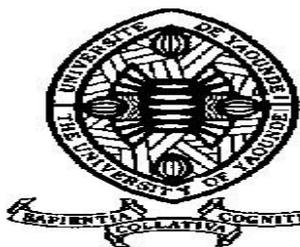


UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES, SOCIALE  
ET EDUCATIVE

UNITE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES ET  
SOCIALES



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POSTGRADUATE SCHOOL FOR  
FORMATION DOCTORALE  
SOCIAL AND EDUCATIONAL  
FOR SOCIAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT  
FOR SOCIAL SCIENCES

**PESANTEURS SOCIOCULTURELLES ET  
MALNUTRITION AIGÛE CHEZ LES ENFANTS  
DE 06 À 59 MOIS DANS LE DISTRICT DE  
SANTÉ DE NGAOUNDÉRI URBAIN**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en sociologie.

**Option professionnelle : Recherche Action et Système de Santé en Afrique  
(RASSA).**

Par :

**Pélagie Viviane DAIPA DJAMOU**

**Licenciée en sociologie**

Sous la direction de :

**Jean NZHIE ENGONO**

**Professeur des Universités**



Juillet 2021



## **DEDICACE**

A mes parents, KOUNDA SALTOING et DJAMOU Joseph ;

A tous les enfants qui souffrent de la malnutrition au Cameroun et dans le Grand-Nord en particulier.

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier vivement toutes les personnes qui nous ont permis de réaliser cette recherche. Nous voudrions qu'elles trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

A mes encadreurs :

Le Pr Jean NZHIE ENGONO, pour avoir accepté de nous initier à la recherche et pour ses riches contributions à mes travaux.

Le Dr Achille PINGHANE YONTA, qui a bien voulu accepter de nous soutenir dans toutes les étapes de cette recherche. Merci pour les conseils inestimables.

Au Pr Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO notre coordonnateur et responsable d'option professionnelle qui a veillé à ce que nous ayons une formation de qualité.

Merci au chef du département de sociologie le Pr Armand LEKA ESSOMBA.

A tous les Enseignants du département de sociologie qui ont participé à notre formation, en nous inculquant des valeurs non seulement intellectuelles mais aussi morales.

A Mr le Délégué Régional de la Santé Publique de l'Adamaoua, Dr YAOU ALHADJI ZAKARIE, qui a autorisé notre accueil en tant que stagiaire au sein de sa structure. A Mr OUMAROU SANDA pour son soutien moral et financier ; A Mme HADJA MADJO notre encadreur Professionnel, pour la formation reçue pendant notre période de stage ; A Mme WAWA, chef de District de santé de Ngaoundéré urbain, qui nous a donné son avis favorable pour nos recherches dans les différentes Formations Sanitaires de la ville, merci aux différents chefs des Formations sanitaires pour leurs accueils ainsi qu'aux différents Points Focaux Nutrition de la ville de Ngaoundéré ainsi qu'aux Agents de Santé Communautaires (ASC), qui ont accepté de nous aider en nous facilitant le travail et aux différents parents d'enfants, qui ont accepté d'être pris comme population cible.

Merci au Pr Bruce Marcel NGOUYAMSA MEFIRE, pour son encadrement et ses conseils ; Au Pr Nicolas NJINTANG YANOU pour son aide lors de l'analyse des données de terrain ; Au Dr Salomon ESSAGA, A Mr Charly Alain KIAM ; Mme MAÏAWE DJAMOU Sophie et Mr Alain KOLWE DJAMOU pour leurs orientations durant la rédaction et la lecture de ce mémoire ; A Mr Willy Stéphane NKEMMO TOUO'YEM pour son soutien moral et ses conseils pendant la collecté et l'analyse des données.

Merci à tous les camarades de promotion pour leurs aides et conseils. Nous ne saurions terminer sans toutefois dire nos sincères gratitudeux aux familles Joseph DJAMOU, TAPTOUSIA TOUFA, Bruno Alain KOLWE DJAMOU, Lazard HAYWANG et à tous mes frères et sœurs pour leurs appuis financiers et moraux.

## RESUME

La malnutrition est un phénomène qui fait des ravages dans le monde entier, le Cameroun n'est pas exempt de cette maladie. Ce présent travail met en évidence l'existence de la malnutrition dans la zone de Ngaoundéré, phénomène complexe dont les causes sont multiples et ne sauraient se limiter à un simple déficit céréalier ou à des questions économiques. En effet, il est important de noter qu'il existe également des facteurs socioculturels, objet de notre recherche. Ainsi, à la question de savoir quels sont les facteurs socioculturels expliquant la persistance de la malnutrition aiguë chez les enfants de 06-59 mois dans le district de Ngaoundéré urbain, nous avons émis l'hypothèse principale selon laquelle les facteurs socioculturels sont le socle de la persistance de la malnutrition infantile dans la ville de Ngaoundéré. A cet effet, deux théories ont été mobilisées pour nous permettre d'analyser ces différents facteurs dans ladite ville, à savoir : la théorie des représentations sociales d'Emile DURKHEIM et l'analyse stratégique de Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG. Les résultats présentés ont été obtenus à partir des observations de terrain, des entretiens, des discussions de groupe, des récits de vie et des discussions non-programmées menés auprès des mères des enfants atteints de MAS (prise en charge dans le PPCMA), des personnes ressources, et à partir de la méthode quantitative. Après analyse, il ressort que la malnutrition est un phénomène construit autour de plusieurs facteurs socioculturels notamment l'âge, le niveau d'instruction, le revenu financier, le sexe de l'enfant. Ensuite, les comportements dits à risque en rapport avec la pratique de l'allaitement, l'alimentation, les techniques de prise en soin et la connaissance des mères autour de la malnutrition. Enfin, les différents recours thérapeutiques et un ensemble de construits autour des méthodes de préventions endogènes. Ces différents facteurs influencent les comportements et habitudes alimentaires ainsi que le mode de vie de la population de Ngaoundéré urbain, ce qui explique les cas récurrents de malnutri.

**Mots clés** : Enfant de 06-59 mois ; Facteurs Socioculturels ; Ngaoundéré Urbain ; Malnutrition Aiguë, Recours Thérapeutique.

## ABSTRACT

Malnutrition is à phenomenon that is causing ravage in the entire globe. Cameroon is not exempted from this illness. This present work put to evidence, the existence of malnutrition in the one of Ngaoundéré, thus with multiple causes, would know it limits at à simple cereals deficit or to economic questions. to this effect, it is important to note that, the sociocultural factors equally exist, object of our research. Also, on the question to know which sociocultural factors explains persistence of acute malnutrition in infants 06- 59 months in the urban district of Ngaoundéré. We expressed the principal hypothesis to which many sociocultural factors are at the base of persistence infant's malnutrition in the town of Ngaoundéré. To this effect, two theories were mobilized to permit us analyzed the different factors in the said town. To know, the social representation theory of Emile DURKHEIM and analyzed strategy of Michel CROZIER and Erhard FRIEDBERG. The present results were obtained from our field work observations, investigations, group discussions, from mothers whose infants were affected (taken care of by the PPCIMA), resource persons and from the quantities methods. After the analysis, the compressibility that malnutrition is à construct phenomenon around many sociocultural factors notably: age, level of instruction, financial revenue, children sex, furthermore, the behavior of those at risk in regards with breastfeeding and feeding. The care techniques given and the mothers awareness or knowledge as to malnutrition. Lastly, the different therapeutics appeals and many construct methods around the prevention of the endogenous. These different factors influence the behavior and feeding habits and also the way of life of the urban population of Ngaoundéré. This explains the recurrence of malnutrition.

**Key words:** Acute malnutrition, Child of 06-59 months, Socio-cultural Factors, Therapeutic appeal, Urban Ngaoundéré.

## SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
RESUME.....	iii
ABSTRACT.....	iv
SOMMAIRE.....	v
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : GENERALITE SUR LA REGION ET ORIGINE DE LA MALNUTRITION.....	27
CHAPITRE I : PRESENTATION DE L'ENVIRONNEMENT NATUREL ET SOCIAL DE LA VILLE DE NGAOUNDERE.....	30
CHAPITRE II : HISTORIQUE, TYPES ET FORMES DE MALNUTRITION INFANTILE.....	36
DEUXIÈME PARTIE : LES FACTEURS DE PERSISTANCE DE LA MALNUTRITION AIGUË DANS LA VILLE DE NGAOUNDERE.....	44
CHAPITRE III : LES FACTEURS SOCIOCULTURELS ET LA MALNUTRITION INFANTILE.....	46
CHAPITRE IV : LES COMPORTEMENTS À RISQUE ET LA RÉSILIENCE DE LA MALNUTRITION INFANTILE DANS LE DISTRICT DE NGAOUNDÉRI URBAIN.....	75
TROISIÈME PARTIE : LES METHODES DE TRAITEMENT ET LA PERSISTANCE DE LA MALNUTRITION.....	93
CHAPITRE V : LES ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES ET LA PERSISTENCE DE LA MALNUTRITION.....	95
CHAPITRE VI : LES CONSTRUITS SOCIOCULTURELS AUTOUR DES MÉTHODES PRÉVENTIVES.....	112
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	122
BIBLIOGRAPHIE.....	125
ANNEXE.....	139
TABLE DES MATIERES.....	154

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1:</b> Image illustrative d'un enfant atteint de kwashiorkor.....	41
<b>Figure 2 :</b> Image illustrative d'un enfant atteint de marasme .....	42
<b>Figure 3 :</b> Différentes tranches d'âge des enquêtées .....	47
<b>Figure 4 :</b> Diagramme représentatif du pourcentage des mères en fonction du niveau d'instruction dans le district de santé de Ngaoundéré urbain. ....	51
<b>Figure 5 :</b> Répartition des enquêtées en fonction de leur profession .....	56
<b>Figure 6 :</b> Composantes d'une bouillie cinq étoiles.....	61
<b>Figure 7 :</b> Diagramme représentatif de la répartition des enquêtées en fonction des sources	63
<b>Figure 8 :</b> Histogramme représentatif de la répartition des enfants malnutris en fonction de la tranche d'âge. ....	67
<b>Figure 9 :</b> Histogramme représentatif de la répartition des enfants de 01- 03 ans en fonction du régime alimentaire .....	68
<b>Figure 10 :</b> Diagramme du pourcentage des enfants malnutris en fonction du rang de naissance. ....	70
<b>Figure 11 :</b> Répartition des enfants malnutris en fonction du sexe.....	71
<b>Figure 12 :</b> Diagramme illustratif de la durée de l'automédication avant de se rendre dans un FOSA. ....	100
<b>Figure 13 :</b> Huile de Neem à de multiples vertus thérapeutiques (neebam gagner) .....	114
<b>Figure 14 :</b> Talisman de protection contre les maladies provoquées (laïmarou) (Image prise sur le net à titre illustratif).....	119
<b>Figure 15 :</b> Talisman (laïmarou) de protection attaché au bras, au cou des enfants et au pied .....	119
<b>Figure 16 :</b> Plante à multiple fonctions : protection contre les sorciers et arbre de paix .....	120

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Répartition des enquêtées en fonction des religions.....	61
<b>Tableau 2</b> : Nombre de repas pris par l'enfant/jour.....	85
<b>Tableau 3</b> : Statistique en fonction de l'utilisation de l'automédication. ....	99

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**ASC** : Agent de Santé Communautaire ;

**DRSP** : Délégation Régionale de la Santé Publique ;

**EDSP** : Enquête Démographique de Santé Publique.

## **SIGLES**

**IFORD** : Institut de Formation et de la Recherche Démographique ;

**MINSANTE** : Ministère de la Santé Publique ;

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé ;

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale ;

**PAM** : Programme Alimentaire Mondial ;

**PNAN** : Plan National d'Action pour la Nutrition ;

**UNICEF**: United Nations International Children's Emergency Fund.

## **ACRONYMES**

**FOSA** : Formation Sanitaire ;

**PPCMA** : Programme de Prise en Charge de la Malnutrition Aigüe ;

**SPSS**: Statistical Package for Social Sciences.

# INTRODUCTION GENERALE

## I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU CHOIX DU THEME DE L'ETUDE

Dans cette partie, il sera question de présenter le contexte de l'étude et le choix de notre thème de recherche

### 1- Contexte de l'étude

Les recherches nutritionnelles ont longtemps démontré qu'un apport alimentaire très insuffisant (famine ou pénurie) entraîne un amaigrissement pouvant aboutir au décès par épuisement. Mais ce n'est qu'en 1930 que Cicely WILLIAMS<sup>1</sup>, qui travaillait au Ghana, a véritablement décrit en détail la maladie qu'elle a appelée de son nom local « kwashiorkor » qui signifie, « maladie de l'enfant déplacé » ou « la maladie dont souffre l'enfant éloigné du sein maternel », déjà présentée par d'autres personnes comme étant une dystrophie œdémateuse, pellagre infantile, dystrophie des farineux. Le kwashiorkor a fait l'objet d'une grande attention des organismes internationaux à partir des années 50. Il était décrit comme la forme majeure de malnutrition et on le croyait dû à un déficit protéique. Les nutritionnistes ont donc pensé que la solution consistait à augmenter les rations d'aliments riches en protéines pour les enfants à risque, et ont relégué au deuxième plan le problème du marasme et du déficit énergétique. Ils pensent également que, la Malnutrition Protéino-Energétique, résulte d'un apport alimentaire insuffisant ou d'une mauvaise utilisation des aliments et non d'un déficit d'un nutriment particulier comme les protéines. Les ONG se sont rendues plus tard compte que le marasme est souvent plus fréquent que le kwashiorkor, mais ne savaient pas pourquoi un enfant souffre plutôt d'un syndrome que de l'autre. Par ailleurs, une prise de conscience a aussitôt été faite concernant ces deux formes cliniques graves. Dans la majorité des pays pauvres, la prévalence ponctuelle du kwashiorkor et du marasme réunis est de 1 à 5 pour cent, alors que 30 à 70 pour cent des enfants de moins de 05 ans souffrent de malnutrition bénigne ou modérée diagnostiquée par anthropométrie<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> André BRIEND, Malnutrition des enfants : des bases physiopathologiques à la prise en charge sur le terrain, éd. Institut Danone. 1998, p163

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la Santé, Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Rapport d'un comité OMS d'experts. Série de rapports techniques 854. Genève 2019.

Bien que le terme de MPE soit récent, le problème, est connu depuis longtemps. Les nutritionnistes l'appelaient auparavant "malnutrition protéino-calorique" et "déficit protéino-énergétique". Le terme recouvre en fait un ensemble d'états cliniques allant des plus bénins (légers) aux plus graves. Trouvant des explications suivantes : une malnutrition modérée se traduit simplement par une croissance médiocre, alors que les formes les plus graves, le kwashiorkor (accompagné d'œdèmes) et le marasme nutritionnel (amaigrissement majeur), sont souvent mortelles.

La malnutrition continue cependant à agir en douceur et cause la mort de 50% chez les enfants de moins de 05 ans selon Francis GENDREAU. De même, les femmes enceintes et celles allaitantes sont les plus vulnérables. Bien que des mesures soient prises pour la combattre, elle demeure un problème majeur pour l'Afrique et pour le Cameroun en particulier.

## **b. Justification du choix du thème de recherche**

Plusieurs raisons nous ont motivé à nous pencher sur ce sujet recherche à savoir :

- Pour avoir été stagiaire à la DRSP (Délégation Régionale de la Santé Publique) au service nutrition plus précisément. Dans ce service, le problème de la persistance de la malnutrition aiguë et des anémies chez les enfants de moins de 05 ans dans l'Adamaoua en générale alimente toutes les plates-formes ;
- La persistance (15,2% selon les données de 2019 pris au niveaux du district de santé) de ce phénomène dans cette région a éveillé notre curiosité tout d'abord, la région est extrêmement diversifiée tant en ce qui concerne les sols et les cultures, la présence des routes ; de par la proximité de ses dispensaires et ses marchés, sa position stratégique aux échanges commerciaux et culturels, facteurs qui favorisent certes un état de croissance et d'épanouissement de la population. Nous nous sommes ainsi demandé : comment la malnutrition infantile peut-elle exister à la limite, persister dans cette région ? Ainsi, le désir de comprendre le phénomène sur un angle sociologique a été la base de cette recherche,
- En outre, d'après la revue de littérature faite, il existe très peu d'études sociologiques sur les pesanteurs socioculturelles comme cause de la persistance de la malnutrition aiguë sans complication médicale chez les enfants de moins de 05 ans dans la ville de Ngaoundéré.

## II. PROBLEME

La malnutrition des enfants est devenue un enjeu majeur de santé publique dans le monde en général et dans les pays en voie de développement en particulier. Malgré les actions menées, elle continue de faire des ravages et les cibles premières sont les enfants de moins de 05 ans. Elle est la cause de plus de 50% des décès des enfants de moins de cinq ans dans le monde et d'au moins 35 % des décès d'enfants en Afrique<sup>3</sup>. Selon UNICEF<sup>4</sup>, en Avril 2017, plus de 20 millions de personnes et particulièrement des enfants ont été menacés par la catastrophe humanitaire liée à la famine déclarée en Somalie, au Sud du Soudan et au Nigéria etc. La malnutrition reste un véritable danger pour les enfants de 0 à 05 ans qui constituent le groupe le plus exposé. Onze millions d'enfants de moins de 05 ans meurent chaque année et la malnutrition est responsable de plus de la moitié de ces décès. Tous les ans, 11 millions de bébés de petit poids (moins de 2,5 kilogrammes) naissent en Asie du sud et 3,6 millions en Afrique subsaharienne. Plus de 2 milliards de personnes souffrent de carences en micronutriments ; 100 à 140 millions d'enfants souffrent d'avitaminose A, 39% sont anémiés, le Cameroun ne fait pas l'exception.

En effet, les résultats des diverses enquêtes menées au Cameroun montrent que la malnutrition sous toutes ses formes (chronique, aiguë) et à tous les stades de gravité (modéré ou sévère) est omniprésente. D'après les analyses faites par les nutritionnistes, les remarques ont cependant été faites sur une fréquence et une gravité particulière au sein de la tranche d'âge d'enfants malnutris de moins de 05 ans. Face à cette gravité, différentes actions ont été entreprises par les autorités politiques du pays ; parmi lesquelles la création des unités de récupération nutritionnelle à travers tout le pays ; la formation du personnel de santé en matière de prise en charge des malnutris ; la promotion de la farine enrichie et la dotation des centres de santé en matériel de démonstration culinaire et des kits WASH ; la promotion de l'allaitement maternel exclusif ; dépistage à domicile par les relais communautaires ; distribution des poudres VITAMIN et les déparasitants.

Malgré, les multiples actions entreprises par le gouvernement camerounais et ses partenaires à savoir la mobilisation des chefs traditionnels et religieux, les élus locaux, ainsi que les autorités administratives des services déconcentrés, mais aussi, les ONG en faveur de la lutte contre la malnutrition infantile, la promotion des bonnes pratiques familiales, de santé

---

<sup>3</sup> Francis GENDREAU., Démographies africaines, Editions ESTEM, Paris, 1966.

<sup>4</sup> <http://www.unicef.fr/contenu/actualite-humanitaire-unicef/malnutrition-2005-06-23> l'UNICEF, les formes de la malnutrition, consulté le 30 sept 2020

et d'hygiène, la promotion de l'allaitement maternel exclusif et l'alimentation de complément aux enfants, l'enquête démographique a fourni des données encore plus inquiétantes sur l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans. Un tiers des enfants souffre d'un retard de croissance, ce qui reflète une malnutrition chronique, 6 % d'enfants sont atteints de maigreur renvoyant à la malnutrition aiguë, et 15 % d'enfants souffrent d'une insuffisance pondérale<sup>5</sup>. En 2014, 31,7% des enfants de moins de cinq ans ont souffert de malnutrition chronique dans l'ensemble du pays. Les prévalences les plus élevées sont observées dans quatre régions (Adamaoua, Est, Extrême-Nord et Nord)<sup>6</sup>. En ce qui concerne la malnutrition aiguë globale, la prévalence au niveau national est de 5,2% chez les enfants de 06 à 59 mois. L'Adamaoua montre aussi une prévalence de MAS de 0,8% proche du seuil d'alerte de 1%. La région de l'Est montre une certaine stabilité depuis 2012 avec une prévalence de malnutrition aiguë globale inférieure à 5%<sup>7</sup>. Ces résultats montrent que la prévalence varie d'une région à une autre. La prévalence de la Malnutrition aiguë sévère (MAS) est de 1,4% à l'Extrême Nord, 1,0% au Nord, 1,7% à l'Adamaoua et 0,8% à l'Est. Selon les nouveaux seuils d'interprétation des prévalences, la malnutrition chronique globale est très élevée ( $\geq 30\%$ ) à l'Extrême Nord (35,9%), au Nord (30,6%), à l'Est (35,4%) et élevée ( $\geq 20\%$ ) à l'Adamaoua (28,7%)<sup>8</sup>.

Selon les données anthropométriques recueillies au cours de l'EFA, 30,1% d'enfants de moins de 05 ans vivant dans la région de l'Adamaoua souffrent d'un retard de croissance (taille pour âge) sévère ou modéré et 12,9% souffrent de la forme sévère du retard de croissance. La forme modérée ou sévère touche proportionnellement plus les enfants du département de Mayo Banyo et la forme sévère est plus fréquente chez les enfants du Mbéré. Pour ce qui est de l'émaciation (poids-pour-taille), 6,2% des enfants de moins de 05 ans résidant dans l'Adamaoua souffrent d'une émaciation modérée ou sévère au moment de la collecte. Les formes légères ou modérées et sévères sont proportionnellement plus fréquentes dans le département du Mbéré que dans les autres départements<sup>9</sup>. Selon les données recueillies auprès du district de santé de

---

<sup>5</sup> Résultats de l'EDS-MICS, <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR260/FR260.pdf>, 2011, consulté le 19 septembre 2019.

<sup>6</sup> Selon l'EDS-MICS 2014 : [http://slmp-550-104.slw.westdc.net/~stat54/downloads/2016/MICS5\\_CM2014\\_RAPPORT\\_FINAL.pdf](http://slmp-550-104.slw.westdc.net/~stat54/downloads/2016/MICS5_CM2014_RAPPORT_FINAL.pdf) consulté le 19 septembre 2019.

<sup>7</sup> Enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective selon la méthodologie SMART dans les régions de l'Extrême Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est du Cameroun, Octobre 2016 - Rapport préliminaire.

<sup>8</sup> Rapport final enquête SMART 2018 Enquête nutritionnelle SMART et de mortalité rétrospective chez les femmes, les adolescentes et les enfants au Cameroun (Est, Adamaoua, Nord et Extrême Nord) p13.

