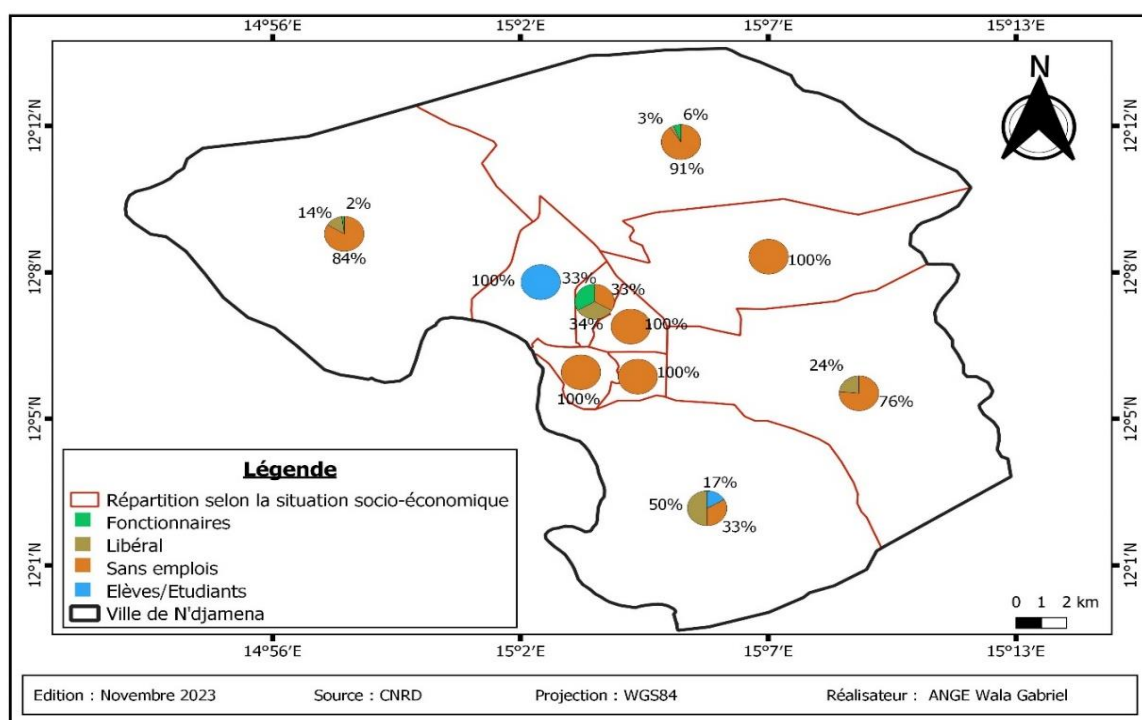
La courbe en vert représente les patients qui parcourent plus de 10 Km de distance et environ plus de deux heures du temps avant d'atteindre une structure de soins. Cette situation serait liée à certains quartiers reculés ou enclavés. Toutefois, même si cette distance parcourue en temps est réelle, le temps mis pour arriver dépend plus des saisons, mais aussi d'autres circonstances comme les embouteillages, l'état des rues, moyens de déplacement etc, ce résultat est semblable à celui de Djimouko (2028) qui estime que l'accessibilité dépend non seulement de la distance, mais aussi d'autres paramètres. Les patients dont la courbe du trajet est en bleu ciel, parcourent environ entre 0 à 1 km pour atteindre une des deux structures et en moins d'une heure. De façon générale, l'implantation actuelle des structures de prise en charge offre à 27,3

(18,9%+0,8%+7,6%) seulement d'accessibilité géographique aux de patients selon les normes de l'OMS⁵. 72,7% des patients souffrant de la MAS ne bénéficient pas de l'accessibilité physique pour leur besoin de prise en charge. Cette situation se présente comme un défi que la gouvernance sanitaire doit relever.

4.5. Le visage socioéconomique de la MAS : statut socioéconomique des parents, un déterminant d'accès à la prise en charge de la MAS.

En considérant les défis associés à la prise en charge de la MAS, il nous paraît important de cartographier les situations socioéconomiques des enquêtées, classées par arrondissement, pour mieux appréhender les inégalités qui peuvent amoindrir

la possibilité d'accès à la prise en charge de la MAS.