<sup>9</sup> Institut national de la Statistique - Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire.

Ngaoundéré Urbain, en 2016, la ville a enregistré 449 cas de malnutris, en 2019 elle est passée à 476. Ce qui rend de plus en plus inquiétant les autorités de la ville par rapport à cette situation. Cependant, un enfant bien nourri est un pays en bonne croissance physique et l'atteinte des OMD dépend avant tout du bon état nutritionnel des populations comme le faisait remarquer Ann M. VENEMAN<sup>10</sup> :

*La réduction de l'extrême pauvreté et de la faim, l'abaissement de la mortalité infantile et la réalisation de tous les autres Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) concernant la santé et l'éducation sont largement tributaires des progrès en matière de nutrition. Si l'on ne vient pas à bout de la malnutrition, il sera difficile d'atteindre les autres OMD.*

Partie d'un autre point de vue, si les recommandations de l'OMS, de l'UNICEF et du MINSANTE en ce qui concerne l'allaitement maternel et, l'alimentation de complément étaient respectées, la Nation n'en souffrirait pas autant. Eu égard à ces différents chiffres et malgré toutes les actions entreprises, les résultats seraient restés en deçà des attentes. Cependant la persistance de la malnutrition semble paradoxale au vu de nombreuses potentialités dont dispose la région de l'Adamaoua et des politiques mises en œuvre pour la lutte contre ce phénomène. En effet, la région est dotée d'une pluviométrie très favorable et la productivité céréalière est relativement satisfaisante ainsi que la pratique de l'élevage ; ce qui garantit une disponibilité alimentaire minimale. Elle dispose en outre des formations sanitaires, du personnel de santé ainsi que la réalisation des activités en matière de nutrition. Ces exemples montrent qu'une approche purement alimentaire de la malnutrition ne pourrait suffire pour la compréhension des facteurs explicatifs de la malnutrition. Cette situation est d'autant plus préoccupante dans la mesure où une recherche sociologique sur les facteurs socio-culturels de la malnutrition (dénutrition) sévère chez les enfants de moins de cinq ans (06- 59 mois) dans le district de santé de Ngaoundéré Urbain permettrait de mieux comprendre la persistance de ce phénomène.

### **III. PROBLEMATIQUE**

La notion des facteurs de la malnutrition n'est pas nouvelle. Il convient de rappeler de ce fait que, les questions de santé et maladie ont pendant longtemps mis à l'écart des sciences sociales et humaines du fait de leur « inexactitude, imprévisibilité ou impossibilité et

---

<sup>10</sup> Unicef progrès pour les enfants un bilan de la nutrition numéro 4, avril 2006, P3.

expérimentation en laboratoire sur un objet ondoyant et évanescent, impossible objectivité »<sup>11</sup>. En privilégiant les sciences dites dures ou exactes, ceci a conduit à un triomphalisme du modèle biomédical dans l'analyse des questions de santé et de maladie. Pour ce faire, valentin NGA NDONGO souligne à cet effet la nécessité d'intégrer les sciences sociales et les sciences biomédicales dans l'étude des problèmes de santé en relevant que « c'est dire d'une telle conception de l'objet des sciences de la nature et des sciences sociales et humaines cadrent fort bien avec une nouvelle approche de la santé qui entend désormais appréhender la maladie comme phénomène social, en intégrant l'homme malade dans son environnement social et donc, comme acteur social »<sup>12</sup>. Cependant, loin d'être les premiers à nous interroger sur le problème de la malnutrition, de nombreuses études se sont déjà penchées sur le sujet en l'abordant soit à partir du domaine nutritionnel, biomédical, géographique ; mais très peu de recherches ont été réalisées en sciences sociales (sociologie) sur les pesanteurs socioculturelles en associant les itinéraires thérapeutiques et les méthodes de préventions endogènes à la malnutrition.

## 1. Les Facteurs socioculturels

Il sera question pour nous de faire une revue scientifique sur les facteurs socioculturels autour de la notion de malnutrition en générale par diverses sciences. En effet, s'agissant des facteurs socioculturels, de nombreuses études ont prouvé que la majorité des familles qui avaient des connaissances nutritionnelles étaient à l'abri de la malnutrition à l'inverse de celles qui n'en n'avaient pas et étaient les plus exposées à ce phénomène. Allant dans la même lancée, Helen MOESTUE<sup>13</sup> dans ses recherches va démontrer que, « *la nutrition de l'enfant est positivement associée à l'éducation des mères, des pères et grand-mères* ». L'éducation joue un rôle important parmi les "autres influenceurs" au-delà de la mère qui est agent déterminant dans la nutrition de l'enfant.

En outre, le manque de connaissances des mères et des parents du fait de leur faible niveau d'éducation ainsi que, la prédominance des croyances sont autant de facteurs déterminants de la mortalité et de la sous-nutrition des enfants<sup>14</sup>. Il en ait de même de

---

<sup>11</sup> Valentin NGA NDONGO, L'éloge de l'interdisciplinarité, in Benjamin Alexandre Nkoun (dir), santé plurielle en Afrique : perspective pluridisciplinaire, Paris, l'Harmattan 2011, p34

<sup>12</sup> Op.cit.

<sup>13</sup> Helen MOESTUE, Adult Education and Child Nutrition in India and Vietnam: The Role of Families, Neighbours and Friends. Oxford: Young Lives Oxford University, 2005, p5.

<sup>14</sup> BASU, & STEPHENSON, Low levels of maternal education and the proximate determinants of childhood mortality: a little learning is not a dangerous thing. Social Science and Médecine, 2005.

l'approche comportementale reposant sur le postulat et l'évidence que les valeurs culturelles traditionnelles et religieuses, sont des déterminants majeurs de la non utilisation des services modernes et de la nutrition inappropriée de l'enfant<sup>15</sup>. Les valeurs symboliques liées à certains aliments qui dans l'esprit de certaines populations gardent une perception qui limite voire prohibe leurs consommations. Dans certaines communautés, les interdits alimentaires qui existent, imposent l'exclusion de ces aliments de la ration alimentaire. Malheureusement, ces aliments sont pour la plupart des cas riches en éléments bâtisseurs ou énergétiques ; il s'agit très souvent d'aliments particulièrement utiles comme les œufs et la viande qui sont très nutritifs. Les enfants sont ceux les plus privés de ces aliments dont ils ont le plus besoin pour leur croissance. Ils sont généralement gavés de décoctions et bourratifs qui n'apportent presque rien sur le plan nutritionnel mais les exposent au contraire aux infections et maladies diarrhéiques. Dans les communautés où ces comportements sont répandus, la malnutrition infantile est présente et fait des dégâts. La période de sevrage est également une cause de malnutrition. De nos jours, on assiste de plus en plus à des sevrages précoces et brutaux, du fait d'une nouvelle grossesse ou, de la tendance à nourrir l'enfant au biberon, de par les contraintes du travail de la mère le plus souvent, mais aussi par conformisme. Selon quelques croyances traditionnelles, une femme enceinte ne doit allaiter, du fait que le lait est de mauvaise qualité dû à son état. Elle doit immédiatement sevrer l'enfant et cet acte ne sera pas sans conséquence sur l'état de l'enfant ce qui le conduira vers un déséquilibre alimentaire si rien n'est entrepris pour sa récupération. Il existe également des stéréotypes qui créent une barrière d'avec la réalité. C'est dans ce sens que les études menées à l'Extrême-Nord Cameroun par Nicodème VOUDINA<sup>16</sup>, présentaient certains stéréotypes comme le lait de mauvaise qualité (gâté) de la mère causé par la traversée de l'enfant par le père. En effet, le fait qu'une femme allaitante conçoive est à l'origine de la décomposition du lait de la mère ce qui est source de maladie et considéré comme un désordre social. Les règles sociales sont également des normes à ne pas transgresser dans certaines sociétés c'est notamment le cas chez le peuple Massa, ou

---

<sup>15</sup> Gervais BENINGUISSE, *Entre Tradition et Modernité, Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun (Vol. Monographie 17)* L'Harmattan, Éd. Louvain-La-Neuve en Belgique : Academia Bruyant, Université Catholique de Louvain, Institut de Démographie, 2003, P20.

<sup>16</sup> Nicodème VOUDINA, *les Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de guéré (région de l'extrême-nord Cameroun)*, mémoire en santé publique nutrition, 2010, P26.

une femme à terme doit prendre un bain à de l'eau chaude avant son accouchement et, lorsqu'elle ne le faisait pas, son enfant était exposé à cette maladie<sup>17</sup>.

Le phénomène de malchance est aussi responsable de la malnutrition selon l'auteur. Dans ce sens que, tout malheur est interprété comme la conséquence d'un acte volontaire commis par un membre de la famille, la mère est le plus souvent victime de certains actes qui ont des répercussions sur la santé de l'enfant et fragilisé l'organisme de ce dernier à l'instar de la morsure de serpents.

En outre, selon certaines cultures, il est conseillé de donner de l'eau à l'enfant à la naissance ou quelques jours après. Cet acte se justifie par la croyance selon laquelle la consommation de l'eau par le nourrisson aide à purifier l'organisme de ce dernier et aussi, en période de chaleur, le nourrisson doit nécessairement boire de l'eau en vue d'étancher sa soif. Ainsi, pour laver son ventre de tous déchets et pour éviter de se déshydrater l'enfant doit boire de l'eau à la naissance<sup>18</sup>. Cependant, cette conception est à l'origine de la fragilisation de l'organisme de l'enfant et l'expose à des pathologies diverses. La malnutrition est à cet effet attribuée aux femmes (rarement aux pères à la limite même jamais) du fait qu'elles soient responsables du domaine restauration. Il y aurait une mauvaise perception communautaire du rapport genre, les femmes sont considérées comme les premières responsables de la mauvaise santé ou de la sous-nutrition des enfants au détriment de l'homme.

Les facteurs socioculturels autour de la malnutrition sont à forte charge symbolique et prise en considération par les populations et une erreur de leur part pèse très lourd sur leur psychisme. Ces facteurs socioculturels ont une influence considérable sur les recours thérapeutiques des populations.

## **2. Itinéraires thérapeutiques**

Les malades en quête de guérison sont généralement contraints de recourir à des chemins de soins qui sont généralement influencés par la perception qu'ils se font de la maladie. En effet, des études ont été menées sur l'influence qu'ont les facteurs socioculturels sur les itinéraires thérapeutiques des populations. C'est le cas de l'étude menée en Afrique de l'Ouest principalement au Bénin, par Eddy OUENDO et al<sup>19</sup>, visant à saisir les étapes de

---

<sup>17</sup> Idem

<sup>18</sup> Idem

<sup>19</sup> Eddy OUENDO et al, Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé), Tropical Medicine and International Health, 2005, vol.10, n° 2 : 179–186.

l'itinéraire thérapeutique des indigents et non indigents en cas de maladie. Cette étude a mis l'accent sur les différences entre indigents et non indigents dans l'itinéraire thérapeutique et a constaté que le premier recours est l'étape clé où l'on note des différences significatives. Au premier recours, les indigents utilisent moins les centres de santé que les non indigents (20% contre 26,3%) et, l'automédication moderne et traditionnelle sont les recours les plus utilisés par la majorité<sup>20</sup>. Au Cameroun, dans le cadre d'une étude sur le comportement de recours aux soins et aux médicaments des ménages, menée par COMMEYRAS et al<sup>21</sup>, il en ressort que les itinéraires thérapeutiques sont très irréguliers, signalant une indécision dans les comportements, une certaine inefficacité de l'offre de soins et/ou une incapacité à poursuivre un type de recours. Le secteur moderne, consultation et automédication moderne, contribue à plus des deux tiers des recours, loin devant les pratiques traditionnelles. Pourtant, le recours aux formations sanitaires en première intention est très faible, surtout du fait du manque d'argent.

Les perceptions culturellement bâties tout autour de la maladie orientent généralement les malades vers une multiplicité de thérapies d'où la complémentarité entre la médecine dite traditionnelle et celle moderne. Le choix de l'itinéraire thérapeutique dépend également de la perception que les individus ont des moyens thérapeutiques. Les moyens thérapeutiques peuvent paraître extrêmement risqués pour certains patients. De manière générale, les malades sont orientés vers un traitement en fonction des symptômes. C'est ainsi que lors que la maladie est légère, le traitement est l'automédication mais lorsqu'elle est jugée grave, la médecine moderne est le recours le plus utilisé pour palier à la situation.

Il en va de même des perceptions que les membres de la communauté se font de l'état morbide de la malnutrition des enfants à cause de l'ignorance ou des croyances collectives. Ce qui constitue un facteur de risque aggravant influençant les recours aux soins et la survie des enfants. KEITH et KONE<sup>22</sup>, soutiennent que, les différentes pratiques d'allaitement, de soins de santé et de soins nutritionnels ont un impact sur la prévalence de la malnutrition dans les régions affectées à cause des multiples croyances, perceptions ou tabous communautaires.

---

<sup>20</sup> Paul POUHE NKOMA, Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : les déterminants du recours à l'automédication, MINEPAT-Division des Analyses Démographiques et des Migrations, Yaoundé-Cameroun, p7

<sup>21</sup> COMMEYRAS et al, Comportement de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun, Cahiers Santé, 2006, vol. 16, n° 1 : 1-12.

<sup>22</sup> KEITH, & KONE, Etude sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques des communautés/populations vis-à-vis de la nutrition, des soins primaires de santé pour la femme enceinte et le nourrisson, l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement... Niamey au Niger : UNICEF, 2007, P161-1197.

Les itinéraires thérapeutiques autour de la malnutrition sont ainsi influencés par les étiologies que la population se fait de la maladie, chaque maladie ayant son mode de traitement. Il en est de même des moyens préventifs.

### **3. Les méthodes de prévention endogène de la maladie**

Les techniques de prévention endogènes de la malnutrition sont un domaine peu étudié, d'où la rareté des travaux scientifiques inhérents.

La perception que les individus se font de la malnutrition les amène généralement à développer des stratégies de protection pouvant contribuer ou non à prévenir la maladie. Toutefois, les méthodes employées par les populations sont celles jadis utilisées par les grands parents. Elles accordent une grande importance à ces pratiques anciennes. Les populations accordent une grande importance à la tradition, aux croyances et pratiques de prévention endogènes qu'ils jugent adéquates pour prévenir les maladies. Des stratégies mises sur pied pour prévenir dépendent cependant de l'interprétation de la situation. Le naturel comme le surnaturel possède sa méthode de prévention bien que, les techniques acquises ou mises sur pied ne soient toujours efficaces et adaptées aux maux. À ce propos, François BECK affirme, « *le déni du risque ne reflète pas forcément un manque d'information, il s'apparente souvent à une construction cognitive qui donne de la cohérence aux comportements et aux croyances* »<sup>23</sup>. Les populations en faisant recours à certaines techniques endogènes de protection ne sont pas ignorantes des dangers auxquels elles s'exposent ; mais la tradition les y oblige. Philippe ADAM & Claudine HERZLICH<sup>24</sup> soutiennent, la santé et la maladie sont un système socioculturel, le comportement des individus vis-à-vis de la santé et de la maladie sont le reflet de leur culture dans la mesure où chaque individu est doté d'un ensemble de savoirs qui lui permet de parer à tous les problèmes de santé. Nicodème VOUDINA<sup>25</sup> avait de ce fait, relevé quelques techniques endogènes de prévention de la malnutrition à savoir : l'ablation de la lchette qui est une technique d'excision du petit organe se trouvant à l'entrée de la gorge. Chez certains peuples de l'extrême-nord, cet organe est souvent la cause de maladie chez les enfants et seul son ablation sera source de soulagement pour l'enfant, cette ablation est devenue ainsi une norme générale obligeant chaque parent à exciser la lchette de tous ses enfants au risque de

---

<sup>23</sup> François BECK, Arnaud Gautier, Philippe Guilbert, Patrick Peretti-Watel, Représentations et attitudes du public vis-à-vis du cancer Paris, 2009, P533.

<sup>24</sup> Philippe ADAM & Claudine HERZLICH, Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris : Nathan Université, 1994, P124-127.

<sup>25</sup> Idem

tomber malade. Il en est de même du port du talisman qui est un moyen de protection contre les maladies. La malnutrition est une maladie qui n'est pas totalement dépouillée de son caractère « *diabolique* » comme le mentionne l'auteur et, est une interprétation purement traditionnelle de la pathologie. Le port du talisman est donc protecteur contre toutes les maladies y compris la malnutrition et son mode d'emploi est dicté par un médecin traditionnel. La crête est également un autre moyen de prévention qui protège l'enfant de la malnutrition. Selon la perception populaire, la crête est un moyen de lutte contre les maladies étant donné que la fontanelle est l'une des principales portes d'entrée que les personnes mal intentionnées se servent pour jeter des maladies aux enfants. Il existe d'autres moyens de prévention comme l'usage des pièces d'argent et couteau dans la prévention de la malnutrition. Les pièces d'argent ou usage d'un petit couteau placé sous l'oreiller ou la couche de l'enfant le protège contre la malnutrition qui selon l'auteur est une maladie expédiée par un mauvais esprit ou un sorcier et son usage l'enfant est protégé de cette maladie. Il en va de même des incisions corporelles qui sont des méthodes de protection consistant à inciser certaines parties du corps (le front, le dos, le ventre, le cou et les joues) avec de la lame de rasoir en y introduisant des poudres à base des plantes et écorces d'arbres pris chez un tradipraticien.

Au regard de la revue de la littérature, aucune analyse pertinente n'a été faite sur les facteurs socioculturels expliquant la persistance de la malnutrition dans le district de santé de Ngaoundéré dans le domaine de la sociologie de la santé.

Certaines études réalisées sur la malnutrition des enfants se sont limitées à une vision parcellaire des causes statistiques, biomédicales, climatiques, économiques ou encore nutritionnelles au niveau du ménage. D'autres études menées sur les facteurs socioculturels de la malnutrition couvrant le Cameroun, ont intégré très peu la ville de Ngaoundéré. Elles se sont très souvent basées sur une analyse quantitative statistique avec peu d'explications socio-anthropologiques des aspects comportementaux de la malnutrition des enfants et sont, de plus, peu nombreuses à expliquer la persistance de la malnutrition par les pesanteurs socioculturelles en associant à celles-ci les itinéraires thérapeutiques et les méthodes de prévention endogènes. La présente recherche vise à combler cette lacune en implémentant les sciences sociales (sociologie) dans le champ de la santé et de la maladie afin d'apporter les compréhensions sociales nécessaires à l'explication de la persistance de la malnutrition infantile dans la ville de Ngaoundéré.

## **IV. QUESTIONS DE RECHERCHE**

La question de recherche peut être définie comme étant le fil conducteur d'un travail de recherche ; elle peut aussi être définie selon Michel DECOSTER<sup>26</sup> comme la clé du travail de recherche.

La présente recherche compte une question principale et trois questions secondaires :

### **IV.1- Question principale de recherche :**

**Q.** les facteurs socioculturels expliquent-ils la persistance de la malnutrition aigüe chez les enfants de 06-59 mois dans la ville de Ngaoundéré ?

### **IV.2- Questions secondaires de recherche**

**Q-1-** Quels sont les facteurs socioculturels qui favorisent la persistance de la malnutrition infantile dans la ville de Ngaoundéré ?

**Q-2-** Comment les représentations sociales de la maladie commandent-elles les trajectoires thérapeutiques des populations de la ville de Ngaoundéré ?

**Q-3-** Dans quelle mesure les stratégies endogènes mises sur pieds par les populations pour prévenir de la maladie favorise-elles la persistance de la malnutrition infantile de la ville de Ngaoundéré ?

## **V. HYPOTHESES DE RECHERCHE**

Une hypothèse est une réponse provisoire aux questions de recherche que nous devons confronter aux données ou résultats du terrain. Pour Madeleine GRAWITZ,<sup>27</sup> une hypothèse est ; « *une proposition de réponse à la question posée. Elle tend à formuler une relation entre des faits significatifs, elle doit être vérifiable de façon empirique ou logique.* » Tout travail de recherche nécessite pour ce fait la formulation des hypothèses. Le nôtre se structure en une hypothèse principale et trois hypothèses secondaires.

### **V.1- Hypothèse principale de recherche**

**H-** la persistance de la malnutrition infantile dans la ville de Ngaoundéré s'explique par la présence des facteurs socioculturels.

---

<sup>26</sup> Michel DECOSTER, Bernadette BAWIN-LEGROS, Marc PONCELET, Introduction à la sociologie, De Boeck, 2001.

<sup>27</sup> Madeleine GRAWITZ, Méthodes en sciences sociales, 11ème édition, Paris, Dalloz, 2001, P322.

## **V.2- Hypothèses secondaires**

**H.1-** facteurs socioculturels à savoir l'âge, le sexe, la religion, le niveau d'instruction et la profession, sont des éléments qui favorisent la persistance de la malnutrition infantile dans la ville de Ngaoundéré.

**H.2-** Les représentations sociales de la maladie influence les recours thérapeutiques des malades au travers de l'usage des méthodes de traitement dites anciennes ;

**H.3-** Les stratégies endogènes employées par les populations pour prévenir la maladie favorisent la persistance de la maladie.

## **VI. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE**

Les objectifs de recherche comportent un objectif principal et trois autres secondaires.

### **VI.1- Objectif principal de recherche**

**O-** Comprendre et expliquer facteurs socioculturels favorisant la persistance de la malnutrition dans la ville de Ngaoundéré.

### **VI.2- Objectifs spécifiques**

S'agissant de nos objectifs spécifiques, il sera question pour nous de :

**O-1-** Identifier les facteurs socioculturels de la persistance de la malnutrition infantile dans la ville de Ngaoundéré ;

**O-2-** Analyser comment les représentations sociales ont une influence sur l'emprunt des recours itinéraires thérapeutiques ;

**O-3-** Montrer en quoi les stratégies endogènes mises sur pieds par les populations pour prévenir la maladie favorisent la persistance de la malnutrition infantile de la ville de Ngaoundéré.

## **VII. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

Dans tout travail de recherche, la méthodologie constitue le nœud, car elle comporte, selon Ferdinand CHINDJI-KOULEU<sup>28</sup>, « à la fois la structure de l'esprit et de forme de la recherche et les techniques utilisées pour mettre en pratique cet esprit et cette forme ». Cette partie du travail est subdivisée comme suit : le cadre théorique d'analyse, le cadre de l'étude et

---

<sup>28</sup> Ferdinand CHINDJI- KOULEU, Mes premiers pas dans la recherche, Yaoundé, Saagraph, 2002, P74.

les techniques de collecte de données, l'analyse des données et enfin la délimitation de la population d'étude.

### **VII.1- Cadrage théorique de l'analyse**

Une mobilisation des théories s'impose d'autant plus que c'est le préalable de toute connaissance scientifique. André AKOUN et Pierre ANSART définissent la théorie comme :

*Un système structuré d'hypothèse à vocation explicative ; elle a pour ambition d'offrir une explication générale des phénomènes et un cadre d'analyse des pratiques sociales. [...] La théorie n'est pas un corps de connaissance, mais un système cohérent de conjectures orientant la recherche par voie de déduction dans l'étude des données.<sup>29</sup>*

Pour étudier les pesanteurs socioculturelles de la malnutrition chez les enfants de 06 -59 mois dans le district santé de Ngaoundéré, les théories sociologiques qui nous serviront de guide sont la théorie de la représentation sociale et l'analyse stratégique.

#### **1- Théorie des représentations sociales**

Les représentations sociales imposent à l'individu des manières de penser, de sentir et d'agir, et se matérialisent dans les institutions sociales au moyen de règles sociales, morales et juridiques. À ce titre, cette théorie permettra de mieux expliquer le comportement des populations de la ville de Ngaoundéré face au phénomène de la malnutrition infantile.

Selon Denise JODELET,<sup>30</sup> le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, elle désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. En tant que telles, elles présentent des caractères spécifiques au plan de l'organisation des contenus, des opérations mentales et de la logique. Le marquage social des contenus ou des processus de représentation est à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications par lesquelles elles circulent, aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres. Quant à Gustave

---

<sup>29</sup> André AKOUN, Pierre ANSART, (éds) : Dictionnaire de sociologie, Paris, Seuil, 1999, p.535.

<sup>30</sup> Denise JODELET, 1984, Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie. In : S. Moscovici, Psychologie sociale, Paris, PUF, p. 357-378

FISCHER<sup>31</sup>, la représentation sociale est un processus, un statut cognitif, permettant d'appréhender les aspects de la vie ordinaire par un recadrage de nos propres conduits à l'intérieur des interactions sociales. Dans un groupe social donné, la représentation d'un objet correspond à un ensemble d'informations, d'opinions et de croyances relatives à cet objet. La représentation va fournir des notions prêtes à l'emploi, et un système de relations entre ces notions permettant aussi, l'interprétation, l'explication, et la prédiction. Travailler sur une représentation selon Claudine HERZLICH<sup>32</sup> c'est « *observé comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales, et de modèles culturels, est pensé et vécu par des individus de notre société ; étudier comment s'élabore, se structure logiquement, et psychologiquement, l'image de ces objets sociaux* ». Pour Jean-Claude ABRIC<sup>33</sup>, « *la représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu où un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* ».

Emile DURKHEIM considère la société forme un tout, une entité originale, différente de la simple somme des individus qui la compose. En parlant de représentation collective, DURKHEIM fait apparaître une idée de contrainte sur l'individu dans ce sens que la représentation impose à l'individu des manières de penser et d'agir, et se matérialise dans les institutions sociales au moyen de règles sociales, morales, juridiques. On retiendra de DURKHEIM, l'idée d'une supériorité des éléments sociaux à savoir : conscience collective, et représentation collective, sur les éléments individuels. D'un autre point de vue, c'est à MOSCOVICI, que l'on doit la reprise et le renouveau des acquis durkheimiens. Selon lui « *les représentations sont des formes de savoir naïf, destinées à organiser, les conduites et orienter les communications* ». Ces savoirs naturels constituent les spécificités des groupes sociaux qui ont produits les constituants de la représentation sociale. Dans la plupart des définitions psycho-sociales des représentations, on retrouve trois aspects caractéristiques et interdépendants qui sont : la communication, en ce sens que les représentations sociales offrent aux personnes « *un code pour leurs échanges et un code pour nommer et classer de manière univoque les parties de leur monde et de leur histoire individuelle ou collective* » (Moscovici). Selon Denise JODELET<sup>34</sup>, les représentations nous guident dans la façon de nommer et de

---

<sup>31</sup> Gustave FISCHER, 1987, Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, presses de l'université de Montréal, Dunod, p118.

<sup>32</sup> Claudine HERZLICH, Santé maladie, analyse d'une représentation sociale.in *anales. Economies, société, civilisations*. 24<sup>e</sup>, 1969

<sup>33</sup> Jean-Claude, ABRIC, *Coopération, compétition et représentations sociales*, Cousset-Fribourg : DelVal. 1987

<sup>34</sup> Denise JODELET, *Représentations sociales*, Paris, P-u-f. 1989.

définir ensemble les différents aspects de notre réalité de tous les jours ; dans la façon de les interpréter, de statuer sur eux et le cas échéant de prendre une position à leurs égards et de la défendre. La maîtrise de l'environnement par le sujet qui est l'ensemble de ces représentations ou de ces connaissances pratiques permet à l'être humain de se situer dans son environnement et de le maîtriser. Cette dernière dimension est plus concrète que les précédentes, dans ce sens que la maîtrise de l'environnement nous renvoie en partie à l'utilité sociale de la notion de représentation. Ces différentes fonctions sont entre autres la fonction de code commun : ici, les représentations dotent les acteurs sociaux d'un savoir qui est commun, donc partagé, ce qui facilite la communication. Cette fonction de communication va permettre de comprendre et d'expliquer la réalité : la fonction d'orientation des conduites qui guide les comportements et les pratiques des acteurs ; la fonction de justification qui quant à elle permet à posteriori, de justifier les prises de position et les attitudes des acteurs.

Cette théorie a été capitale pour la découverte et l'explication des différentes actions posées par les acteurs. Elle permet de comprendre comment les représentations, qui sont des formes de savoir parfois naïf, destinées à organiser, les conduites et orienter les communications ont de l'influence ou s'imposent à l'ensemble de la population tout en modifiant les comportements et attitudes en matière d'alimentation, de santé, des modes et pratiques de prévention de la maladie des populations de la ville de Ngaoundéré.

## **2- L'analyse stratégique**

L'analyse stratégique de la théorie des organisations de Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, est une analyse du comportement des acteurs qui déploient des stratégies pour contourner les normes enfin d'atteindre leurs propres objectifs. Prenant la suite des analyses structuro-fonctionnalistes, cette théorie, tente de rendre compte du comportement des membres des organisations, dont les actions structurent leur champ d'action. L'Analyse Stratégique (A.S.) partira d'une constatation de base : aucun individu n'accepte d'être traité totalement et uniquement comme l'objet du fonctionnement ou de l'accomplissement des buts d'une organisation ou d'une société. Les conduites des acteurs ne sont plus vues comme la simple résultante, prévisible, stéréotypée et donc reproductible, des déterminants structurels, financiers ou psychologiques. Leurs conduites sont inventées par les acteurs, dans un contexte, construites en vue de certains buts. Au lieu de partir d'un agent passif répondant de manière prévisible aux choix du stimulus qu'on lui impose, l'A.S. postule l'existence d'agents libres ayant leurs propres buts. Pour atteindre ces buts, les acteurs vont poursuivre leurs propres

stratégies ; ils vont utiliser les ressources dont ils disposent de la manière la plus judicieuse compte tenu des contraintes du moment, telles qu'ils les perçoivent, depuis leur position. Leur conduite n'est donc pas entièrement prévisible puisque changeante.

De manière spécifique, l'intérêt porté à l'analyse stratégique dans le cadre de cette recherche a été l'analyse des stratégies déployées par les acteurs de la ville de Ngaoundéré pour traiter et prévenir la maladie. En effet, ce modèle théorique permet de rendre compte des modèles de thérapies et de prévention de la maladie mise en place par la population. En outre, en s'appuyant sur cette théorie, elle permet de mettre en relief les comportements d'agents libres face à un but à atteindre. Pour ce fait, les agents vont déployer des techniques qu'ils estimeront bonnes pour y parvenir.

## **VII-2- Techniques de collecte des données**

Comme techniques de collecte des données, la présente recherche a mobilisé un ensemble de procédés qualitatifs et quantitatifs qui ont permis de recueillir les informations relatives au sujet de recherche : la recherche documentaire, entretiens-semi directifs, et le questionnaire.

### **1- Recherche qualitative**

#### **- Recherche documentaire**

C'est une démarche systématique d'identification, de recueil et de traitement des données publiées ou non, susceptibles de rendre clair et précis le thème de recherche. Elle est une étape incontournable dans la recherche en ce sens que, le chercheur doit avoir connaissance des travaux réalisés antérieurement dans le domaine d'inscription de sa recherche afin de lui permettre d'avoir une saisie plus large et d'acquérir un certain nombre de connaissances théoriques. Les études publiées jusque-là dans des périodes scientifiques bien définies fournissent des informations permettant de mettre le sujet de recherche en rapport avec les études antérieures, afin d'y identifier les lacunes et de contribuer au développement des savoirs. C'est d'ailleurs ce que soulignent Raymond QUIVY et Luc VAN CAMPENHOULT<sup>35</sup>. Allant dans la même logique, Valentin NGA NDONGO<sup>36</sup> affirmera « *il s'agit d'une observation médiatisée par les documents* », il renchérit ses propos en disant : « *est document tout élément*

---

<sup>35</sup> Raymond QUIVY, et Luc VAN CAMPENHOULT, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 1995.

<sup>36</sup> Valentin NGA NDONGO, *L'opinion camerounaise*, thèse de Doctorat d'Etat en sociologie, Université de Paris x Nanterret1, p.23, 1999.

*matériel ou immatériel, qui a un rapport avec l'activité des hommes vivant en société et qui de ce fait constitue indirectement la source d'informations sur les phénomènes sociaux ».*

Elle permettra dans le cadre de nos recherches, de faire le tour des documents écrits ou non, physiques ou numériques, sur les questions de malnutrition infantile pour mieux approfondir nos analyses sur le sujet de recherche et la circonscription de notre problématique.

Pour mieux appréhender notre objet d'étude, nous nous sommes attelés à une recherche documentée consistant à cataloguer un ensemble de documents à savoir, des ouvrages, des articles, des rapports, des mémoires, des revues consacrées à la malnutrition infantile en général. Cette recherche documentaire a permis d'avoir une connaissance large sur le phénomène étudié.

#### **- L'observation indirecte**

L'observation indirecte consiste à une observation où le chercheur ne s'implique pas directement dans les activités du milieu à étudier. Elle se fait de l'extérieur c'est-à-dire l'enquêteur garde une certaine distance. L'observation est l'une des techniques de collectes des informations en sciences sociales qui permet d'entrée en contact avec la vérité sociale, de porter un regard attentif sur une situation sans la modifier. Elle consiste à porter un regard « *sur une situation sans que celle-ci ne soit modifiée. Regard dont l'intentionnalité est de nature très générale et agit au niveau de ce qui doit être observé dans la situation. Le but étant le recueil des données différentes sur la situation* »<sup>37</sup>. Grâce à notre séjour dans les différents Fosa de la ville, nous avons pu observer comment se faisait la prise en charge des enfants malnutris, les interactions entre les parents d'enfants malnutris et le personnel soignant, interactions parfois peu conviviales. Dans le cadre de ce travail, le recours à cet outil a été fait pour percevoir, mémoriser et noter les différents éléments pouvant être utiles à la compréhension et à l'explication de la persistance de la malnutrition dans la ville de Ngaoundéré.

#### **- Les entretiens semi-directifs**

Selon Madeleine GRAWITZ<sup>38</sup>, l'entretien semi directif est : « *une communication orale ayant pour but de transmettre des informations de l'enquêté à l'enquêteur* ». Cette technique

---

<sup>37</sup> Rodolphe GHIGLIONE, et Benjamin MATALON, Les enquêtes sociologiques. Théories et pratiques, paris, Armand colin, pp11, 1985.

<sup>38</sup> Madeleine GRAWITZ, Méthodes des sciences, 10eme édition, Paris, Dalloz, pp155.

renferme deux formes d'entretien à savoir, l'entretien directif et l'entretien non directif. Selon que le contenu est ou non structuré par l'enquêteur, la participation est active et favorise une bonne compréhension. Le choix porté sur ce type d'entretien est le fait qu'il admet des questions formulées à l'avance, des questions ouvertes, celles fermées et favorise également des brèches. Ce qui permet une certaine marge de liberté aux répondants. En plus, ce type d'entretien éloigne les risques d'éparpillement des réponses. Il garde ouvert la possibilité d'obtenir des réponses vagues qui seront plus tard restructurées. Le contact physique direct ou le tête-à-tête permet de mieux expliquer et mieux comprendre la posture de son interlocuteur. Ainsi, cette technique a permis d'avoir des échanges très enrichissants et profonds avec les personnes qui constituaient les composantes de notre échantillon (les mères des enfants dénutris, les points focaux nutritionnels et le chef service nutrition de la délégation, le district de santé de Ngaoundéré urbain) sur la question de malnutrition. La durée des entretiens variait selon les interlocuteurs. Plusieurs Formations Sanitaires (FOSA) de la ville de Ngaoundéré prenant en charge les enfants malnutris ont été parcourues à savoir : SABONGARIE, BOUMJERE, SARE-DAMA, BURKINA, LAMIDAT, LAKENPA, BAMNYANGA, MARZA, GADAMABANGA, SALAM, NDELBE, LAGLOIRE, HAMADJANGUI, un total de 12 FOSA en tout.

## **2- Recherche quantitative**

### **- Le questionnaire**

L'enquête par questionnaire est une démarche systématique qui consiste à recueillir sur la base d'un questionnaire des données quantifiables sur les attitudes, les opinions, les comportements et la situation de vie des individus. Selon Rodolphe QUIVY et Luc VAN CAMPENHOUDT<sup>39</sup>, elle consiste à poser à un ensemble de répondants, le plus souvent représentatifs d'une population, une série de questions relatives à leur situation sociale, professionnelle ou familiale, à leurs opinions, à leur attitude à l'égard des options, d'enjeux humains ou sociaux, à leurs attentes, à leur niveau de connaissance ou de conscience d'un événement ou d'un problème. Les données numériques de cet échantillon représentatif ont été extrapolées à la population mère.

L'outil de collecte par excellence des données quantifiables est le questionnaire (une série de questions prédéfinies, standardisées, claires et précises à administrer aux individus représentant la population mère). Le questionnaire a donc comme objectifs : le recueil des

---

<sup>39</sup> Rodolphe QUIVY et Luc VAN. CAMPENHOUDT, Manuel de la recherche en science sociale, 1988 Bordas, Paris, pp181

informations numériques sur des phénomènes jugés subjectifs comme les motivations, les attentes, les opinions ou systèmes de représentations (enquête descriptive) ou le recueil des informations telles que les données socio-économiques (le niveau d'étude, niveau socioprofessionnel, le niveau du salaire, etc.) ou encore les informations sur le degré de satisfaction ou d'insatisfaction ou encore sur la quantité, etc.

Dans le cadre de ce travail, l'enquête par questionnaire a été menée sur un échantillon de la population mère choisie à partir des bases de données reçues au niveau du district de santé. Nous avons effectué nos collectes dans les différents Fosa du district de Ngaoundéré Urbain en fonction du nombre d'admission des enfants malnutris. Le questionnaire a été adressé aux mères ou aux accompagnantes ayant au moins un enfant malnutri admis dans un centre pour la prise en charge. Ce questionnaire a servi d'outil de recueil de données quantifiables permettant ainsi d'argumenter avec des chiffres à l'appui. Pour faciliter le traitement et l'analyse de ces données, le logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences) a été utilisé. Il a ainsi permis une meilleure exploitation des données. L'enquête sociologique par questionnaire ne cherche pas à produire le chiffre qui ne parle de lui-même, elle cherche plutôt à « rendre compte d'une activité ou d'une opinion en dévoilant les facteurs qui influent sur celle-ci »<sup>40</sup>. Ce questionnaire a été élaboré afin de « transformer les questions qu'on se pose en question que l'on pose »<sup>41</sup>.

### **VI.3- échantillonnage**

L'échantillonnage fait référence au choix d'une partie représentative de la population pour déterminer les caractéristiques à l'ensemble de la population à étudier. Ainsi, pour la présente recherche, un échantillonnage en grappe a été utilisé pour donner la possibilité à chaque mère d'être sectionnée dans le groupe d'échantillon. Pour mieux élaborer notre travail, un ensemble d'éléments ont été abordé.

#### **- Population cible**

Notre recherche étant centrée sur les pesanteurs socioculturelles, les itinéraires thérapeutiques et les moyens de prévention de la malnutrition infantile, 80 mères d'enfants de la ville de Ngaoundéré ayant des enfants âgés de moins de cinq ans (06 à 59 mois) ont été ciblé.

---

<sup>40</sup> François DE SINGLY, L'enquête et ses Méthodes : le questionnaire, deuxième édition, paris, collection, 128-sociologie- Anthropologie parution 07-02-2005 p17.

<sup>41</sup> Rodolphe QUIVY et Luc CAMPENHOUDT, Manuel de recherche en sciences sociales, 3ème édition entièrement refondue et augmentée, Paris, Dumant, 1995.

Ceci du fait que, ce sont elles qui soient pour la majeure partie responsable de la prise en charge de l'allaitement, l'alimentation des enfants et la préparation des repas dans les familles. Bref, elles sont le noyau du foyer, elles maîtrisent pour le mieux l'enfant et son alimentation. La mère constitue la première personne à porter assistance à l'enfant quand ce dernier souffre pour des raisons diverses. Elles sont donc en mesure de donner des informations concernant l'enfant particulièrement ce qui peut porter préjudice à sa santé. Elles qui nourrissent au quotidien les enfants, constatent les premiers signes de la maladie et assurent le suivi du traitement de l'enfant.

#### - La taille de l'échantillon

Pour ce qui est de la taille de notre échantillon, 80 mères résidant dans le district de Ngaoundéré urbain et ayant un enfant malnutri, 06 personnes ressources dont 04 points focaux, le service nutrition de la DRSP et celui du district de santé de Ngaoundéré urbain ont été interviewés. Parmi les 06 personnes ressources nous avons 4 points focaux à savoir SABONGARIE, BURKINA, BAMNYANGA MARZA, BOUMDJERE, le chef service nutrition du District et le chef Service Nutrition de DRSP. Le choix s'est fait en fonction des répartitions du pourcentage d'admis dans les Fosa il en va de même pour ce qui est du choix des points focaux. Pour le service nutrition DRSP, le choix s'est porté vers ce service dans la mesure où, il est chargé de gérer les activités de nutrition en générale dans l'Adamaoua et pour ce qui est du district, étant donné que la recherche est centrée au niveau du district de Ngaoundéré urbain, son apport est capital dans la collecte des informations.

Les données ci-dessous nous ont permis de choisir les FOSA à enquêter en fonction du nombre d'enfants d'admis dans le PCIMAS

Données prises au niveau du district de santé de Ngaoundéré urbain.

Résultats OBTENUS PCIMAS : JANVIER – JUIN 2019

FOSA	Admissions	Guérisons	Abandons	DECES
BGA MARZA	33	24	6	0
HAMADJANGUI	24	4	5	0
BOUMDJERE	73	40	9	1
NDELBE	13	7	1	0
SABONGARI	113	110	3	0
LAMIDAT	21	9	0	0
BURKINA	37	29	0	0

SALAM	21	6	0	0
SARE DAMA	14	5	0	0
YVES PLUMEY	11	6	8	0
AOUDOU TAPARE	19	15	2	0
PATIENCE	1	0	0	0
CLINIC ISLAMIC	16	12	0	0

RELEVE	30	10	0	0
GADA MABANGA	25	15	1	0
NORD CIFAN	25	10	9	0
TOTAL	476	302	48	1

**- Critère d'éligibilité**

Tous les enfants âgés de 06-59 mois admis dans le programme de prise en charge au moment de l'enquête uniquement.

**- Critères d'inclusion**

- ✓ Habiter la ville de Ngaoundéré ;
- ✓ Admis dans le programme de prise en charge à partir de janvier 2019 ;
- ✓ Être parent d'enfant âgé de moins de cinq ans (06 à 59 mois).

**- Critères d'exclusion**

- ✓ Refus de répondre aux questions ;
- ✓ Impossibilité de participer à l'enquête ;
- ✓ Toute personne ne résidant pas dans la ville de Ngaoundéré ;
- ✓ Les mères n'ayant des enfants malnutris.

**VI-4- Technique d'analyse des données**

Après la phase de collecte des données, nous avons procédé à la phase de traitement et d'analyse des données collectées sur le terrain.

## **1- L'analyse des données qualitatives**

L'analyse qualitative a permis de par nos échanges avec les personnes concernées à la description et l'interprétation des conduites, des comportements, des attitudes des enquêtées afin de les comprendre pour mieux les expliquer sans juger et mieux interpréter les non-dits et faire ressortir la face latente de la réalité existante sur la malnutrition.

- L'analyse des discours

Nous avons fait recours à l'analyse du discours pour faire ressortir les aspects logiques, herméneutiques ainsi que les caractéristiques extrinsèques où le discours est considéré non pour ce qu'il désigne, mais pour ce qu'il révèle.

- L'analyse de contenu thématique

L'analyse de contenu thématique nous a permis de faire ressortir les sens du message des interlocuteurs, tout en délimitant les éléments d'information des différentes sources. Elle a été jointe à l'analyse des informations dont nous groupons les verbatim des entretiens individuels ceux de groupes. Nos données du terrain nous ont conduits à ressortir les grandes thématiques suivantes :

- Lien entre les traits caractéristiques de la zone d'étude et la malnutrition ;
- Relation entre les facteurs socioculturels et la malnutrition ;
- Appartenance socioculturelle et la malnutrition ;
- Lien entre représentation sociale de la maladie et choix des recours thérapeutiques ;
- Rapports entre stratégies de prévention endogène et malnutrition

L'analyse qualitative a permis de par nos échanges avec les personnes concernées à la description et l'interprétation des conduites, des comportements, des attitudes des enquêtées afin de les comprendre pour mieux les expliquer sans juger et mieux interpréter les non-dits et faire ressortir la face latente de la réalité existante sur la malnutrition.

## **2- Analyse quantitative**

L'analyse quantitative, a permis d'avoir des données statistiques significatives. Les logiciels SPSS et EXCEL ont été utilisés dans l'analyse quantitative pour faire ressortir les graphes, diagrammes, tableaux et chiffres.