Source : Enquête de terrain

Figure n°7: Distribution par arrondissement des situations socioéconomiques

Sur la figure n°7 nous observons la représentation de valeurs de chaque statut socioprofessionnel par arrondissement. Ainsi, les sans-emplois et les libéraux exerçants dans le

⁵ Selon l'OMS, une structure de soin doit être à une distance raisonnable du patient. C'est l'accessibilité physique. Pour qu'une structure de soins soit accessible, il faudrait qu'elle soit implantée à une distance ne dépassant pas 5km et que en cas de besoin, que le déplacement du patient ne dépasse pas deux d'horloge.

secteur informel ayant des revenus précaires sont dominants dans tous les arrondissements sauf le 2^{ème} arrondissement où 100% des parents sont des étudiants et élèves.

Selon les informations recueillies auprès des mères accompagnatrices, 15,2% des pères ou chefs de ménages sont des fonctionnaires, 57,5% exercent des activités libérales avec des revenus assez précaires, 25,8% sont sans emplois et 1,5% seulement sont des salariés du secteur privé (figure ci-dessus). Il apparaît clairement dans cette figure que la malnutrition est un problème du niveau de vie économique des parents, car les enfants victimes de la malnutrition sont ceux issus des familles dont les pères sont pauvres.

Quant aux mères, 87% sont toutes sans emplois ou ménagères au foyer, 11,4% exercent les activités libérales, 0,8% seulement sont des fonctionnaires et 0,8% aussi sont salariées du secteur privé. Le grand nombre des femmes sans emplois ou ménagères peut expliquer leur niveau de précarité financière qui est un élément assez important pour assurer la bonne alimentation des enfants. Il est important de souligner que sur l'ensemble de nos répondants, 68,2% ne sont pas instruites. Par ailleurs, celles ayant un statut libéral passent plus de temps dehors et n'accordent que moins d'attention aux enfants. Les longues absences des mères exposent les enfants aux manques de soins et d'hygiènes qui peuvent ouvrir la porte à des maladies.

Le fait que les parents sans emploi et celles exerçant dans le secteur informel avec des revenus précaires soient très nombreux ouvre le débat de la capacité économique des parents. En effet, 45,45% affirment que le montant dépensé est trop élevé pour les soins compte tenu de leur statut économique. Par contre, 11,36% seulement trouve que ce montant dépensé est acceptable et 43,19% sont pris en charge partiellement.

5. Discussion

Les résultats montrent que la distance parcourue par 72,7% des patients ne respecte pas les normes de l'OMS. Alors que 52,3% croient que l'éloignement des structures de santé pose un sérieux problème de recours aux soins. Les 20,4% de ces patients éloignés n'ont pas évoqué la distance comme un problème majeur. Pour les 47,7%, des enquêtées les services de santé sont atteignables, malheureusement, ce sont les coûts de transport qui posent problème pour celles qui choisissent les structures de santé les moins proches. Ces résultats correspondent à ceux trouvés en RDC par Hardy Z. L. (2020). Pour l'auteur, les effets de la distance sur l'accessibilité aux services de soins de santé sont expliqués par le niveau d'instruction.

La MAS est souvent plus répandue dans les quartiers les plus défavorisés où les conditions de vie sont précaires. Un examen des données épidémiologiques (P. Yacouba, 2018) révèle que les arrondissements avec le plus fort taux de pauvreté sont souvent ceux où la malnutrition est la plus critique. Les facteurs contributifs incluent un accès limité à des aliments nutritifs, des infrastructures sanitaires inadéquats et un manque d'éducation nutritionnelle. Une analyse détaillée des cas de recours aux services de santé par arrondissement montre des disparités significatives. Certains arrondissements les plus touchés par la MAS peuvent afficher aussi des faibles taux de recours aux soins, ce qui peut être attribué à des facteurs socioéconomiques, culturels et géographiques. Il est important d'explorer ces données pour identifier les tendances et les besoins spécifiques à chaque zone. Les résultats trouvés par Maï Gilles-Harold Wilfried et *al.* (2018) en Côte d'Ivoire, montre également que l'accès aux services de santé est déterminé par des facteurs sociodémographiques et économiques. Ainsi, il est démontré que la perception de la distance, le revenu du chef de ménage, la perception du coût, de la taille du ménage, le niveau d'instruction et l'âge des chefs de ménage sont des faits étroitement liés (ECOSIT 4)⁶. 45,45% affirment que le montant dépensé est trop élevé pour les soins compte tenu de leurs situations. Par contre, 11,36% seulement trouve que ce montant dépensé est acceptable et 43,18% étaient exonérés de prix de soins reçus. Martine Audibert et *al.* (2003), après avoir mené une étude sur la prise en charge des personnes démunies démontrent qu'en cas de difficultés de paiement des frais médicaux, 52% des démunis ne bénéficient pas de prise en charge, 37% disent être pris en charge partiellement, 7% reconnaissent être totalement pris en charge et 4% seulement n'ont pas fait des déclarations.