## VIII. CADRE CONCEPTUEL

Toute investigation scientifique sur un objet ou phénomène nécessite dès le départ une clarification conceptuelle d'autant plus que pour Emile DURKHEIM<sup>42</sup> « *la première démarche d'un sociologue doit être de définir les choses dont il traite, afin que l'on sache et qu'il sache bien de quoi il est question* ». Nous procédons pour ce fait à une épuration des concepts clés de notre travail à savoir : malnutrition ; malnutrition infantile ; malnutrition aigüe, dénutrition, surnutrition, facteurs socioculturels, itinéraire thérapeutique, moyen de prévention.

Ces différentes définitions nous permettrons de mieux assimiler notre sujet et permettre aux lecteurs de comprendre de quoi il est question dans le présent travail.

### - La malnutrition

Il est d'abord important de définir le concept de malnutrition en général. Pour ce fait, plusieurs définitions font être relèvent en fonction des auteurs.

La malnutrition selon Helen KELLER International, « *se manifeste essentiellement par un déséquilibre entre les apports alimentaires et les besoins nutritionnels d'un individu* ». Ce déséquilibre peut en effet s'agir d'un défaut ou d'un excès en alimentation. Il ressort qu'une personne qui consomme une alimentation trop riche en graisse peut souffrir d'obésité qui est une surnutrition<sup>43</sup>. l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>44</sup>, d« *la malnutrition est définie comme un état pathologique résultant de la carence ou de l'excès, relatif ou absolu, d'un ou plusieurs nutriments essentiels, que cet état se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques ou physiologiques* ». l'UNICEF<sup>45</sup> définira la malnutrition « *comme le fruit de l'association d'un apport alimentaire inadéquat et d'une infection. Chez les enfants, la malnutrition est synonyme de troubles de la croissance, les enfants mal nourris étant plus petits et plus légers que ne le voudrait leur âge* ». Le Programme Alimentaire Mondial<sup>46</sup> définit la malnutrition comme « *un état dans lequel la fonction physique d'un individu est altérée au point où il /elle ne peut plus maintenir un processus adéquat de*

---

<sup>42</sup> Émile DURKHEIM, Les règles de la méthode sociologique, seizième édition, les classiques des sciences sociales Chicoutimi, Québec, édition, 1967, p34

<sup>43</sup> L'encyclopédie Universalis, volume 1, 2002.

<sup>44</sup> DERRICK, Appréciation de l'état nutritionnel des populations (principalement par voie d'enquête dans les pays en développement). Organisation Mondiale de la Santé. Genève : OMS, 1969, p8.

<sup>45</sup> UNICEF : La situation des enfants dans le monde : regard sur la nutrition, New York, 1998, p 14.

<sup>46</sup> CDC et PAM, Manual, Measuring and Interpretating Malnutrition and Mortality. Rome, Italie : Nutrition Service. 2005, p15.

*performances corporelles comme la croissance, grossesse, allaitement, travail physique, résister et/ou guérir de la maladie* ». Éric FONTAINE considèrera la malnutrition comme :

*Résultant d'un déficit énergétique et protéique de l'organisme, causé soit par une insuffisance des apports alimentaires, soit par une augmentation des pertes, soit par une association de ces deux causes. Ce n'est pas à proprement parler une maladie, mais un syndrome, c'est-à-dire une combinaison de facteurs qui vont concourir à la dégradation de l'état général*<sup>47</sup>.

Eu égard aux différentes définitions précitées de la malnutrition, dans le cadre de notre recherche, la malnutrition infantile se définit comme une carence en macronutriments (glucides, protéines et matières grasses) ou en micronutriments (vitamines et minéraux), ou des deux à la fois, chez tout enfant de 06 à 59 mois.

#### - **Facteurs socioculturels**

Nous pouvons définir les facteurs socioculturels comme l'ensemble des normes, des valeurs, des savoirs et des pratiques populaires, régissant les manières de faire, de dire et de penser des acteurs<sup>48</sup>. Ils sont considérés comme des facteurs qui influencent le comportement des individus. Ces facteurs socioculturels sont entre autres, des groupes plus ou moins structurés comme la famille, les groupes d'appartenance, les groupes de référence ou la culture. Un individu peut faire partie d'un ou plusieurs de ces groupes, ce qui peut parfois provoquer certaines contradictions au niveau comportemental.

#### - **Itinéraire thérapeutique**

l'itinéraire thérapeutique est défini selon Yves Bertrand DJOUDA FEUDJO comme une succession de recours aux soins depuis le début jusqu'à la fin de la maladie (guérison, stabilisation ou décès)<sup>49</sup>. Il peut également être défini comme, une voie ou un chemin qu'emprunte un malade dans l'optique de rechercher et d'accéder à la guérison et peut être la médecine moderne, l'ethnomédecine africaine ou d'autres types de recours de santé.

---

<sup>47</sup> Éric FONTAINE est Président de la Société francophone nutrition clinique et métabolique (SFNEP), médecin responsable de l'Unité de nutrition artificielle du CHU de Grenoble (38), fondateur du Collectif de Lutte Contre la Dénutrition (CLCD) en France, 2016, pp.11

<sup>48</sup> Soulard GWENOLE, Luca RAINERI, médecins du monde, janvier 2012.

<sup>49</sup> Yves Bertrand DJOUDA FEUDJO, réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun in Benjamin Alexandre Nkoun (dir) pp 324.

## **IX. DIFFICULTES ENCONTREES**

Au cours de nos enquêtes, nous nous sommes heurté à des difficultés. La grande difficulté a été celle de la réticence des enquêtées à aller en profondeur dans leurs propos et le refus de répondre à certaines questions. Au départ des entretiens, les enquêtées étaient méfiantes mais lorsque la langue locale était employée et que le mot DRSP était mentionné, les échanges devenaient plus fluides.

## **X. DELIMITATION SPATIO-TEMPORELLE DE LA RECHERCHE**

La collecte de donnée s'est effectuée dans 12 Fosa du district de santé de Ngaoundéré urbain pendant tout le mois de janvier 2020. Les données analysées dans ce mémoire vont de 2020 à 2021.

## **XI. PLAN DE REDACTION DU TRAVAIL**

Pour rendre compte de notre recherche, intitulée « **Pesanteurs Socioculturelles et Malnutrition aiguë chez les enfants de 06-59 mois dans le District de Santé de Ngaoundéré Urbain** » notre travail se structure en 03 parties chaque partie comporte 02 chapitres présentés comme suit :

La première théorique se donne de présenter les différents traits caractéristiques de la zone d'étude, de faire une brève description possible de cette zone (son sol, son climat, sa végétation, ses activités et son administration) dans l'optique de faire ressortir les avantages et richesses donc dispose cette partie du pays qui fait face à la malnutrition (chapitre I). Ce chapitre nous sert de fenêtre pour montrer que les ressources donc dispose un pays ne sont pas forcément le garant d'une bonne alimentation, il existe d'autres facteurs qu'il faut tenir en compte. Le deuxième chapitre quant à lui fait un feedback sur les origines de la maladie, son année d'apparition, présenter les différents types et les formes de malnutrition les plus courants. La deuxième partie est empirique. Elle a pour mission d'identifier et de présenter les différents facteurs socioculturels à savoir l'âge, niveau d'étude, religion, rang de naissance, sexe, etc. (troisième chapitre). Le quatrième chapitre traite d'un ensemble de perceptions socioculturelles favorisant la malnutrition et les comportements des mères face aux pratiques alimentaires pendant la grossesse, pendant l'allaitement, l'alimentation et l'entretien des enfants ainsi que leurs connaissances sur la malnutrition. La troisième partie également empirique présente les recours thérapeutiques comme étant facteurs de persistance de la malnutrition (cinquième chapitre).

Le sixième chapitre enfin traite des savoirs endogènes en matière de prévention des maladies comme ayant une part de responsabilité dans la persistance de la malnutrition.

PREMIÈRE PARTIE : GENERALITE SUR LA REGION ET  
ORIGINE DE LA MALNUTRITION

La première partie, subdivisée en deux chapitres : le chapitre I et le chapitre II est essentiellement théorique. Dans cette partie, il sera question pour nous de présenter dans le chapitre I les atouts de la région à savoir son sol, son climat, sa végétation, ses activités et son administration qui sont des facteurs d'équilibre alimentaire. Le chapitre II quant à lui met un point d'honneur sur l'historique, les types et formes de la malnutrition. L'objectif ici est de faire une analyse sur l'état géographique de la région et la survenue des maladies nutritionnelles.

**CHAPITRE I :**  
**PRESENTATION DE L'ENVIRONNEMENT NATUREL ET**  
**SOCIAL DE LA VILLE DE NGAOUNDERE**

Ngaoundéré est l'une des villes du Cameroun, chef-lieu de la région de l'Adamaoua. La ville est située au Nord de la région sur le plateau de l'Adamaoua. C'est un carrefour important du commerce régional, un passage obligé du transport routier entre les villes du Sud du pays et les villes du Nord jusqu'au Tchad. Ngaoundéré se démarque par un mont situé sur un rocher arrondi, ce qui fait dire aux populations qu'elle est le « nombril » ou le centre de l'Adamaoua. Le décret N°83/390 du 22 août 1983 fait de Ngaoundéré le chef-lieu de la nouvelle province de l'Adamaoua. Le 12 novembre 2008, le décret N°2008/376 fait de cette ville le chef-lieu de la région de l'Adamaoua. Enfin, le 17 janvier 2008, la communauté urbaine de Ngaoundéré est créée (Félix Bouyo Ndolédjé 2015).

Géographiquement, la région de l'Adamaoua est située entre le 6ème et le 8ème degré de latitude Nord et entre le 11ème et le 15ème degré de longitude Est. Elle est constituée dans l'ensemble de hauts plateaux qui la traversent de l'Ouest à l'Est. Sa position médiane entre les parties méridionales et septentrionales du Cameroun lui confère des frontières avec cinq régions : Au sud, les régions du Centre et de l'Est ; Au sud-ouest, celles de l'Ouest et du Nord-Ouest ; Au Nord, la région du Nord. La région de l'Adamaoua a également des frontières avec le Nigeria et la République Centrafricaine respectivement dans sa partie occidentale et orientale.

## **I. ENVIRONNEMENT HUMAIN DE LA VILLE**

Dans cette présente partie, il est question de présenter les différentes ethnies qui peuplent la zone ainsi que la religion.

### **1- Une zone constituée d'une mosaïque de peuple**

La population de Ngaoundéré est constituée d'un mélange de peuple découlant d'une association entre autochtones et allogènes (qualifions d'autochtones les peuples installés ici depuis un siècle au moins, et allogènes les peuples venant d'autres horizons du Cameroun et même de l'extérieur des frontières nationales). Ainsi donc classons les groupes en présence selon qu'ils sont autochtones ou allogènes.

**Les Mboum :** constituent des unités politiques relativement structurées. Elles sont centrées sur le pouvoir politique et religieux d'un souverain : le Bélaka. L'animisme était et est encore pratiqué sur le plan religieux. Les cultes pratiqués par ce peuple sont en rapport avec les activités agricoles et revêtent un caractère propitiatoire, avec des sacrifices de moutons et des offrandes de bière de mil.

**Les Peuls :** selon un certain nombre de théories, les Peuls seraient originaires du haut Nil, où leurs lointains ancêtres auraient séjourné. Conduit par une longue migration pendant le néolithique au Sahara encore verdoyant, le dessèchement de cette région les amena à converger vers le sud, dans la région de 'Tekrou' où la langue Peul (Pular-ffulde) aurait été élaborée (Bah, 1992).

**Les Dii :** sont un peuple d'agriculteur installés à la limite nord de Ngaoundéré, l'histoire de leur présence à Ngaoundéré troisième est sans doute liée à la proximité de Ngaoundéré et Mbé.

**Les Gbaya :** ils ont une origine controversée. Une première hypothèse leur assigne une origine soudanaise dans une région située entre le Lac Tchad et la Bénoué.

Ngaoundéré est une ville carrefour qui accueille également certains peuples venus d'autres parties de la région mais également d'autres parties du pays. On citera : les Tikar, les Vouté, les Mambila, les Kwanja, les Haoussa, les Bamiléké, les Béti, les Toupouri, les Moundang, les Laka, les Arabes choa, les Bamoun (...). Fort de son caractère de ville cosmopolite, Ngaoundéré abrite en outre des ressortissants de nations étrangères telles que le Sénégal, le Mali, la Côte d'Ivoire, la République Centrafricaine, le Tchad, le Niger, le Nigéria, la Chine, la France, la Norvège, les États-Unis d'Amérique (...).

## **2- La religion**

L'Islam est la religion principale bien que le Christianisme y soit également présent. Ce sont les Peuls qui ont historiquement islamisé la région. Dès lors, la religion s'est développée et est pratiquée par d'autres ethnies comme les Mboum qui étaient auparavant animistes. La Commune compte plusieurs mosquées, et des musulmans en grand nombre pratiquants fervents, et se sont déjà rendus à la Mecque (Edgard TAFOUMENE 2013).

## **II. ORGANISATION ADMINISTRATIVE, POLITIQUE ET ÉCONOMIQUE**

La présente articulation présente l'Organisation administrative et politique, les activités économiques et les caractéristiques de l'habitat

### **1- Organisation administrative et politique**

L'organisation sociale de la ville de Ngaoundéré est marquée par l'administration. Celle-ci est incarnée par les structures déconcentrées de l'État ainsi que par un ensemble de services publics. Les établissements d'enseignements maternels, primaires, secondaires et universitaires marquent également l'organisation sociale de la ville de Ngaoundéré, avec pour principale institution d'enseignement supérieur, l'université de Ngaoundéré dans l'arrondissement de Ngaoundéré III. Traditionnellement, la ville est organisée autour d'une chefferie peul appelée « Lamidat », avec à sa tête un « Lamido », chef spirituel. Généralement, toutes les chefferies ont une grande mosquée à l'entrée de leur cour, signe d'un Islam triomphateur. La plupart des « Lamibé » à Ngaoundéré sont des métis (union Mboum et Peul) ; en hommage aux autochtones qui sont les Mboum et pour une meilleure cohésion avec les nouveaux venus, les Foulbés. On note également la présence des chefs de communautés, des leaders religieux et des chefs de quartiers. Cette structure est complétée par une multitude d'organisations non gouvernementales constituant la Société Civile<sup>50</sup>.

### **2- Les activités économiques**

La ville de Ngaoundéré regorge en son sein diverses activités économiques, dont les plus importantes sont : l'agriculture et l'élevage du bétail.

#### **➤ L'agriculture :**

Les populations de la ville de Ngaoundéré pratiquent l'agriculture périurbaine et rurale, autour de leur maison, dans les quartiers périphériques où la densité des constructions est encore faible. Le paysage des quartiers périphériques est ainsi constitué d'une étroite imbrication entre les constructions et les champs vivriers. L'agriculture pratiquée dans les espaces périurbains est de type extensif. Les principales cultures répertoriées sont le maïs, le manioc, l'arachide, la patate, l'igname, le haricot, les pommes de terre, et les cultures maraichères. Les zones cultivées se trouvent aux abords des cours d'eau, notamment dans les bas-fonds.

#### **➤ Élevage du bétail :**

---

<sup>50</sup> Félix BOUYO NDOLEDJE, Dynamique et perception de la biodiversité dans la ville de Ngaoundéré, Université de Ngaoundéré - Master II en géographie 2015.

En Afrique sahélienne et soudanienne, l'élevage des bovins est une activité longtemps pratiquée, de nos jours encore, il est pratiqué dans l'Adamaoua. Les Peuls et autres tribus accordent une grande priorité à l'élevage et ont fait de cette activité la dominante. Les populations des zones urbaines et périurbaines de Ngaoundéré pratiquent trois types d'élevage à savoir : l'élevage des mammifères ; notamment des bovins, des ovins, des caprins, des arlequins, des rongeurs et des porcins ; l'élevage de la volaille et enfin l'apiculture. L'élevage des bovins comme celle des autres espèces de mammifères est essentiellement destinée à la production de la viande vendue dans les différents marchés de la ville de Ngaoundéré et ailleurs.

La ville de Ngaoundéré regorge en son sein diverses activités économiques à savoir l'agriculture, le transport et le commerce général. Il existe cependant des obstacles à l'essor du secteur économique de cette ville notamment, l'insécurité grandissante, le chômage des jeunes, l'absence d'infrastructures économiques aménagées, l'insuffisance des investissements pour le financement des projets ; le manque d'entreprises etc.

### **3- Caractéristiques de l'habitat**

En zone urbaine, l'habitat est principalement constitué des bâtiments construits en matériaux définitifs et en toit de tôle. Cependant, la densité très élevée (150 000 habitants Ngaoundéré I ; environ 85 000 Ngaoundéré II ; 35 000 habitants Ngaoundéré III)<sup>51</sup> dans cette zone amène d'autres personnes à s'offrir un logement dans des endroits à risque comme les flancs des montagnes et les bas-fonds. En effet, les quartiers traditionnels, organisés autour des grandes familles locales, sont composés d'une multitude de ruelles étroites et de « *Sarés*<sup>52</sup> », avec leurs cases rondes aux toits coniques, faits de paille et descendant près du sol.

## **III. ENVIRONNEMENT NATUREL : UN MILIEU HUMIDE AU RELIEF MONOTONE**

A l'instar de toute la région de l'Adamaoua, la ville de Ngaoundéré appartient au grand ensemble structural que constitue le plateau de l'Adamaoua. Le milieu a un sol de type ferrallitique, de couleur brun rouge ou brun noir dans les zones marécageuses ou le long des cours d'eau, le sol dans ces endroits à une structure fine, argileuse ou argilo-sableuse, riche en matières organiques. Les roches sont de nature cristalline, constituées de roches magmatiques (granite recouverte par endroits de coulées basaltiques issues des éruptions qui se sont

---

<sup>51</sup> Idem.

<sup>52</sup> Sarés : Cases rondes aux toits coniques, faits de paille et descendant très près du sol ; case traditionnelle.

produites sur ce massif). Cette structure présente une homogénéité presque généralisée. Mais à certains endroits apparaissent les affleurements rocheux qui sont la conséquence de l'activité érosive qui tronque les profils de la ville. Par ailleurs, le sol a des horizons indurés (cuirasses latéritiques riche en oxydes de fer) qui affleurent à la suite de la destruction des minces horizons sablo-argileux supérieurs<sup>53</sup>.

Dans la zone rurale de la ville, la végétation est une savane arbustive profondément anthropisée. Néanmoins, sur le plan floristique, les espèces les plus fréquentes sont représentées par *Annona senegalensis* (Pomme cannelle), *Daniellia oliveri* (Kera), *Vitellaria paradoxa* (Karité), *Terminalia macroptera* (Bananier), *Terminalia glaucescens* (Badamier), *Combretum* spp. *Ficus* spp. *Albizia zygia*, *Psorospermum febrifugum*, *Hymenocardia acida*. Dans la partie urbaine, on note la présence des arbres fruitiers : *Adansonia digitata*, *Mangifera indica* (Manguier), *Persea americana* (Avocatier), *Musa* spp. *Zyzyphus mauritiana*, *Tamarindus indica* (Tamarinier), *Phoenix dactylifera* etc., et des jardins composés principalement de *Mangifera indica* et *Persea americana*. A ces espèces qui donnent une physionomie particulière à la ville s'ajoutent des plantes ornementales au premier rang desquelles *Thevetia nerifolia*, *Cassia siamea* (*Senna siamea*), *Plumiera alba*, *Plumiera rubra* et divers pins.<sup>54</sup>

La région de Ngaoundéré renferme est riche et variée. On observe surtout les lièvres, écureuils, perdrix, pintades, singes, serpents, rats, chats sauvages, les pigeons sauvages, biches. L'existence de toutes ces espèces serait facilitée par la faible activité de chasse. On note également dans toutes ces zones la disparition des espèces comme l'éléphant, le buffle et le chimpanzé suite à l'action zoo-anthropique.

L'Adamaoua est caractérisé par un climat tempéré d'altitude, avec une courte saison sèche de 4 à 5 mois (novembre/décembre à mars/avril) et une longue saison pluvieuse (avril/mai à novembre/décembre). Les mois de janvier et de février enregistrent le paroxysme de la sécheresse, les herbes et la majorité des arbres perdent leurs feuilles vers la fin de la saison sèche à cause de L'Alizé continental provenant du Sahara, un vent fort et très sec, l'Harmattan, souvent chargé de poussières au point de masquer le soleil entre décembre et mars. La moyenne annuelle des précipitations est de 1500 mm et l'unique maxima pluviométrique s'observe au

---

<sup>53</sup> Idem.

<sup>54</sup> VOCTABEUA TAFUOMENE, Edgard GIRESE, Etudes d'impacts socio-économiques de la répartition des infrastructures hydriques dans la tranche urbaine de Ngaoundéré II au Cameroun, Licence en géographie physique, 2013.

mois d'Août qui atteint souvent les 250mm. Il s'agit surtout des pluies orographiques qui tombent sous formes d'averses et d'orages. La température moyenne annuelle est de 22°C, les amplitudes thermiques sont fortes, on note un minimum de 9°C souvent atteint en Janvier et un maximum atteint entre le mois de Mars et Avril comme affirme TSAGUE. Cependant, les amplitudes thermiques journalières se révèlent importantes avec des minima absolus voisinant 10° à 6 heures du matin et des maximas de 39°C à 13 heures<sup>55</sup>.

La ville de Ngaoundéré présente un relief irrégulier. Toutes les formes de relief y sont représentées avec une alternance de collines, de vallées, de plateaux et de quelques plaines. C'est au Sud-est et au Sud-ouest de la ville qu'on rencontre une dominance des massifs rocheux qui culminent à plus de 1190 m d'altitude. Il s'agit précisément de la chaîne du 'mont Ngaoundéré'. C'est le cas des quartiers hauts plateaux, administratif, Onaref, Ndelbé I, II et III et Marza. Notons que certains sommets du Sud-est de la ville culminent à 1100 voire 1300m d'altitude. Cette configuration topographique est responsable d'un climat un peu particulier à ces latitudes<sup>56</sup>.

L'Adamaoua, « Château d'eau » du Cameroun est arrosée par un important réseau hydrographique, qui parcourt tout le territoire et est constitué de nombreux mayo et rivières. Ainsi, la ville de Ngaoundéré possède un fort potentiel hydrographique constituée de cours d'eau tels que: La Bini, le Faro, le Djerem, le Soumsoum (qui est un affluent du fleuve Mabanga), le Marma, le Marza, le Bondjong, le Mandjiri et le Marko qui sont des affluents de la Vina ; la Bini, Tibaka, Margol, On y note également la présence des lacs à savoir : le lac Tison qui est un lac de cratère, le lac Piou, le lac Transcam, le lac Darang, le lac Massot, le lac Mbalang Djalingo, le lac Bini, et le lac de Dang (BOUYO Félix 2015).

Il ressort de cette présentation que Ngaoundéré est une zone à de multiples atouts et de nombreuses richesses. Sa position stratégique pour le commerce et les échanges lui confère une place de choix son sol fertile et riche, son climat doux est très favorable à l'agriculture, les pâturages verdoyants favorisent la pratique de l'élevage et son brassage ethnique favorise les échanges culturels. Cependant, force est de constater que malgré tous ces avantages, Ngaoundéré reste une zone qui est sous l'emprise de la malnutrition, et croupi sous le joug des différents types et formes de malnutrition infantile.

---

<sup>55</sup> Michel TCHOTSOUA, Evolution récente des territoires de l'Adamaoua central : de la spatialisation à l'aide pour un développement maîtrisé. HDR Géographie Université de Ngaoundéré, 2006.

<sup>56</sup> Idem.

## CHAPITRE II : HISTORIQUE, TYPES ET FORMES DE MALNUTRITION INFANTILE

La malnutrition désigne principalement une mauvaise alimentation, elle concerne une carence ainsi qu'un l'excès de nourriture qui conduit soit à la sous-nutrition soit à la surnutrition. Dans ce présent chapitre, il sera question de brosser du revêt de la main les origines de la malnutrition, sa période d'apparition et ses précurseurs. Il s'agira également de faire un aperçu général sur des types et des formes de malnutrition courante. Ceci dans l'optique de mieux nous imprégné du sujet pour faciliter nos analyses.

### **I. HISTORIQUE DE MALNUTRITION INFANTILE**

Avoir un aperçu sur la genèse de la malnutrition est utile pour connaitre à quoi renvoie cette expression et les tournures qu'elle a pris jusqu'à nos jours.

Selon les recherches faites, la malnutrition a existé depuis des décennies. S'en tenir aux les recherches faites par Philippe DESPRES et Auguste LECOMTE<sup>57</sup>, l'une des premières descriptions complètes d'un tableau clinique remonte à 1865 avec les recherches des Docteurs HINOJOSA et COINDET, effectués dans un village au Mexique, sur ce qu'on appelle le "kwashiorkor". Ces docteurs avaient observé la présence fréquente d'œdèmes chez des enfants dénutris à la période du sevrage. Ils avaient aussi remarqué la fréquente présence de diarrhées et de la rougeole chez les enfants. Ces médecins avaient encore noté que ce tableau clinique différait nettement de celui de la pellagre (maladie générale et très grave) déjà bien connu à l'époque, même si les enfants œdémateux suivaient un régime à base de maïs. Selon les recherches faites<sup>58</sup>, l'évolution de la maladie suit le chronogramme suivant :

- 1900 – 1930 : on parlait de Distrofi à Pluricarencial qui est un terme utilisé par les 1ers travailleurs latino-américain. Ce qui signifie “état de carences multiples” ;
- 1935 : Kwashiorkor une appellation en langue Ga (Ghana) d’Afrique de l’Ouest dont la traduction est “la maladie de l’enfant déchu” ;
- 1955 : elle est connue sous l’appellation de déficience en protéines, terme qui reflète la réflexion à l’époque sur la principale cause du kwashiorkor.

---

<sup>57</sup> Philippe DESPRES et Auguste LECOMTE, Développement et soin de l'enfant, Paris, Jacques Lahore, 2004.

<sup>58</sup> Action contre la Faim- International, L'Essentiel - Nutrition Et Santé, Des clés pour comprendre la nutrition-santé et le positionnement d'ACF.

- 1959 –1960 : elle devient connue sous le nom de Malnutrition Protéino-calorique (MPC) vers la fin des années 1950 et évolua vers Malnutrition Protéino-énergétique (MPE) terme qui est utilisé pour couvrir l'ensemble de la malnutrition autre que les états induits par des carences en nutriments spécifiques (carence en Vit C = scorbut) ;

- Années 1980 – 90 : c'est la Malnutrition en Nutriments et Energie (MNE), généralement utilisé pour exprimer que, la carence d'autres nutriments (zinc, Vit. A...) que la protéine contribue à la malnutrition et au retard de croissance. Ce terme sera très peu utilisé et connue.

- Années 1990 : elle change d'appellation et devient Malnutrition en micronutriments pour se réfère aux carences en micronutriments clés : Vit. A, iode, et fer.

- Fin des années 1990 : fatigué des appellations multiples, elle gardera le nom de Malnutrition, terme utilisé à nos jours. Cependant, faire un briefing sur quelques événements est important. Au début du XXe siècle, la malnutrition de l'enfant devient plus rare en Europe et ce sont surtout des médecins travaillant dans des colonies qui décrivent en détail des cas de malnutrition grave. Une des plus anciennes appellations est l'Annam. On doit cette appellation à un médecin militaire français Léon NORMET qui avait constaté des œdèmes chez des enfants dénutris et ayant une alimentation à base de riz. Il appela cette maladie, qui correspond au kwashiorkor dans la terminologie moderne, «la bouffissure d'Annam ». Il soupçonna d'emblée qu'une origine nutritionnelle en était la cause, ayant remarqué qu'elle ne survenait pas le long des rivières poissonneuses<sup>59</sup>.

Entre 1933 et 1935, une phase d'oubli des recherches faites sur la présence d'œdèmes associés à la malnutrition va être observée. À la fin des deux guerres mondiales, Cecily WILLIAMS débutera ses recherches en Côte d'Or (actuel Ghana) dans les années 30 à la pédiatrie où elle était en fonction. Elle ignorait totalement les publications de Normes relatives à la « malnutrition œdémateuse ». Elle avait aussi vu des cas d'œdèmes associés à une malnutrition et elle les décrit dans les "Archives of Diseases in Childhood", dans un article publié en 1933 et intitulé : "A nutritional disease of childhood associated with a maize diet". Cette publication insiste sur les lésions cutanées observées et la description clinique mais, met tout aussi bien en relief les différences entre cette "maladie nutritionnelle" et la pellagre. Deux ans plus tard, en 1935, WILLIAMS publie un article dans le Lancet, et donne à ce tableau clinique le nom ghanéen « kwashiorkor ». De ses premières observations, Cicely WILLIAMS

---

<sup>59</sup> Léon NORMET, La bouffissure d'Annam, Bull. Soc. Franc. Pathol. Exot. 19, 1926, p207-213

avait constaté que les enfants souffrant de kwashiorkor consommaient habituellement une alimentation à base de maïs dépourvue de protéines animales. Elle suggéra donc que cette affection pouvait être liée à une carence d'apport protéique, mais sans véritablement étayer cette hypothèse. Au fil du temps, avec les recherches et les analyses des spécialistes, la malnutrition sera différenciée en typologie.

## **II. LES DIFFÉRENTS TYPES DE MALNUTRITION INFANTILE**

Le terme 'malnutrition' couvre plusieurs groupes d'afflictions. Les principaux sont les suivants :

- La sous-nutrition ou encore appelée dénutrition, qui est un état de déséquilibre nutritionnel résultant d'un apport alimentaire insuffisant pour couvrir les besoins physiologiques de l'organisme. La dénutrition comprend l'émaciation (faible rapport poids/taille), le retard de croissance (faible rapport taille/âge) et l'insuffisance pondérale (faible rapport poids/âge) ;

- La malnutrition en matière de micronutriments, qui comprend la carence en micronutriments (manque de vitamines et de minéraux essentiels) ou l'excès de micronutriments ;

- La surnutrition qui est une alimentation en excès engendrant le surpoids, l'obésité et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation (par exemple, les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et certains cancers).

En ce qui concerne la présente recherche, il s'agit de la dénutrition ou sous-nutrition. Selon l'OMS<sup>60</sup>, il existe 4 grands types de dénutrition qui sont : l'émaciation (elle peut être modérée ou sévère), le retard de croissance, l'insuffisance pondérale et les carences en vitamines et en minéraux. Ceux abondant dans la littérature sont les trois premiers.

### **1- L'émaciation aigüe modérée ou légère**

Suite aux nombreuses recherches effectuées par les nutritionnistes, la dénutrition résulterait d'une alimentation insuffisante en quantité et en qualité entraînant ainsi une perte de poids considérable. En évoquant les aliments en quantités, il s'agit des besoins énergétiques et besoins protéiques. Pour ce qui est des aliments en qualité, cela concerne certains acides aminés dits essentiels et de certaines vitamines (groupe A, groupe B) ou du fer. L'émaciation est souvent le signe d'une perte de poids récente et grave due au fait qu'une personne n'a pas

---

<sup>60</sup>OMS, Malnutrition, 2020, pp6.

ingéré assez d'aliments et/ou qu'elle a été atteinte d'une maladie infectieuse, par exemple la diarrhée, qui lui a fait perdre du poids, mais cette affection peut être traitée. Cette émaciation modérée se caractérise par : un arrêt de la croissance, c'est-à-dire, une insuffisance de poids, la courbe de poids est stationnaire, une perte de poids considérable ou encore l'enfant ne grandit plus ou très peu. A ce stade de la maladie, il suffit parfois d'une simple diarrhée ou autres pathologies pour qu'elle devienne sévère<sup>61</sup>.

Cependant, la dénutrition toucherait de nombreux enfants dans les pays pauvres et ceux qui en souffrent présenteraient un risque de mortalité accru et elle serait associée à un nombre élevé de décès liés à la nutrition.

## **2- La dénutrition aiguë**

La dénutrition aiguë se caractérise selon UNICEF<sup>62</sup> par une perte de poids très importante. Un enfant dont la circonférence du bras est inférieure à 111 mm (mesuré grâce au bracelet brachial) a de fortes chances d'être atteint de dénutrition aiguë sévère. Cette forme serait la plus répandue dans le monde plus particulièrement dans les pays en voie de développement et, elle serait la cause de nombreux décès des enfants de moins de 5 ans. La dénutrition aiguë sévère sans complication médicale est réversible en s'alimentant tous les jours avec le lait F100 ou F75 pour les enfants de moins de 06 mois et les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi du type Plumpy-nut pour ceux de 06 à 59 mois ce qui permettraient une récupération nutritionnelle efficace grâce à leur forte teneur en protéines et nutriments (0-5mois) et les besoins journaliers de l'enfant en micronutriments très rapidement (06-59mois). La prise en charge se fait généralement au sein du foyer familial mais, dans le cas de dénutrition avec complication médicale c'est-à-dire accompagné des infections de toute nature, l'hospitalisation est rendue obligatoire dans les CNTI (Centres Nutritionnels Thérapeutiques Intégrés) où l'enfant sera pris en charge de plus près par le personnel médical.

## **3- Le retard de croissance ou la dénutrition chronique**

Le Retard de Croissance est une malnutrition chronique, souvent d'origine protéino-énergétique, qui se traduit par une taille trop petite pour l'âge de l'enfant. Les enfants dont l'indice taille-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont considérés comme accusant un retard de croissance. Selon Jazet

---

<sup>61</sup> OMS : Malnutrition, 2020, 6p.

<sup>62</sup> [http://www.ecoagris.org/indx.php?option=com\\_secteur&systeme=11](http://www.ecoagris.org/indx.php?option=com_secteur&systeme=11).consulté le 23 nov.2019.

et al<sup>63</sup>, cette situation est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies infectieuses survenues pendant une période relativement longue ou qui se sont manifestées à plusieurs reprises. Il résulte d'une sous-nutrition chronique et se développerait lentement, en lien avec une situation de pauvreté structurelle, notamment quand l'alimentation n'est pas équilibrée, quand l'enfant est soumis à une alimentation céréalière sans autres aliments de compléments. Cet état est habituellement associé à plusieurs facteurs tels, les conditions socioéconomiques défavorisées, un mauvais état de santé, une mauvaise nutrition de la mère et de l'enfant ainsi que des maladies fréquentes. Selon une étude faite par OMS sur la malnutrition, le retard de croissance empêcherait les enfants de réaliser leur potentiel physique et cognitif <sup>64</sup>.

L'insuffisance pondérale renvoie à l'indice reflétant à la fois et sans les différencier, les deux précédents types de malnutrition chronique et aigüe (malnutrition mixte). C'est donc un indice combiné (puisque'un faible poids-pour-âge peut être provoqué par la maigreur comme par le retard de croissance) qui traduit une insuffisance pondérale chez les enfants. Selon COGILL<sup>65</sup>, les enfants dont l'indice poids-pour-âge se situe à moins de deux écarts-type en dessous de la médiane de l'indice poids-pour-âge de la population de référence sont considérés comme souffrant d'insuffisance pondérale ; entre moins deux écarts-type et moins trois écarts-type, on parle d'insuffisance pondérale modérée et à moins de trois écarts-type, on parle d'insuffisance pondérale sévère.

Les enfants atteints de ce type de dénutrition présentent un faible rapport poids/âge et comme le précise OMS, un enfant en insuffisance pondérale peut présenter un retard de croissance et/ou souffrir d'émaciation aigüe sévère. Cependant, de ces types découlent des formes de malnutrition.

### **III. FORMES DE DÉNUTRITION SÉVÈRE OU SOUS-NUTRITION INFANTILE**

On distingue deux (2) grandes formes de dénutrition sévère à savoir le kwashiorkor et Le marasme.

---

<sup>63</sup> Éric JAZET, et Romain WOUNANG, État Nutritionnel, Allaitement Et Pratiques Alimentaires. In : Institut National de la Statistique (INS) et ICF. International, 'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2011', Calverton, Maryland, USA, République Du Cameroun, 2012, p. 159-186.

<sup>64</sup> Idem.

<sup>65</sup> Bruce COGILL, Guide de mesure des indicateurs anthropométriques 2003, Projet d'Assistance Technique pour l'Alimentation et la Nutrition, Académie pour le Développement de l'Éducation. Washington, Disponible sur : [www.fantaproject.org](http://www.fantaproject.org). Consulté 9 oct. 2020

## 1. Le kwashiorkor:

De son étiologie, le kwashiorkor dérive de kwashi (“enfant”) et orkor (“rouge”) faisant allusion aux modifications cutanées. Le kwashiorkor signifie “maladie du jeune enfant que sa mère éloigne lors d’une nouvelle grossesse” dans le langage des Ashantis, peuple de l’Est du Ghana.<sup>66</sup> Le kwashiorkor est due à un régime pauvre en aliments protéiniques. Selon les nutritionnistes, un enfant atteint de kwashiorkor présente des signes physiques et des troubles de comportements. En ce qui concerne les signes physiques liés au kwashiorkor, il s’agit : un visage bouffi et pâle, des œdèmes aux membres inférieurs et supérieurs avec des lésions de la peau, les cheveux clairsemés, roux et cassants, un ventre ballonné, parfois des lésions oculaires. Pour ce qui est des signes les plus marquants, les nutritionnistes présentent : l’apathie (isolement), l’anorexie (indifférences face à son l’entourage), la présence d’œdème en particulier aux chevilles, sur le dos des mains, des pieds et parfois au visage (visage bouffi). L’amaigrissement est constant mais souvent marqué par les œdèmes. Les cheveux sont parfois dépigmentés et défrisés (roux et même blancs), cassants et ils se laissent facilement arracher. Il y a souvent une diarrhée constante<sup>67</sup>. En plus de ces signes, l'enfant souffrant de kwashiorkor fait des infections souvent pulmonaires et cutanées. Il est fréquemment anémié et présente des carences en oligo-éléments tels que la vitamine A et le Zinc.

**Figure 1:** Image illustrative d’un enfant atteint de kwashiorkor



Source : TALC

La figure ci-dessous présente un enfant atteint de kwashiorkor présentant des signes physiques liés au kwashiorkor à savoir un visage bouffi et pâle, des œdèmes aux membres inférieurs et supérieurs avec des lésions de la peau, un ventre ballonné. Lors de nos enquêtes

---

<sup>66</sup> ACF., Les modèles conceptuels en malnutrition infantile fondement de l’approche acf en santé mentale et pratiques de soins.

<sup>67</sup> Savadogo ABDOUL SALAM, La malnutrition chez les enfants de 0–5 ans à l’Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, 2007.

de terrain nous avons eu à rencontrer des enfants ayant les mêmes signes cliniques que l'enfant présent.

## 2. Le marasme :

Il est la conséquence d'une alimentation à la fois pauvre en protéine (qui sont les aliments de construction) et en glucide (qui fournissent l'énergie) ou est consécutif à une infection. L'enfant ne reçoit pas assez de nourriture ; ainsi, il ne grossit pas, mais il perd énormément du poids au point de laisser paraître, les os qui sont collés à la peau. Selon BLANTY<sup>68</sup> « le marasme est dû à une carence globale des apports nutritionnels. Il demeure latent pendant plusieurs semaines, et est repéré uniquement par un fléchissement de la courbe pondérale ». Un enfant atteint de marasme se caractérise généralement par une maigreur, accompagné d'une fonte musculaire généralisée, il n'a plus que la peau sur les os, les yeux creux, il a une nervosité et il manifeste une envie ardente de manger ; son poids est très faible par rapport à son âge et se situant dans la zone rouge (inférieure) de la fiche de croissance. Dans l'ensemble, il a l'aspect d'un "petit vieux". En générale, il est facile à repérer, il a des envies permanentes de manger, absence d'œdèmes et de signes cutanés.

**Figure 2 :** Image illustrative d'un enfant atteint de marasme



Source : TALC

L'enfant ci-dessus présenté est atteint du marasme qui est une maladie nutritionnelle causée par une carence en protéine et en glucide. Cet enfant présente les signes suivants : une

---

<sup>68</sup>BLANTY, Infections bactériennes et malnutrition infantile sévère dans les pays en voie de développement, Thèse de doctorat en Médecine, Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2005.

maigreur, accompagné d'une fonte musculaire généralisée, les yeux creux, il a un son poids très faible par rapport à son âge. Ces mêmes éléments ont été observés chez les enfants enquêtés dans la ville de Ngaoundéré urbain.

### **3. La forme mixte : association du marasme et du kwashiorkor**

Cette forme de malnutrition combine les deux autres formes (marasme et kwashiorkor).

Un enfant peut présenter les deux à la fois la maigreur et les œdèmes mais, ce un cas très rare. Nous n'avons pas eu de pareil cas lors de nos enquêtes de terrain.

Ces différentes maladies nutritionnelles existent dans la région de l'Adamaoua mais celle qui nous intéresse le plus est la malnutrition aiguë.

**DEUXIÈME PARTIE : LES FACTEURS DE PERSISTANCE DE LA  
MALNUTRITION AIGUË DANS LA VILLE DE NGAOUNDERE**

Dans cette partie, il sera question d'identifier dans le chapitre III les différents facteurs socioculturels de persistance de la malnutrition à savoir l'âge de la mère, son niveau d'étude, sa religion d'appartenance, le rang de naissance de l'enfant, son sexe, etc. Le chapitre IV intitulé les comportements dits à risque et la persistance de la malnutrition infantile dans le district de santé de de Ngaoundéré urbain, traite pour sa part d'un ensemble de perceptions socioculturels et les comportements des mères face aux pratiques alimentaires pendant la grossesse, pendant l'allaitement, l'alimentation et l'entretien des enfants ainsi que leurs connaissances sur la malnutrition qui sont des facteurs favorisant la malnutrition.

**CHAPITRE III :**  
**LES FACTEURS SOCIOCULTURELS ET LA MALNUTRITION  
INFANTILE**

La malnutrition est un état pathologique résultant de la carence ou l'excès relatif ou absolu d'un ou plusieurs nutriments essentiels. A ce titre, elle constitue l'un des problèmes majeurs en santé publique. Elle est occasionnée par de multiples déterminants économiques et socioculturels. Dans ce chapitre, il sera question d'analyser les facteurs socioculturels se rattachant aux parents d'une part et d'autre part aux enfants dans l'optique de mieux comprendre et expliquer la persistance de la malnutrition infantile.

### **I. LES FACTEURS SOCIOCULTURELS**

Les facteurs socioculturels désignent l'ensemble des normes, des valeurs traditionnelles et culturelles qui façonnent les attitudes et les comportements des individus face à leur survie. Selon KONANDE MUDUBU, les facteurs socioculturels sont un ensemble des normes, d'habitudes et de croyances qui procurent à l'individu des cadres de pensée et de pratique qui sont reconnus et valorisés socialement dans la vie des individus<sup>69</sup>. Ces facteurs seront appréhendés à plusieurs niveaux tels que recensés lors de la collecte des données sur le terrain.

#### **1. L'âge de la mère**

Dans les sociétés africaines, les filles sont généralement exposées à diverses pratiques telles les mariages précoces. Il résulte de ces mariages, des grossesses précoces, l'immatunité de celles-ci sur le plan biologique et physiologique. Cette situation ne les rendra pas la tâche facile pour la prise en soin de leur progéniture car il leur faudra du temps pour s'y faire.

Le facteur du jeune âge de la mère est considéré comme un élément favorisant la survenue de la malnutrition. En ce sens que, la mère, de par son jeune âge, n'a pas suffisamment reçu une éducation sur son rôle de femme au foyer et elle n'a pas une bonne expérience dans la prise en charge des enfants. Ces éléments, lorsqu'ils sont absents dans la vie d'une femme, sont généralement des conducteurs de déséquilibres alimentaires chez les enfants.

Lors de la descente sur le terrain, les données relatives au jeune âge des enquêtées qui était la cause de la survenue de la maladie chez les enfants ont été recueilli.

---

<sup>69</sup> KONANDE MUDUBU, Mortalité infantile et juvénile au Togo : contribution des facteurs socioéconomiques et culturels, les cahiers de l'IFORD n° 11, Yaoundé, 1996, p85.

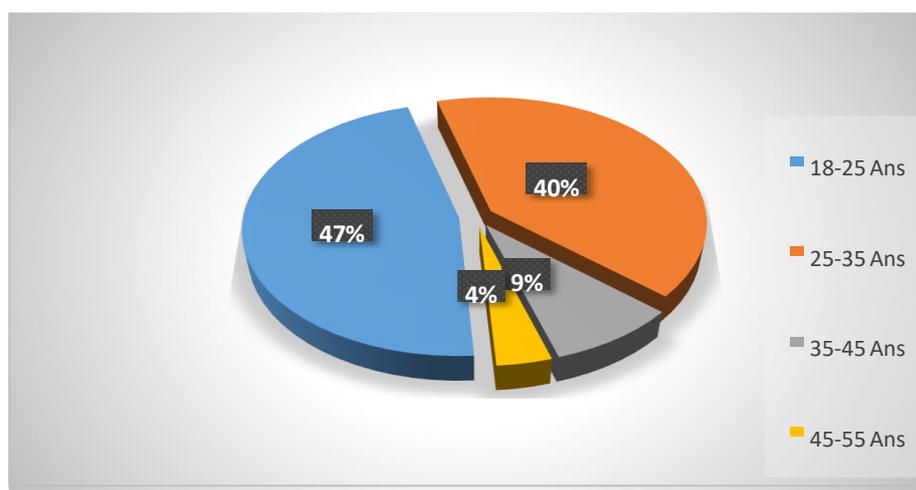
**Tableau suivant présente** les enquêtées en fonction de leur l'âge

Age des mères	Effectifs	Pourcentage
18-25 ans	37	47%
25-35 ans	32	40
35-45 ans	7	9%
45-55 ans	3	4%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Après analyse, il apparaît que sur 80 mères interrogées, la tranche d'âge 18-25 est la plus représentée avec 47% suivie des enquêtées de 25-35 ans sont 40% en suite celles de la tranche d'âge 35-45 avec 9% et celles de 45-55 avec 4%.