Dans l'ordre d'importance, la prise en charge serait d'abord assurée par les parents et les amis (avis de 27% des interrogées), puis par la communauté (8%), soit directement à travers des structures de bienfaisance (6%). A peine 3% des démunis affirment être pris en charge par le système de santé. Cette prise en charge couvre selon les cas la consultation, l'hospitalisation, les médicaments et le laboratoire (ceci surtout dans le centre confessionnel). Ce qui nous fait penser que les inégalités socioéconomiques peuvent avoir un impact sur la santé des personnes démunies notamment quand la prise en charge est limitée. Les résultats de ECOSIT 4 (page 84) confirment que la plupart des ménages tchadiens comptent sur l'aide de la famille ou des amis en cas de choc.

⁶ <https://documents1.worldbank.org> du 29/12/2024, page 32 et 33

Les résultats montrent aussi que parmi les mères enquêtées, 56,25% sont ménagères, ce qui nous fait penser qu'elles devraient disposer suffisamment du temps pour bien s'occuper de leurs enfants. En effet, être ménagère n'est pas suffisant pour garantir la santé nutritionnelle de l'enfant. Sur 80 mères enquêtées, 58% n'étaient pas instruites, ce qui nous fait penser que l'analphabétisme est un facteur qui contribue à la malnutrition.

Lorsqu'on prend en compte la variable sexe des enfants cibles de notre étude, 56% sont des filles contre 44% de garçons. Ce résultat prouve que les filles sont plus sensibles et affectées par la MAS que les garçons. Une étude menée en 2011 par Abraham MOULNA intitulée « inégalité de prévalence de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans selon le sexe au Tchad » a permis de catégoriser les groupes d'enfants selon les caractéristiques des mères. Il a trouvé que 39,7% de filles contre 38,6 sont d'une taille inférieure à leur taille. Nos données ont aussi révélé que selon les âges, les enfants âgés de 13 à 24 mois sont les plus touchés par la MAS (66%) suivis de ceux âgés de 6 à 12 mois (42%) et à mesure que l'âge évolue le risque d'exposition est moins élevé, prouvant ainsi que les inégalités ne concernent pas que les classes sociales ou les catégories socioprofessionnelles mais aussi le sexe⁷, l'âge etc.

6. Conclusion

Dans la ville de N'Djamena, la population est confrontée au problème de mobilité pour accéder aux services, surtout pour les couches sociales les plus démunies (Brahim V., 2022). La concentration des services dans le centre urbain crée une dépendance et contraint tout le monde à effectuer un mouvement centrifuge dans la ville. A cet, les personnes démunies ont du mal à accéder aux services de santé en raison des contraintes financières. Elles peuvent également être confrontées à des difficultés pour payer les consultations médicales, les médicaments, les examens et les traitements nécessaires. Par conséquent, elles sont moins susceptibles de bénéficier de soins préventifs, de dépistage précoce des maladies et de traitements adéquats, ce qui peut entraîner des problèmes de santé non diagnostiqués ou non traités. Leur exposition à des conditions précaires, l'accès limité à une alimentation saine et à l'eau potable, et des environnements pollués peut augmenter le risque de développer des maladies plus compliquées telles que la malnutrition aiguë sévère, le diabète, le problème respiratoire, les affections gastro-entériques etc. Les frais médicaux, le coût des transports, le manque de ressources financières, démotivent les patients, surtout les démunis à chercher des soins. A partir cette trouvaille on, peut confirmer que les conditions socioéconomiques défavorables affectent la santé tout au long

⁷ https://www.cephed.org/ireda/inventaire/ressources/moulna_2011.pdf

de la vie. En lien avec ce résultat, OMS (2020) note que « *ceux qui sont au plus bas de l'échelle sociale sont au moins deux fois plus exposés au risque de maladie grave ou de décès prématuré que ceux qui sont en haut de l'échelle (OMS, 2000)* ». Pour améliorer la santé, il est important de réduire la précarité de l'emploi et le taux élevé de chômage dans la société tchadienne. Il est également important de mettre en place les unités de prise en charge de MAS dans les tous les centres de santé afin de limiter la souffrance liée aux tracasseries de déplacement.