Le diagramme ci-dessous présente la répartition des tranches d'âge des enquêtées.

**Figure 3 : Différentes tranches d'âge des enquêtées**



La tranche d'âge 18-25 ans traduit l'immaturation des mères à la maternité, l'inexpérience à la prise en soin de l'enfant. Elle traduit également le manque de connaissance dans le domaine de l'entretien du foyer et la naïveté à reproduire ce qui se dit où se fait par l'entourage.

*Je me suis mariée à l'âge de 18 ans, après mon premier accouchement (8 mois précisément), mon enfant a commencé à avoir de la diarrhée, il avait des difficultés à manger. C'est de là qu'il a commencé à perdre le poids. Pour ma part, cela était normal puisque qu'il grandissait. Je me disais que cela allait s'arrêter de sitôt mais, ce ne fut pas le cas jusqu'au jour où je me décide de me rendre à l'hôpital où, j'ai été informé de la situation. L'état de l'enfant était dû à une mauvaise alimentation qui*

*provenait de mon inexpérience dans la façon de l'alimenter et dans sa prise en soin<sup>70</sup>.*

Il ressort de ces propos la difficulté des jeunes mères à prendre soin de leurs enfants, du fait qu'elles n'ont pas reçu au préalable une éducation nutritionnelle des enfants pour s'être vite mariée. En outre, la jeune mère est souvent ignorante que, durant les six (06) premiers mois de la vie de l'enfant, il n'a pas besoin d'autres liquides en dehors du lait maternel. Et, qu'à partir de l'âge de 06 mois, l'enfant a besoin d'une alimentation de croissance lui apportant de l'énergie et des protéines comme le faisait mention Michel LATHAM,<sup>71</sup> Une absence prolongée de ces aliments dans l'organisme de l'enfant est susceptible de causer des problèmes nutritionnels.

En plus de leur jeune âge et de leur inexpérience, elles sont exposées à des pratiques nutritionnelles inappropriées pour la vie du petit enfant. Elles ne possèdent pas encore une large connaissance en matière de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) et sont facilement manipulables par d'autres mères qui se disent plus expérimentées dans le domaine de par leurs multiples accouchements. Force est de constater que, en se laissant manipuler par les conseils des anciennes mères, elles portent atteinte à la vie de leurs progénitures.

*Après mon accouchement, il n'y avait pas des remontées du lait malgré les multiples tétés de l'enfant. À l'hôpital on m'a dit que ce sont des cas qui arrivent fréquemment mais que je devais continuer de faire téter l'enfant, après un certain temps le lait finira par monter. Une fois de retour à la maison, il n'y avait toujours pas de changement et l'enfant pleurait beaucoup. Ma voisine qui était avec moi m'a conseillé de donner de l'eau à l'enfant car, disait-elle « ce cas lui était aussi arrivé et ce n'est qu'au troisième jour qu'il y a eu monté du lait ». Craignant pour la vie de mon bébé j'ai suivi son conseil et c'est de cette façon que l'enfant à la naissance a commencé à prendre d'autres liquides et pourtant ce n'est pas recommandé. Mais que pouvais-je faire ? C'est mon tout premier enfant ; je ne pouvais pas courir le risque de le perdre<sup>72</sup>.*

Ces propos démontrent à suffisance l'immaturité des mères se laissant facilement manipuler ou berné par l'entourage en acceptant des conseils peu recommandés qui ont des répercussions néfastes pour la vie des enfants. Si ces mères avaient reçu une éducation

---

<sup>70</sup> Entretien avec la mère de MAINOUNATOU : 22 janvier 2021 fosa BAMYANGA

<sup>71</sup> Michel LATHAM, *La malnutrition dans les pays en développement*, Organisation des Nations Unis pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), Rome/Italie, 2001.

<sup>72</sup> Entretien avec la mère de MAINOUNATOU : 22 janvier 2021 fosa BAMYANGA

nutritionnelle à la base, elles ne devraient pas facilement se laisser emporter. Allant dans le même ordre d'idées, Dackam NGATCHOU,<sup>73</sup> ; Eliwo AKOTO et Aron HILL<sup>74</sup> ; Patricia RAKOTONDRABE<sup>75</sup> ; Konande MUDUBU,<sup>76</sup> soutiennent que, l'instruction permet de briser les obstacles de la tradition, de rompre avec les pratiques néfastes et s'adapter au monde moderne. De même, Amadou FALL LO<sup>77</sup>, viendra appuyer par ces propos « *le jeune âge de la mère est un facteur de la survenue de la malnutrition infantile* ».

D'autre part, l'âge avancé de la mère est considéré comme facteur favorisant la survenue de la malnutrition infantile selon les analyses faites. En effet, l'âge avancé de la mère caractérisée par son état de fatigue sur le plan physique et même moral ne lui permette plus de se consacrer véritablement et convenablement à la prise en soin des enfants. Elle est pour la plupart du temps épuisée par les travaux ménagers et par ses multiples accouchements. Elle s'affaiblit ainsi rapidement et n'a plus assez de vigueur pour s'occuper des enfants qui sont à sa charge (ses propres enfants ainsi ses petits-fils). Allant dans le même sens, Patricia RAKOTONDRABE<sup>78</sup> affirme que, les femmes d'âge supérieur courent divers risques liés au syndrome d'épuisement car elles travaillent beaucoup.

Sur le terrain, elles ont fait savoir que, les nombreuses charges familiales qui pèsent sur elles associé au manque de moyen financier pour la bonne prise en charge des enfants font partir des causes de la survenue et la persistance de cette maladie. Lorsqu'elles sont occupées, elles confient habituellement la charge de leurs enfants à leurs sœurs ou frères aînés qui ne maîtrisent pas les règles d'hygiène ou les modes de préparation alimentaire pour enfant. Ce qui entraîne très souvent une déshydratation ou à la longue des déséquilibres nutritionnels.

La plupart du temps, en plus de leurs activités génératrices de revenus, si ces dernières en exercent, elles sont aussi responsables d'aller chercher de l'eau, du bois de chauffe et

---

<sup>73</sup> Dackam NGATCHOU, L'éducation de la mère et la mortalité des enfants, cahier de l'IFORD, n° 21990.

<sup>74</sup> Eliwo AKOTO & Aron HILL, Morbidité, malnutrition et mortalité des enfants in population et sociétés en Afrique au sud du Sahara. L'Harmattan, paris, 1998, P334.

<sup>75</sup> Faraniaina Patricia RAKOTONDRABE, Les facteurs de la mortalité des enfants à Madagascar, Cahiers de l'IFORD, n°10, Yaoundé, 1996, pp85.

<sup>76</sup> Konande MUDUBU, Mortalité infantile et juvénile au Togo, contribution des facteurs socio-économiques et culturels", cahiers de l'IFORD, n°11, Yaoundé, 1996, pp85.

<sup>77</sup> Amadou FALL LO, les facteurs explicatifs de la fréquence de la malnutrition chez les enfants âgés de 0 à 5 ans, dans la communauté de Nguène Sarr au Sénégal, 2011.

<sup>78</sup> Idem.

d'assurer la totalité des tâches domestiques, et ce, même pendant les périodes de grossesse au risque de leur vie et celle de leur enfant<sup>79</sup>.

De ce qui précède, il ressort que, en dehors, du jeune âge et de l'ignorance de ces mères en matière de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) et de celles en âge avancé fatiguées par le poids des charges domestiques et de l'accouchement, il existe d'autres facteurs tel le niveau d'instruction des mères qui est souvent peu pris en considération dans la survenue ou la persistance de la dénutrition.

## 2. Niveau d'instruction de la mère

Aborder le niveau d'instruction des mères ici renvoie à présenter l'ensemble des connaissances, savoirs et notions acquises par ces dernières. Le niveau d'instruction met l'individu face à d'autres modes de pensées ou de raisonnements, face à d'autres valeurs et joue un rôle important dans la transformation des individus en agissant sur les comportements. L'analyse de l'impact du manque et du faible niveau d'instruction des mères sur la survenue de la dénutrition des enfants constituera l'ossature de cette partie.

Le niveau d'instruction de la mère est considéré comme facteur de survenu de la malnutrition. Il a une grande influence sur le suivi nutritionnel et sanitaire des enfants. Notons de prime à bord qu'une mère instruite est une arme efficace dans la lutte contre les maladies nutritionnelles contrairement à celles n'ayant acquises aucune instruction de base. Celles-ci, sont plus vulnérables et exposées aux pratiques nutritives peu adaptées au fonctionnement de l'organisme des enfants, les exposant ainsi à diverses maladies. Lors de la collecte des données, le constat qui s'est dégagé est celui des enfants dénutris appartenant pour la majorité aux mères sous scolarisées.

Tableau suivant présente la répartition des enquêtées en fonction de leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage
Aucun	29	36%
Primaire	27	34%
Secondaire	24	30%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

<sup>79</sup> Improving women's Nutrition Imperative for Rapid Reduction of Childhood Stunting in South Asia: Coupling of Nutrition Specific Interventions with Nutrition Sensitive Measures Essential. Maternal and Child Nutrition; Cunningham, Ruel, Ferguson, & Uauy, 2014, Women's empowerment and Child Nutrition Status in South Asia: A synthesis of the literature, 2016.

De ce tableau il se dégage que, 36% n'ont aucun niveau d'instruction ; 34% un niveau primaire et 30% un niveau d'étude secondaire.

Le diagramme ci-dessous a été réalisé pour une illustration plus claire.

**Figure 4 : Diagramme représentatif du pourcentage des mères en fonction du niveau d'instruction dans le district de santé de Ngaoundéré urbain.**



Il se dégage de cette figure que, les mères n'ayant aucun niveau d'instruction sont les plus représentées avec 36% (celles donc les enfants étaient les plus malnutris) ; cette catégorie de mère se veut la plus vulnérable. Elle s'expose pour la plupart à des conseils nocifs pour la santé de leur enfant, elle est moins nantie en matière de bonne pratique nutritionnelle. Elle a reçu pour la plupart, une éducation « traditionnelle » peu adaptée et ne s'accommodant pas aux changements du monde actuel (mode de vie, changement climatique). Cette éducation acquise ne répond plus parfaitement au besoin nutritionnel des enfants. Il ressort également que cette catégorie est réfractaire à tout changement.

Les mères ayant un niveau primaire représentaient 34% ; elles étaient comparables à celles n'ayant reçu aucune éducation et se s'opposaient également à des bonnes pratiques nutritionnelles des enfants. Les mères ayant au moins le niveau secondaire étaient faiblement représentées avec 30%. Elles par contre, avaient un esprit ouvert au changement contribuant au bien-être des enfants. Allant dans la même perspective, David SAHN<sup>80</sup> affirme que le niveau d'instruction de la mère joue un rôle important dans l'amélioration du statut nutritionnel des enfants.

---

<sup>80</sup>David SAHN "Malnutrition in Côte d'Ivoire: Prevalence and Determinants", Washington, The World Bank, 1990, P30.

De par ces résultats, il résulte que, le taux de sous scolarisation demeure un problème majeur dans la ville de Ngaoundéré bien que plusieurs parents aient pris conscience de l'importance d'envoyer les filles à l'école, d'autres n'en sont pas encore convaincus de cette nécessité. Selon les avis recueillis et ce que dit la tradition : « *les filles sont faites pour aller en mariage et s'occuper des tâches ménagères* ». Cette perception rend les femmes une fois dans leurs foyers inexpérimentés en matière de la prise en soin du nourrisson, sur les bonnes pratiques nutritionnelles, et ont une faible aptitude dans l'acquisition des nouvelles informations sur les pratiques alimentaires adéquates. Elles ont un esprit intraverti, réfractaire aux changements pour n'être pas parti à l'école. En plus, elles ne sont pas en mesure d'appliquer à la lettre les conseils nutritionnels donnés par le personnel médical. Les hommes par contre reçoivent une éducation plus approfondit à celles des femmes mais restent toujours en marge de l'éducation nutritionnelle des enfants sous prétexte qu'elle relève du domaine de la femme : « *c'est une affaire de femmes* », pour restituer les propos de la société.

Allant dans le même sens OUEPAKE D'AOUEHOUGON<sup>81</sup> affirme : « *Un faible niveau d'instruction des mères limiterait leurs aptitudes à acquérir des informations sur les bonnes pratiques alimentaires, à la prévention des maladies et à éviter la survenue de la malnutrition*».

En outre, le manque d'instruction a des impacts sur les habitudes alimentaires qui ne subissent aucune amélioration bien que les ressources financières soient disponibles et la production agricole diversifiée. De nombreuses familles ont un régime alimentaire peu varié et nutritionnellement pauvre du fait d'un manque de connaissance sur l'utilisation des ressources disponibles et facilement accessibles. Michel LATHAM<sup>82</sup> ira dans cette même lancée affirmer que, la personne chargée de gérer les ressources budgétaires a une influence déterminée à la fois sur le régime alimentaire de la famille que sur celui des enfants. Le plus souvent, le manque d'ouverture d'esprit sur la diversité alimentaire nécessaire à la croissance des enfants autres que, ceux avec lesquels elles ont grandi les empêchent de diversifier les repas. Elles craignent qu'en donnant autres aliments aux enfants, elles ne soient entrain de nuire à la croissance de ces derniers. Elles n'ont pas connaissance qu'elles privent l'enfant de plusieurs éléments nécessaires pour sa croissance et son maintien physique. Allant dans ce sens, Javier BEKER et

---

<sup>81</sup> AOUEHOUGON OUEPAKE, La malnutrition proteino-energetique et ses facteurs de risque chez les enfants de moins de 5 ans dans le district sanitaire de Tougan, Ecole Nationale de Santé Publique (Burkina-Faso) - Diplôme d'attaché de santé en épidémiologie 2007, p30.

<sup>82</sup>Michel LATHAM, La malnutrition dans les pays en développement, Organisation des Nations Unis pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), Rome/Italie, 2001.

al<sup>83</sup> affirment que, le fait de ne pas améliorer le régime alimentaire pourrait être dû à un manque de connaissances sur la vulnérabilité nutritionnelle et les besoins nutritionnels accrus par les mères. De même, Henry MOSLEY<sup>84</sup> trouve que l'éducation des femmes est le moyen par lequel celles-ci accèdent à des connaissances qui, même si elles sont minimales, leur permettront de mieux exercer leur rôle de mère. Les femmes instruites maîtrisent pour le mieux les règles d'hygiène, respectent le calendrier de vaccination, font bénéficier aux enfants des soins bien établis à partir de bons diagnostics.

Le manque d'instruction des mères est également un facteur limitant leurs aptitudes à acquérir et accepter de nouvelles informations sur les bonnes pratiques alimentaires. Elles ont toujours tendance à remettre en cause tout ce qu'elles reçoivent concernant les bonnes pratiques alimentaires des enfants. Elles considèrent cela comme nocives pour la santé des enfants. C'est ce que rapporte, le point focal nutrition de SABONGARI : quand elles parviennent à se plier aux conseils nutritionnels reçus ici au centre, et que survient un cas de maladie à la suite de la mise en pratique du conseil, elles se rétractent et retournent aux anciennes pratiques alimentaires car, disent-elles, « *c'est parce que nous avons commencé à donner ces aliments aux enfants qu'ils sont maintenant malades.* Allant dans le même sens, MADISE, Matthews, & MARGETTS<sup>85</sup> attribuent le facteur éducation de la mère comme cause de la malnutrition des enfants car, limitant ses aptitudes à acquérir des connaissances nécessaires pour le bon suivi de l'enfant.

De plus, le manque d'éducation des femmes a un effet néfaste sur les soins quotidiens octroyés aux enfants qui s'avèrent très peu appropriés. Les données recueillies sur le terrain démontrent à suffisance que, la grande partie de l'échantillon avait administré des soins peu conventionnels pendant la période de maladie ou de malaise des enfants. Elles n'avaient aucune connaissance sur le véritable diagnostic de la maladie dont les enfants souffraient. Elles administraient aux enfants un traitement sur la base des symptômes de la maladie. 32,5% des mères ont administré la vitamine aux enfants ; 30% du paracétamol associé au sirop (stop diarrhée) ; 22,5% n'ont administré aucun traitement et 15% ont fait recours à des décoctions

---

<sup>83</sup> Javier BEKER, Luann Martin et Ellen PIWOZ, Nutrition de la femme et ses conséquences pour la survie de l'enfant et la santé reproductive en Afrique, 1996, pp97

<sup>84</sup> Henry MOSLEY, Les soins de santé primaires peuvent-ils réduire la mortalité infantile ? Bilan critique de quelques programmes africains et asiatiques, in VALLIN Jacques et LOPEZ Alan (dir.), La lutte contre la mort, Paris, INED-PUF, Travaux et documents, cahier n°108, 1985, pp101-136.

<sup>85</sup> MADISE, Matthews, & Rob MARGETTS, *Heterogeneity of child nutritional status between households: a comparison of six sub-Saharan African countries.* Population Studies 53, 1999.

de feuilles et d'écorce d'arbre pour palier à la situation. Allant dans la même pensée, Alaka MALWADE BASU et Rob STEPHENSON<sup>86</sup> diront que, la faiblesse des connaissances des parents et des mères en particulier du fait de leur faible niveau d'éducation est un facteur déterminant étant donné que, l'instruction des mères améliore les connaissances et les pratiques en matière d'hygiène alimentaire, ce qui leur confère plus de chance de préparer des aliments de sevrage plus nutritifs et sains, et de prendre de bonnes décisions en cas de maladie des enfants. De même, Patricia RAKOTONDRABE<sup>87</sup> dira pour sa part que, les femmes instruites maîtrisent mieux les règles d'hygiène, respectent le calendrier de vaccination, bénéficient de soins bien établis à partir de bons diagnostics. Les illettrées par contre reçoivent des ordonnances sans informations supplémentaires.

À l'exception du lait maternel, l'alimentation du nourrisson entraîne souvent de problèmes de santé graves en cas d'absence d'hygiène ; certaines gastro-entérites ou diarrhées sont dues à la préparation d'aliments avec de l'eau non potable, à la mauvaise conservation de ces aliments, un environnement domestique insalubre ou encore à l'absence d'équipements adaptés pour le nettoyage du biberon etc.<sup>88</sup> Ceci peut être évité par une mère instruite qui connaît le rôle des germes dans les maladies.

En plus, d'administrer des soins peu conventionnels à leurs enfants, elles ont tendance à attribuer à la malnutrition une origine maléfique, se soustrayant ainsi de leur propre responsabilité face à la situation de leur enfant.

*Mon enfant ici présent, était bien gros quand je l'ai accouché. Les gens qui venaient me rendre visite ne pouvaient s'en passer de faire cette remarque. Au bout d'un certain temps, l'enfant a commencé à perdre du poids, je ne comprenais pas ce qui se passait, je vous assure. Je suis allée chez le « malloum »<sup>89</sup> et il m'a fait savoir que c'était l'œuvre des sorciers. Il m'a de ce coup remis une amulette que vous voyez attachée au tour de la taille de l'enfant pour le protéger des mauvaises personnes car elles sont pleines au dehors<sup>90</sup>.*

---

<sup>86</sup> Alaka MALWADE BASU, & STEPHENSON, *Low levels of maternal education and the proximate determinants of childhood mortality: a little learning is not a dangerous thing*. Social Science and Medicine, 2005.

<sup>87</sup> Patricia RAKOTONDRABE, *Les facteurs de la mortalité des enfants à Madagascar*, Les cahiers de l'IFORD n° 10, Yaoundé, 1996, pp125.

<sup>88</sup> Op.cit.

<sup>89</sup> Le « malloum » est un marabout ou tradithérapeute en langue fulfuldé.

<sup>90</sup> Entretien du 07 jan. 2020 fosa SARE DAMA

De ce qui précède, il ressort que le facteur éducationnel des mères est un élément non négligeable dans la survenue de la malnutrition infantile, il en est de même du facteur professionnel de la mère.

### 3. La profession de la mère

La profession de la mère est un facteur non négligeable dans la survenue de la malnutrition. Une absence d'activité économique marque un faible pouvoir économique de la mère ne lui permettant pas d'améliorer en quantité et en qualité l'alimentation de son enfant (étant donné que les besoins nutritionnels de l'enfant augmentent au fur et à mesure qu'il grandit) et de lui offrir les soins nécessaires.

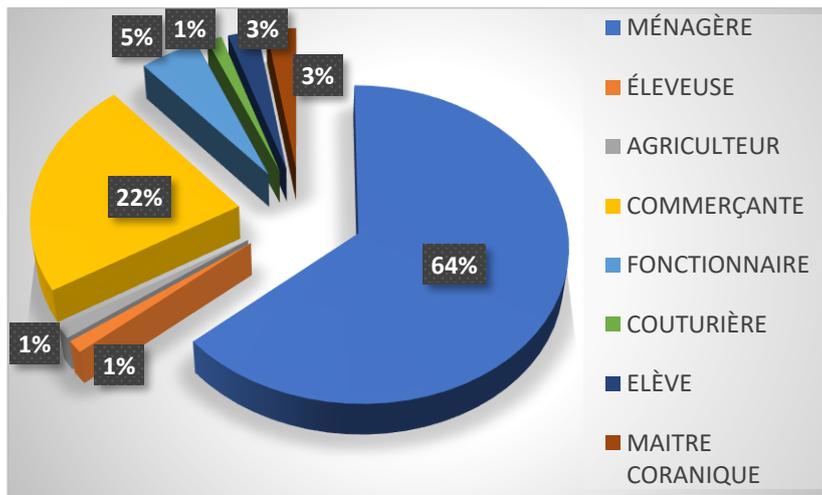
Les données de terrain ont permis de mieux ressortir le poids du manque de profession comme facteur de la survenue de la maladie. L'analyse de ces données est présentée par le diagramme ci-dessous faisant ressortir les pourcentages des mères interrogées en fonction de leurs professions.

Tableau représentant la répartition des enquêtées en fonction de leur profession

<b>Profession</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
Ménagère	51	64%
Éleveuse	1	1%
Agriculteur	1	1%
Commerçante	18	22%
Fonctionnaire	4	5%
Couturière	1	1%
Elève	2	3%
Maitre coranique	2	3%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Il ressort de ce tableau que les ménagères étaient les plus représentatives avec un effectif de 64%, suivie des commerçantes avec 22%, les fonctionnaires représentent 5%, les maitres de coran et les élèves sont à 3% enfin les éleveuses, agriculteur et couturières sont à 1% chacune.

**Figure 5 : Répartition des enquêtées en fonction de leur profession**



Selon la société, les femmes n'exerçant aucune activité hors du domicile ont plus de temps pour s'occuper du ménage et prendre bien soin des enfants que, celles qui sont appelées à sortir quotidiennement à la recherche du pain quotidien. Certes, elle a du temps pour prendre soin des enfants mais, elle se retrouve pour la plupart du temps butée par le facteur économique dans la prise en charge nutritionnelle du ménage comme le faisaient croire certaines mères. Elles déploraient l'absence de moyens financiers pour souvent procurer aux enfants des collations ou pour elles-mêmes.

*Il y a des jours où, les enfants veulent manger des petits trucs quand ils sont fatigués de manger le même repas mais je n'ai pas d'argent pour pouvoir les satisfaire. Leur papa s'il achète les céréales à la maison et me donne un peu d'argent pour les légumes, le reste ne le regarde plus. Étant donné que ce n'est pas lui qui reste avec les enfants à la maison en journée. Face à cette situation je ne peux rien faire. En plus il interdit que je fasse une activité <sup>91</sup>.*

Il ressort que cette catégorie de femmes ne peut contribuer à la charge du ménage comme ces propos laissent croire. Elles ont bien la volonté mais sont limitées par le manque d'emploi et d'argent. Cette incapacité engendre automatiquement la dénutrition des enfants de même qu'a reconnu Amadou FALL LO<sup>92</sup> que, le manque d'occupation des mères est une cause

<sup>91</sup> Entretien du 08 janv. 2020 fosa SARE DAMA

<sup>92</sup> Amadou FALL LO : Facteurs explicatifs de la fréquence de la malnutrition chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans la communauté rurale de Nguène Sarr au Sénégal, 2011.

de la dénutrition des enfants en ces termes : « *L'absence d'occupation professionnelle des mères est certes une opportunité sur le plan disponibilité temporelle pour s'occuper de leur progéniture mais également un obstacle socio-économique pour la disponibilité alimentaire* ». Son manque d'activité réduit la provision alimentaire en qualité et en quantité, étant donné que le revenu du chef de la maison n'est pas toujours assez pour couvrir les besoins nutritionnels de la famille. Ce facteur sera une porte ouverte au déséquilibre alimentaire chez les enfants comme l'affirme Jeannine Laure BAKENDA<sup>93</sup> que, l'activité de la mère est une source d'apport alimentaire mettant les enfants autant que possible à l'abri alimentaire et, une femme sans occupation de revenu contribue par son impuissance financière à la survenue de la dénutrition des enfants. Elle renchérit en disant que l'activité d'une mère constitue une source de revenu nécessaire renforçant celle du conjoint et influençant directement la sécurité alimentaire du ménage.

En outre, le manque de profession de la femme limite sa prise de décision nutritionnelle et expose la famille à toute sorte de malnutrition. Un ménage où les décisions nutritionnelles viennent du chef de famille à de fortes chances d'exposer les enfants à la malnutrition.

*Nos maris font le marché journalier ; ils achètent ce que nous allons préparer ; rare sont les fois où nous faisons le marché. Nous nous retrouvons souvent en train de manger les mêmes menus sans toutefois varier les repas*<sup>94</sup>.

Ces propos rapportés traduisent à suffisance l'impuissance décisionnelle de la femme face au choix du menu journalier dans les ménages. Généralement, elles sont les mieux placées pour s'occuper de la ration alimentaire. Cette absence d'occupation professionnelle des mères sur le plan économique justifie le taux élevé de malnutrition chez les enfants. Allant dans le même ordre d'idée, Michel LATHAM<sup>95</sup>, dira qu'une mère ayant peu de contrôle sur les finances du ménage influencera négativement les variations alimentaires. De même, KONE Kalidou<sup>96</sup> relève que, les enfants des femmes au foyer sont les plus malnutris du fait de leur

---

<sup>93</sup> Jeannine Laure BAKENDA, Les déterminants de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans au Gabon, Mémoire de DESSD, IFORD, Yaoundé, 2004, p98

<sup>94</sup> Entretien du 08 janv. 2020 fosa SARE DAMA

<sup>95</sup> Michel LATHAM, *La malnutrition dans les pays en développement*, FAO, Rome/Italie, 2001.

<sup>96</sup> Kalidou KONE, étude de la malnutrition chez les enfants de 06 à 59 mois dans la commune ii du district de Bamako, thèse en médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie, 2015.

faible influence économique. Des lors, l'exercice d'une activité professionnelle par la mère accroît les ressources familiales et diminue le risque de malnutrition.

#### **4. Les travaux domestiques de la femme**

En Afrique, le poids de la famille repose généralement sur les épaules de la femme. Elle est responsable d'aller chercher de l'eau, du bois de chauffe et d'assurer la totalité des tâches domestiques en plus de s'occuper des enfants, elles dépensent beaucoup d'énergie à pratiquer ces différentes tâches ménagères. Énergie, qui n'est pas toujours compensée en longueur de journée comme il se doit.

*Les travaux domestiques nous laissent peu de temps pour s'occuper des enfants. Nous sommes souvent amenées à allaiter moins fréquemment nos enfants ou à donner irrégulièrement et insuffisamment à manger aux enfants allaitants nous-mêmes. Ce sont les aînés qui s'occupent le plus souvent de leurs cadets. Croyez-nous, ce n'est pas souvent facile pour nous et en fin de journée nous sommes épuisées<sup>97</sup>.*

C'est d'ailleurs ce que soutiennent, Anne DUPUY et Jean-Pierre POULAIN<sup>98</sup> : les responsabilités pèsent plus lourdement sur les mères, elles sont les principales gestionnaires et agents responsables du manger quotidien ce qui ne les laisse pas assez de temps pour prendre soin des enfants<sup>99</sup>.

De ce qui précède, il ressort que, les occupations ménagères des mères sont un facteur non négligeable dans la survenue et la persistance de la malnutrition infantile.

#### **5. La vie religieuse**

Dans les Formes élémentaires de la vie religieuse, la religion est définie par Emile DURKHEIM comme « *un système de croyances solidaires et de pratiques relatives aux choses sacrées [...] qui unissent en une même communauté morale, appelée Église, ceux qui y adhèrent* ». À cette définition nous ajouterons aussi une communauté morale appelée Mosquée. De nos jours, on assiste à des distinctions constamment fécondes en sociologie, le monde profane s'oppose à l'univers du sacré structuré par des croyances et des rites.

En anthropologie et en sociologie, le terme culture a un sens à la fois plus large et plus « neutre ». Il sert à désigner l'ensemble des activités, des croyances et des pratiques communes

---

<sup>97</sup> Entretien du 11janv 2020.

<sup>98</sup> Anne DUPUY, Jean-Pierre POULAIN, Le plaisir dans la socialisation alimentaire, dans *Enfance* 2008/3 (Vol. 60), p10

<sup>99</sup> Idem.

à une société ou à un groupe social particulier. Dès 1871, l'anthropologue TYLOR<sup>100</sup> définissait la culture comme « *un ensemble complexe qui comprend les connaissances, les croyances, l'art, le droit, la morale, les coutumes et toutes les autres aptitudes et habitudes qu'acquiert l'homme en tant que membre d'une société* ». Dans la perspective du culturalisme, on considérera donc qu'un groupe social possède une culture spécifique quand trois conditions sont réunies: on peut identifier un certain nombre de traits culturels communs aux membres du groupe suffisamment spécifiques pour permettre de le différencier des autres groupes ; cet ensemble de traits culturels forme un système unifié de telle sorte que chaque trait culturel ne peut s'expliquer qu'à partir des relations qu'il entretient avec les autres éléments de la culture; ces traits culturels se transmettent de génération en génération, sans subir de modification sensible<sup>101</sup>.

Au Cameroun plusieurs religions existent parmi lesquelles le christianisme, l'islam et les religions traditionnelles africaines. Il en découle une diversité culturelle qui présente ainsi différents traits en matière de perception de la maladie, des soins à accorder aux enfants, de l'alimentation du nourrisson et de l'attachement à l'enfant. Les croyances, les perceptions et les attitudes varient selon que l'appartenance à tel ou tel groupe religieux ou ethnique.

Selon les recherches faites par les anthropologues, chaque religion possède des caractéristiques propres à elle, qui les distinguent des autres groupes sur plusieurs plans, ainsi que sur le plan alimentaire. Elle a de ce point une grande influence sur les individus du groupe qui est pour eux des marqueurs identitaires pour parler comme Vincent MORINIAUX<sup>102</sup>. Il en est de même de l'identité gastronomique. Selon certaines traditions africaines, la prise de repas se fait en famille est un signe de fraternité, d'unité, de convivialité, de solidarité et partage entre les membres de la famille. Elle est un moment important voir sacré pour ces populations. Dans la partie septentrionale du Cameroun, cette pratique est encore valorisée. Cependant, il a été révélé que, cette pratique prive les plus petits de jouir d'une bonne alimentation. Les plus grands ou les moyens, influencent les plus petits et s'acquièrent des bonnes parts tout en mangeant la grande quantité des repas au détriment des plus petits, qui se contentent du reste ou encore, elle force les plus petits à manger à la « manière militaire » pour au moins pourvoir

---

<sup>100</sup> Rocher GUY, La notion de culture, Extraits du chapitre IV, Culture, civilisation et idéologie, de, Introduction à la sociologie générale. Première partie : L'ACTION SOCIALE, chapitre IV, Montréal : Éditions Hurtubise HMH ltée, 1992, troisième édition, P101.

<sup>101</sup> Jean ETIENNE, Françoise BLOESS ; Jean-Pierre NORECK ; Jean-Pierre ROUX, CULTURE Extraits du Dictionnaire sociologique, 2004.

<sup>102</sup> Vincent MORINIAUX, Nourrir les hommes, Editions du Temps, Halshs-01477261, 2008, P.39-67.

rivaliser avec les plus grands. Ce qui est souvent la cause des indigestions, des perturbations de la bonne croissance et de leurs déséquilibres alimentaires chez les enfants.

Il en va de même de certaines pratiques culinaires acquises et considérées comme faisant partie intégrante de la tradition par les individus qui font d'elles des signes distinctifs qui fonde le groupe tout en les différenciant des autres. Mais, il apparaît que, cette façon de cuisiner n'est pas toujours adaptée et ne répond pas forcément aux besoins des enfants selon les conditions actuelles. En effet, lorsqu'il est recommandé d'améliorer cette pratique culinaire, c'est pour s'accommoder à la situation qui prévaut afin d'éviter des désagréments. Mais cela n'est pas toujours évident car « *les vieilles habitudes ont la peau dure* ». Les mères s'opposent radicalement et restent réfractaires aux nouvelles pratiques enseignées dans les FOSA, pratiques qui sont pourtant salutaires pour le bien-être des enfants.

Ainsi, lors des démonstrations culinaires de la bouillie 5 étoiles<sup>103</sup> dans les centres par les points focaux, il était inconcevable pour certaines de faire de la bouillie avec de l'huile de palme ou du poisson. Tout était nouveau pour elles et la mise en application reste un véritable combat pour le personnel médical. Selon le chef service nutrition de la DRSP, cette bouillie est un moyen de lutte contre l'anémie chez les enfants, elle prévient les carences alimentaires et permet une bonne croissance des enfants, cet aliment a été mis en place et recommandé par l'OMS. Cette pratique culinaire a suscité l'étonnement et laissait apparaître le refus sur les visages des mères. Cet aliment qui pourtant riche et complet selon le chef service nutrition. Les mères ont refusé pour la plupart sa mise en application car elle ne faisant partir de leur coutume et préfèrent leurs anciennes pratiques culinaires (bouillie). Allant dans le même ordre d'idée, Léon MUDUBU<sup>104</sup> soutient que la religion est associée à certaines coutumes et pratiques de même que les croyances, valeurs, dogmes liés aux pratiques religieuses qui influencent les perceptions et déterminent en partie les habitudes et les comportements des individus.

La figure ci-dessous présente les éléments ou ingrédients d'une bouillie 5 étoiles recommandée par l'OMS pour prévenir les carences chez les enfants de 06-59 mois.

---

<sup>103</sup> Bouillie contenant cinq groupes d'aliments selon l'OMS

<sup>104</sup> Op.cit.

**Figure 6 : Composantes d'une bouillie cinq étoiles.**



Il se dégage de cette figure les différentes composantes d'une bouillie 5 étoiles réalisée pour prévenir la malnutrition chez les enfants. Cette bouillie est constituée des éléments suivants : farine de maïs, patte d'arachide, poudre de poisson, jus d'orange et huile de palme. La bouillie doit avoir une texture épaisse, l'enfant de la tranche d'âge de 06 mois doit le pendre deux à trois fois par jour en plus du lait maternel et ne doit pas contenir du sucre. La quantité de bouillie prise varie en fonction de la tranche d'âge. Cette pratique n'est pas la seule il existe d'autres.

Durant la collecte des données, la culture la plus réfractaire aux nouvelles pratiques était celle musulmane.

Le tableau suivant présente la répartition donnée en fonction de la religion.

**Tableau 1 : Répartition des enquêtées en fonction des religions**

Religion	Effectifs	Pourcentage
Chrétienne	16	20%
<b>Musulmane</b>	<b>64</b>	<b>80%</b>
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Ce tableau présente la répartition des enquêtées en fonction de la religion. Il ressort de que, la religion musulmane est la plus représentative avec 80% suivie de celle chrétienne avec 20%.

Les populations de religion musulmane se sont trouvées les plus attachées aux us et croyances, considérant d'autres pratiques éducationnelles comme abominables et une menace

pour leur bien-être ainsi que pour leurs progénitures. Elles chercheront par tout moyen à éviter ces pratiques de peur qu'elles ne viennent remplacer leurs cultures de bases, « *nous ne sommes pas prêtes à modifier nos pratiques culinaires* » disaient-elles.

Il ressort cependant des analyses faites que, les enfants issus de la religion musulmane sont les plus malnutris par rapport à ceux dont les mères sont de la religion chrétienne (population de référence). Celles musulmanes sont attachées aux coutumes, à la culture et s'avère être des réfractaires aux nouvelles pratiques en matière culinaire comme dans d'autres pratiques nutritionnelles. Allant dans le même sens, Eliwo AKOTO<sup>105</sup> soutiendra que, la religion musulmane aurait une influence sur les pratiques alimentaires de ses fidèles. Selon le même auteur, les facteurs culturels tels que la religion et l'ethnie sont également d'une grande importance pour la prévalence de la malnutrition : « *la religion véhicule un certain nombre de valeurs et de normes qui régissent la vie des fidèles sur le plan comportemental, physiologique, et psychique. Elle peut refléter l'ouverture à la civilisation occidentale, le niveau d'attachement aux traditions, et parfois la situation des individus dans la hiérarchie sociale* »<sup>106</sup>.

Selon les études menées par les anthropologues, la religion musulmane est celle qui véhicule le plus les valeurs traditionnelles ancestrales à ses fidèles. Il convient également de noter que, la religion est rarement citée parmi les causes de la malnutrition alors qu'elle exerce une grande influence sur l'état nutritionnel des enfants de par certaines de ses pratiques pouvant favoriser des carences nutritionnelles comme le faisait mention Eliwo AKOTO « *la religion musulmane véhicule un certain nombre de valeurs, de normes qui régissent la vie des fidèles du point de vue comportemental, physiologique et psychique* ».

## **6. La socialisation**

Selon le dictionnaire sociologique<sup>107</sup>, la socialisation désigne les processus par lesquels les individus s'approprient les normes, valeurs et rôles qui régissent le fonctionnement de la vie en société. De cette définition, il ressort que, le milieu de socialisation influence sur les comportements des mères en matière de pratiques alimentaires, de la prise en soin de l'enfant de par les normes et les valeurs de la société où elles ont été éduquées. De même, le milieu

---

<sup>105</sup>Eliwo AKOTO, *Mortalité infantile et juvénile en Afrique. Niveaux et caractéristiques : Causes et déterminants*, Louvain-la-Neuve, Cio, 1985, P 273.

<sup>106</sup> Op.cit.

<sup>107</sup> Jean ETIENNE, Françoise BLOESS ; Jean-Pierre NORECK ; Jean-Pierre ROUX, socialisation, Extraits du Dictionnaire sociologique, 2004.

dans lequel la jeune fille grandit exerce une influence sur son comportement vis-à-vis de la santé et de la nutrition des enfants. De ce fait, la famille apparaît comme l'instance par excellence de socialisation et son action s'avère primordiale dans la formation ultérieure de la personnalité des acteurs. En effet, dans certaines cultures, les pratiques de prévention des maladies sont courantes du fait qu'il faut se protéger des pathologies et attaques extérieures. Pour cela, apprendre des pratiques exogènes ou endogènes de protection devient un impératif pour la survie des personnes. C'est sans doute ce qui explique le fait que, certaines mères soient toujours attachées à leurs pratiques culturelles acquises des parents, bien que vivant dans les zones urbaines à fortes méthodes préventives modernes et bien qu'ayant reçu un certain niveau d'instruction. Les données de terrain ont montré une abondance en matière de comportements traditionnels et une rareté dans celles dites modernes par les mères interrogées. Ces différentes façons d'agir des mères en matière d'alimentation et de soins de l'enfant ne seraient que le reflet de la socialisation comme le dit DURKHEIM, toute éducation consiste dans un effort continu pour imposer à l'enfant des manières de voir, de sentir et d'agir auxquelles il ne serait pas spontanément arrivé. Dès les premiers temps de sa vie, nous le contraignons à manger, à boire [...] à des heures régulières [...] ; plus tard nous le contraignons pour qu'il apprenne à tenir compte d'autrui, à respecter les usages, les convenances. Il se produit en fonction des milieux, différents comportements qui sont rendus manifeste à l'âge adulte<sup>108</sup>.

Tableau représentatif des enquêtées en fonction lieu d'apprentissage des interdits alimentaires

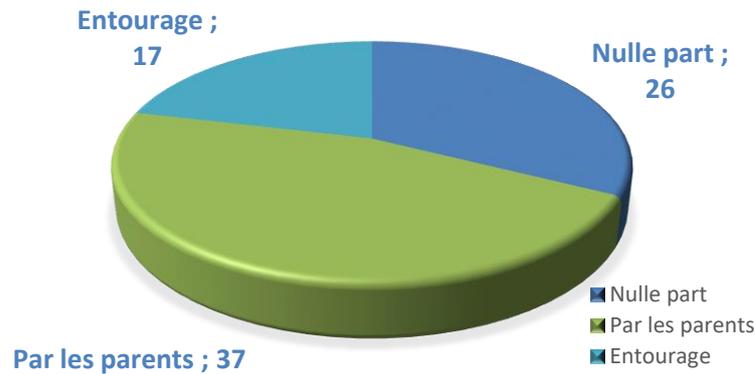
Lieux d'apprentissage	Effectifs	Pourcentage
Nulle part	26	32,6%
Par les parents	37	46,1%
Entourage	17	21,3%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Il apparaît du tableau ci-dessus que 32,6% des enquêtées ont appris cette pratique de nulle part, 46,1% l'ont appris des parents et 21,3% par l'entourage.

Le diagramme ci-dessous illustre les informations sur les lieux de socialisation des enquêtées.

<sup>108</sup> Émile DURKHEIM, Les règles de la méthode sociologique seizième édition, les classiques des sciences sociales Chicoutimi, Québec <http://classiques.uqac.ca/> 1967, p39.

**Figure 7 :** Diagramme représentatif de la répartition des enquêtées en fonction des sources d'information



Les mères ne consommaient pas ces aliments durant leur enfance et ce ne sont majoritairement que ceux consommés chez les parents qu'elles consomment dans leurs ménages. Les enquêtées ont affirmés que lorsqu'elles étaient à la maison, leurs parents ne donnaient pas certains aliments aux enfants (Poisson sans écaille, sauce arachide, haricot rouge, patate toutes viandes d'animaux non immolé, thé, viande de porc, viande de la famille de rats). Cela est devenu pour elles une coutume. Les personnes enquêtées trouvaient ces pratiques étrangères, et préféraient s'abstenir pour ne pas exposer les enfants. Les 26 autres mères ont été socialisées par leur entourage. La fréquentation du milieu a eu un grand impact sur leurs façons de faire qu'une fois mariées, elles ont commencé à appliquer ce qu'elles avaient appris durant l'enfance. Le fait de côtoyer ainsi le voisinage ne favorise toujours pas un enseignement de qualités aux apprenantes, ce qui est d'une part responsable de la persistance de la malnutrition. Il en a de même de l'apprentissage des méthodes de prévention de la maladie qui conduisent les enfants à reproduire ce qu'ils ont appris des parents ou de l'entourage. Ces méthodes ne sont pas toujours pas adéquates. Ainsi, s'en défaire de certaines pratiques peu adéquates et non efficaces reste un combat pour le Gouvernement et ses partenaires.

En outre, les techniques d'allaitement héritées des mères font parties intégrantes des pratiques appliqués par les enquêtées. Celles-ci consistent à donner de l'eau à l'enfant à la naissance, de ne pas avoir des rapports sexuels pendant l'allaitement et de ne pas allaiter l'enfant pendant la grossesse. Elles introduisent aussi très tôt la bouillie dans l'alimentation du nourrisson encore trop fragile et ces méthodes de sevrage sont peu adéquates.

Ces comportements ne sont que le fruit ou la reproduction de la socialisation. Mais il est important de noter que le temps et les circonstances dans lesquels nous vivons ne sont plus

les mêmes que ceux des parents. Les effets de réchauffement climatique, la production et la consommation des produits chimiques ont des répercussions sur la santé des populations plus particulièrement des nourrissons d'où la nécessité des nouvelles pratiques mises sur pieds par l'OMS et le Gouvernement pour palier à ce problème. Cependant, la restriction des nouvelles pratiques par les enquêtées au profit des pratiques anciennes est en partie responsable de la persistance de la malnutrition infantile. Il est noté que chez l'enfant des caractéristiques qui favorisent ce phénomène sont également observées.