Références bibliographiques

Abraham MOULNA, 2011, *Les inégalités de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans selon le sexe au Tchad*, Mémoire de Master Professionnel en Démographie, Université de Yaoundé II.

Agbessi Amouzou., Abdoulaye Maïga., Cheikh Mbacké Faye & Samuel Chakwera. (2022). *Utilisation des services de santé pendant la pandémie de COVID-19 en Afrique subsaharienne en 2020 : une évaluation empirique multinationale axée sur les services de santé maternelle, néonatale et infantile.* Global Health 2022 ;7: e008069. doi :10.1136/bmjgh-2021-008069

[Audibert Martine, Mathonnat Jacky et de Rootenbek Eric.](#) (2003). Prise en charge des personnes démunies dans les systèmes de santé. *Revue d'Économie du Développement*, 11(2)

[Beat Sottas](#) et Hardy ZABATANTOU LOUYINDOULA. (2020). Accessibilité aux services de soins dans les zones enclavées. *Études sur la santé mondiale*.

[Delphine Brühlhart, Sarah Brügger et Beat Sottas](#) . (2018). Barrières géographiques et financières dans l'accès aux soins en Afrique. *Journal de Santé Publique*.

DJIMOUKO Sabine, 2008, *Répartition spatiale des établissements de santé en Afrique subsaharienne*, Mémoire de DEA en géographie de la santé, Université de Lomé/Togo 181 pages.

ECOSIT 4, Enquête sur la Consommation du Secteur Informel au Tchad Ministère de la prospection Economique et des Partenariats Internationaux 2019, 184 pages

GALI NGABO Ali, HEWA KOKREO HAMBO et CHETANE ZEGOUBE, 2013, La prise en charge de la malnutrition aigüe sévère avec complications médicales chez les enfants de 6 à 59 mois : cas de l'hôpital Notre Dame des Apôtres de Chagoua, Mémoire de fin de formation en vue de l'obtention du diplôme d'Etat et Sage-Femme Diplômée d'Etat à l'ENASS de N'Djamena.

Hassan Moussa et Haroun, D. (2018). Diminution de la production agricole dans le Sahel et migration vers les zones urbaines. *Rapport sur la sécurité alimentaire au Sahel*.

Hardy ZABATANTOU LOUYINDOULA (2020). Effets de l'accessibilité aux services de soins de santé. *Annales Africaines de Santé*, 10(2), 123-135.

Huguette, Boissonat-Pelsy., & Sibue-DeCaigny, C. (2008). L'accès aux soins en milieu urbain. *Revue de géographie sociale*, 12

ISSA DIARRA, 2015, Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère des enfants de 06 à 59 mois à l'URENI du centre de sante de référence de Koutiala, Thèse de doctorat en médecine, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

JEAN-LUC RICHARD, 2001, Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Bénin), Thèse de doctorat en Géographie de la santé, Université de Neuchâtel, Neuchâtel en France.

JOY RAYNAUD, 2013, L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable, Thèse de doctorat en Géographie et aménagement du territoire, Université Paul Valéry - Montpellier III. Disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00967067>. Consulté le 01/07/2023.

KI IRENE, 2016, Analyse de l'efficacité de la prise en charge en ambulatoire des enfants sévèrement malnutris de 6 à 59 mois admis au CREN Morija de Tanghin : Ouagadougou, Mémoire de fin de cycle de la licence professionnelle de génie biologique, Université polytechnique de Bobodioulassou au Burkina Faso.

Manzambi Kuwekita J, Guillaume M, Balula Tshemutshari M-P, Tshiamba Kabongo E, Mayamba Kilela J, Bruyère O & Reginster JY (2013). *Étude des conditions de vie et d'accessibilité aux soins de santé de qualité des populations en situation de précarité, dans la zone de sante de bandalungwa à Kinshasa (Congo).* Journal d'Épidémiologie et de Santé Publique, JESP N°12, Décembre 2013

Moulina, Abraham. (2011). Les inégalités socio-économiques dans les systèmes de santé africains. *Études Africaines de Sociologie*, 19 (1)

New York Times. (2024, 6 juin). Plus d'un milliard de personnes en situation de pauvreté alimentaire. *New York Times*.

Organisation Mondiale de la Santé. (2023). Utilisation des services de santé dans les pays en développement : rapport annuel. *Organisation Mondiale de la Santé*.

https://www.ceped.org/ireda/inventaire/ressources/moulina_2011.pdf

<https://www.inssed.td> du 29/12/2024

<https://documents1.worldbank.org> du 29/12/2024