## **II. CARACTÉRISTIQUES LIÉES A L'ENFANT ET LA SURVENUE DE LA MALNUTRITION**

Dans cette partie du travail, il sera question d'étudier les caractéristiques liées à l'enfant qui sont responsables de la survenue de la malnutrition notamment le facteur âge, le facteur rang de l'enfant dans la fratrie, le facteur sexe et les différentes pathologies dont il est victime au quotidien.

### **1. L'âge de l'enfant**

La survenue de la malnutrition semble très rare avant les 06 premiers mois de la vie d'un enfant. En effet avant les six premiers mois de sa vie, le nourrisson est protégé de toute carence alimentaire s'il est exclusivement nourri au sein. Dans le cas contraire, un sevrage précoce peut entraîner une déshydratation, une diminution du système immunitaire pouvant causer des infections et des diarrhées. C'est généralement à partir de 06 mois que les problèmes nutritionnels commencent chez les enfants et la tranche d'âge 06 à 59 mois est celle qui est la plus vulnérable à la malnutrition. Le sevrage de l'enfant commence généralement à partir de 12 mois, les plus tardifs sont sevrés à l'âge de 2 ans et plus en fonction des cultures et de la disponibilité des mères telles affirmées par le chef service nutrition. Cette étape s'avère être une expérience traumatisante pour l'enfant et souvent cause de malnutrition s'il est mal préparé. Certains enfants sont séparés des mères pour une longue ou courte période. Durant cette séparation, l'enfant subit un traumatisme, non seulement dû au fait que l'environnement lui soit étranger, en plus, le régime alimentaire auquel il est soumis n'est pas approprié à son organisme (repas solide) et ils ne sont pas dans la majeure partie des cas psychologiquement préparés. Leur sevrage ne se fait pas de manière progressive, certaines étapes ne sont pas respectées. Ils sont en général contraints de manger les plats des adultes (diversification alimentaire précoce). Lors des entretiens, certaines ont dit s'être séparées de leurs enfants au

moment du sevrage. Tel fut le cas de l'enfant OUMAROU. Sa mère a témoigné s'être séparée de lui pendant la période de sevrage, mais après un certain temps, l'enfant a commencé à présenter des troubles alimentaires qui a occasionné son état d'émaciation actuel. Allant dans le même sens, Jean-François BOUVILLE <sup>109</sup> soutient que, la qualité de la relation d'attachement de certains enfants parviennent à dépasser une sphère exclusivement maternelle pour explorer le monde environnant et diversifier leur alimentation, tandis que d'autres refusent de différentes manières d'incorporer les aliments « hors-mère » (autres que le lait maternel). Cette perspective est aussi celle de la théorie de l'attachement, le lien d'attachement conditionne le comportement alimentaire de l'enfant comme le dit BOWLBY, « *la faim du jeune enfant pour l'amour et la présence de sa mère est aussi importante que sa faim de nourriture* »<sup>110</sup>

Après analyse, il a également été relevé que, la tranche d'âge allant de 1-3 ans était la plus exposée à la malnutrition étant donné que c'est la période de croissance de l'enfant. Pendant cette période, les mères ont tendance à croire que l'enfant a plus besoin des aliments solides pour sa bonne croissance et le renforcement de ses os. C'est dans ce sens que, l'enfant a été pendant longtemps soumis à un régime alimentaire liquide (lait, eau, bouillie). Par cette action, elles familiarisent l'enfant avec le monde extérieur (société). Elles sont ignorantes qu'elles exposent les enfants à des troubles alimentaires et à une perturbation du mode de vie. À ce stade, l'organisme de l'enfant n'est pas encore apte à digérer les aliments solides, ce qui entraîne divers problèmes de santé chez l'enfant (d'indigestion, diarrhée et autres). Pendant cette période, une alimentation inadéquate compromet le bon développement et la saine croissance de l'enfant.

#### **Répartition des enfants malades en fonction de leur l'âge**

<b>Age de l'enfant malade</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage</b>
0-6mois	3	3,8%
6-12mois	25	31,3%
1-3ans	52	65%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

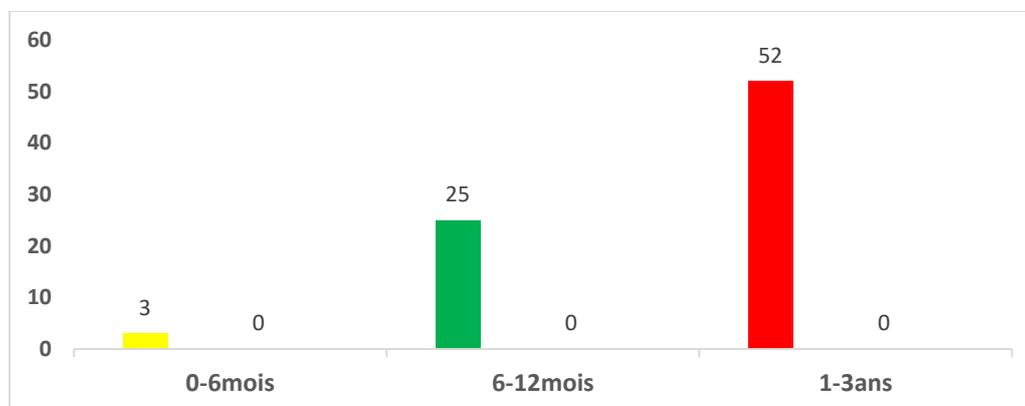
Après analyse, il ressort que la tranche d'âge la plus touchée par la maladie est celle allant de 1-3 ans avec 65% suivie de celle de 6-12 mois 31,3% et de 0-6mois 3,8%.

<sup>109</sup> Jean-François BOUVILLE, Etiologies relationnelles de la malnutrition infantile en milieu tropical, Dans Devenir 2003/1Vol. 15, pp27-47

<sup>110</sup> Idem.

L'histogramme ci-dessous nous sert d'illustration.

**Figure 8 : Histogramme représentatif de la répartition des enfants malnutris en fonction de la tranche d'âge.**



Il apparaît que, la tranche d'âge allant de 1-3 ans est la tranche d'âge réservée au sevrage, c'est une période difficile tant pour les mères que les enfants. Pendant cette période, l'alimentation des enfants doit être variée et complète. Les demandes nutritionnelles de l'enfant à cet âge sont plus grandes et diversifiées, ce qui n'est pas toujours respecté dans la majorité des cas comme le soutient HASSANE SOUMANA, « *lorsque l'apport calorique ou l'équilibre nutritionnel n'est pas conforme aux besoins de l'organisme, on court le risque de souffrir de malnutrition, et c'est généralement ce qui se passe avec les enfants à cette tranche âge (1-3 ans)* ».

L'alimentation des enfants dans la ville de Ngaoundéré est constituée principalement du riz (sous toutes ses formes), de la patate et du manioc. La majorité des enfants n'ont pas de régime alimentaire particulier propre à eux, ils consomment tout ce qui les est soumis par leurs parents. En 2004 au Tchad, lors d'une enquête de santé<sup>111</sup>, il a été relevé que, les aliments de compléments pour enfants étaient constitués essentiellement des céréales et autres aliments, alors que qu'ils ont plus besoin de protéines animales et végétales pour avoir une ration équilibrée. En outre, cette alimentation de sevrage est majoritairement composée des repas solides (repas familiaux).

L'enquête de terrain effectuée à ce propos révèle que, sur les 80 enfants de notre échantillon, 69 enfants étaient soumis uniquement au régime alimentaire familial comme

---

<sup>111</sup> L'Enquête Démographique de Santé (EDS), les déterminants de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans Tchad, 2004.

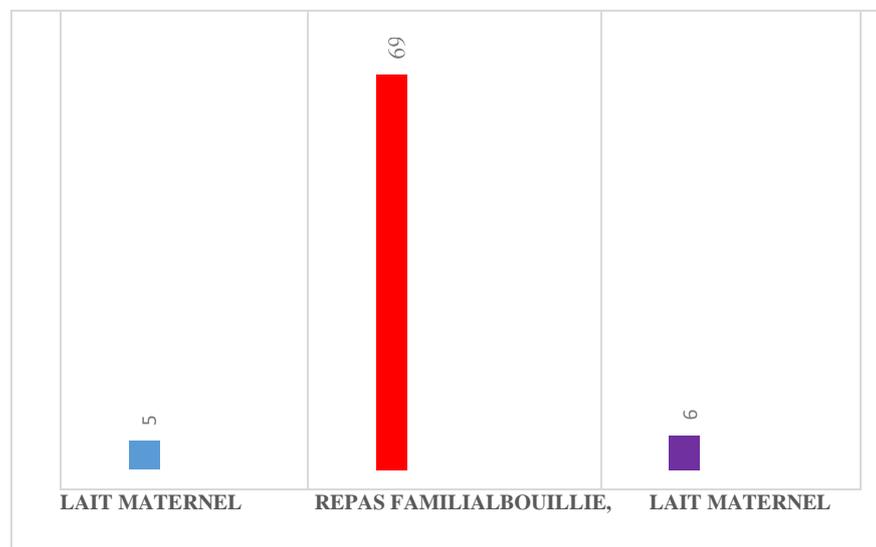
montre la figure ci-dessous. L'ignorance des mères à propos expose les enfants à une croissance ralentie voir à la malnutrition chronique. Le phénomène d'insuffisance d'apport de certains éléments nutritionnels dans l'organisme de l'enfant est observé comme c'est le cas avec le rôle joué par le lait maternel comme le soutient Moussa HADIZA<sup>112</sup> : « *les aliments qui remplacent le lait maternel n'apportent pas suffisamment d'éléments nutritifs pour compenser ceux que l'enfant recevait par le lait maternel* ». Les besoins nutritionnels des enfants diffèrent de ceux du reste de la famille et aussi longtemps que les mères ne prendront pas en compte cet aspect, le phénomène persistera.

Tableau représentatif de la répartition des enfants en fonction du régime alimentaire

Types d'aliments consommés	Effectifs	Pourcentage
Lait maternel	5	6,3%
Repas familial	69	86,3%
Bouillie, lait maternel	6	7,5%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Il ressort de notre analyse que 69 enfants de notre échantillon soit 86,3% prennent des repas familiaux ; 6 enfants soit 7,5% prennent de la bouillie et du lait maternel et 5 uniquement le lait maternel à leurs enfants soit 6,3%.

**Figure 9** : Histogramme représentatif de la répartition des enfants de 01-03 ans en fonction du régime alimentaire



<sup>112</sup>HADIZA MOUSSA, La pratique de la planification familiale en milieu rural : cas du district de Kollo, Études et travaux du LASDEL, n° 23, 2004.

Après analyse, il ressort de cette figure que, à partir de l'âge de 06 mois, 69 enfants sont immédiatement soumis au régime familial, 06 enfants ont un régime différent des adultes, et 05 enfants sont encore soumis au régime du lait maternel.

Tous ces facteurs mentionnés (sevrage brusque, repas solides à l'âge de 06 mois) exposent la vie des enfants aux différentes maladies opportunistes sans toutefois tenir compte du rang de l'enfant au sein de la fratrie.

## 2. Le rang de l'enfant au sein de la fratrie

Le rang au sein de la fratrie renvoie à la position occupée par un enfant dans un ménage. De par cette caractéristique, dégager le lien qui peut exister entre le rang occupé par l'enfant dans le ménage et la survenue de la malnutrition est important ; voir dans quelle mesure le rang de naissance de l'enfant est un facteur de la survenue de la malnutrition.

Les mères éprouvent généralement des difficultés à prendre soin de leur enfant au quotidien. Ceci s'explique par le fait qu'elles cumulent de multiples fonctions au sein du ménage au quotidien. L'entièreté des charges domestiques ainsi que la charge des enfants leurs sont attribuées et lorsqu'elles sont occupées, il revient aux aînés de prendre soin du plus petit. Ces aînées ne parviennent pas toujours à prendre convenablement soin des plus petits, à respecter les mesures d'hygiène ce qui expose l'enfant à divers problèmes sanitaires. L'Enquête Démographique de Santé menée au Burkina-Faso<sup>113</sup> relève à ce propos que : « *Du point de vue du rang de naissance, on constate une augmentation de la malnutrition chronique avec le rang de l'enfant* ».

Tableau ci-dessous représente le rang des enfants malade au sein de à fratrie

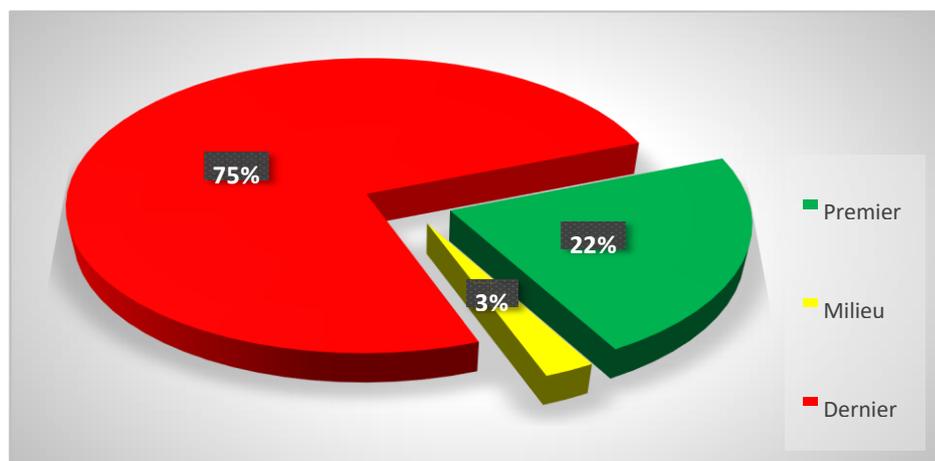
Rang de l'enfant	Effectifs	Pourcentage
Premier	18	22,5%
Milieu	2	2,5%
Dernier	60	75%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Il apparait que les enfants malades occupant les derniers rangs dans les ménages étaient les plus représentés avec un effectif de 60 soit 75,0% de notre population étudiée, ceux occupant le rang du milieu étaient 18 soit 22,5% et les premiers étaient faiblement représentés avec 2,5%.

<sup>113</sup> INSD et ORC Macro, Enquête démographique et de santé du Burkina- Faso 2003. Claver ton, Maryland, USA : INSD et ORC Macro, Septembre 2004, P455.

Le diagramme ci-dessous illustre le pourcentage des enfants malnutris en fonction du rang de naissance.

**Figure 10 : Diagramme du pourcentage des enfants malnutris en fonction du rang de naissance.**



Après analyse, il ressort de cette figure que, les enfants malades occupant les derniers rangs dans les ménages étaient les plus représentés avec un effectif de 75% de la population étudiée. Les enfants malades occupant le rang du milieu étaient 22% et les premiers étaient faiblement représentés avec 3%.

### 3. Le sexe de l'enfant

Dans presque toutes les régions d'Afrique, les croyances culturelles accordent moins d'importance à la gent féminine. Il est certes vrai que cette question du genre divise les opinions mais il ressort que les enfants de sexe masculin ont toujours eu une place de choix dans la famille contrairement aux filles qui sont un peu négligées comme le soutient Jacques V, cité par Rodolphe DACKAM<sup>114</sup> que, « *les filles et les garçons ne reçoivent pas les mêmes traitements sur le plan sanitaire et nutritionnel* » à cause de leur préférence, les garçons sont plus considérés.

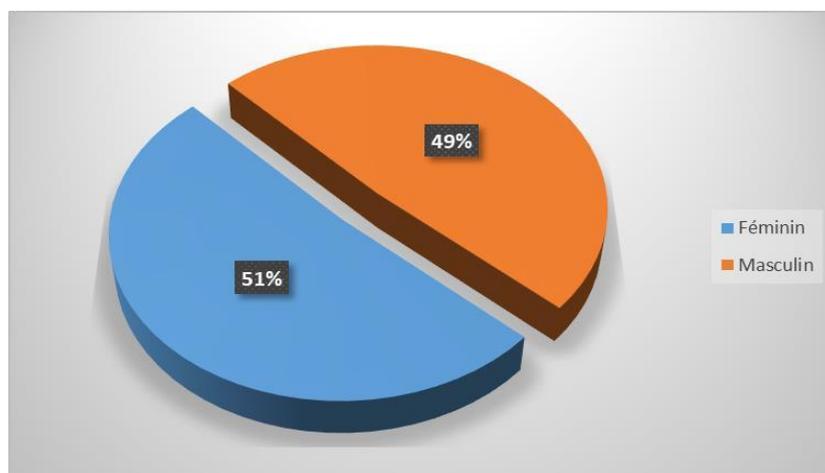
Tableau ci-contre représente les enfants en fonction de leur sexe

Sexes des enfants	Effectifs	Pourcentage
Féminin	41	51%
Masculin	39	49%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

<sup>114</sup> Rodolphe DACKAM, *Causes et déterminants de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique tropicale*, thèse de doctorat en démographie, université de paris1 Panthéon Sorbonne U.E.R., paris, 1987, P21

Il ressort de ce tableau que les 41 enfants de notre enquête soit 51% étaient de sexe féminin et 39 de de sexe masculin soit 49% de notre étude. Pour illustrer nos propos, les données recueillies sur le terrain sont réparties dans le digramme ci-contre.

**Figure 11** : Répartition des enfants malnutris en fonction du sexe



Cette représentativité se traduit par un ensemble de comportements lié à certaines coutumes et croyances qui donnent plus de privilèges aux garçons qu'aux filles. Cette discrimination qui s'observe souvent dès la naissance, est un agent catalyseur de la malnutrition. En effet, certains papas portent plus l'attention sur le garçon que sur la fille. Cette préférence est due au fait que, les garçons sont les premiers responsables de la sécurité, du bien-être et les garants de la lignée familiale. Par contre, les filles contribuent faiblement au revenu familial. L'explication qui se dégage des observations est la suivante : les enfants de sexe féminin étaient les plus représentés pendant la période d'enquête et les propos de la mère de DJOULSANATOU<sup>115</sup> à propos de cette discrimination des enfants viennent en renfort à l'argument avancé plus haut.

*Nos maris préfèrent plus les garçons aux filles. Ils ne le manifestent pas souvent ouvertement mais en tant que mères nous le ressentons. Il y a des gestes qu'ils posent. Quand le garçon est malade, ils ne tardent pas à le conduire à l'hôpital ou acheter le nécessaire. Mais quand il s'agit de la fille, c'est à peine qu'ils demandent des nouvelles de son état de santé, ils disent qu'ils n'ont pas de l'argent et nous envoient nous débrouiller pour trouver les médicaments à l'enfant. Cela se ressent*

<sup>115</sup> Entretien le 20 jan 2020.

*également dans la façon d'appeler les garçons, ou quand il s'agit de faire des cadeaux. Cette considération se manifeste en outre lorsqu'il s'agit d'envoyer les enfants à l'école. Ils envoient les garçons à l'école des blancs mais les filles, sont beaucoup plu envoyées à l'école coranique.*

Il apparait que cette préférence est due au fait que les garçons incarnent le droit de succession, ce sont les agents par excellence de la perpétuation de la famille par conséquent, les avoir est un don et veiller sur eux est un impératif d'où le décalage observé la dans la prise en soin. Allant dans cette même logique Gbenyon KUAKUVI et Thérèse LOCOH<sup>116</sup> diront : « *Les garçons sont considérés comme gardien et successeur de la famille. Ils se voient ainsi investis de pouvoir que lui confèrent la famille et la société. Ils en sont donc les membres par excellence à perpétuer les us, les coutumes et les valeurs traditionnelles ancestrales* ». Cependant, ce pouvoir dont ils incarnent ne les garantit pas une vie sans maladie.

#### **4. Maladie des enfants**

Selon l'OMS, la malnutrition est non seulement la résultante d'une crise alimentaire inadéquate, mais aussi la présence d'une maladie ou de l'interaction entre ces deux facteurs. À l'exception du lait maternel, l'alimentation du nourrisson quand elle est mal faite et en cas d'absence d'hygiène, cause généralement de problèmes de santé graves. Certaines pathologies comme les diarrhées sont dues à la cuisson d'aliments avec de l'eau non potable, à la mauvaise conservation des aliments, à un environnement domestique insalubre ou encore à l'absence d'équipements adaptés pour le nettoyage du biberon pour employer les propos de Michel LATHAM.

En effet, dans la ville de Ngaoundéré, les données de terrain révèlent que plusieurs cas de malnutrition infantile soient 46,3% sont attribués à diverses maladies. Les différents symptômes décrits par les mères sont généralement ceux populaires c'est-à-dire les maladies donc les enfants sont fréquemment victimes et qui, les conduisent vers le stade de malnutrition. Il s'agit des maladies décrites en langue locale (fulfuldé) telles que : « Riwougo » (évacuations des selles liquides et fréquentes) ; « Guilli-redou » (maladie causée par les verres) ; « Toutougo » (rejet actif de l'enfant par la bouche d'aliments avalés) ; « Nyamata » (manque d'appétit).

---

<sup>116</sup> Gbenyon KUAKUVI et Thérèse LOCOH, Les différences de mortalité entre garçons et filles, in Gilles Pison et al. (Eds), Mortalité et société en Afrique, Paris, Travaux et Documents de l'INED. Cahier n°124, 1998, P221-243.

Il ressort des analyses faites que, ces maladies fragilisent l'organisme des enfants et favorisent la survenue de la malnutrition. D'après les explications données par les mères, ces maladies entraînent généralement une réduction de la quantité d'aliments journaliers des enfants à l'interruption complète de sa consommation, ce qui occasionne une perte de poids considérable chez l'enfant. De même, selon plusieurs études faites en milieu hospitalier notamment celui du Rapport Mondial de l'OMS<sup>117</sup>, il a été trouvé une étroite relation entre la malnutrition et les infections chez les enfants telles que les diarrhées, les parasitoses intestinales et les maladies respiratoires.

Ces pathologies affectent les mécanismes de défense naturelle de l'organisme qui n'assurent plus normalement leurs fonctions. Allant dans cette même perspective, Michel LATHAM<sup>118</sup> souligne que : « *certaines mécanismes de défense naturelle de l'organisme sont altérés et ne fonctionnent plus correctement sous effet de la maladie* ». D'un autre côté, les vomissements accompagnés de fièvre chez l'enfant sont parfois le résultat d'une infection qui entraîne une perte d'appétit, des difficultés d'absorption de nutriments, auxquels s'ajoutent des troubles du fonctionnement et parfois du comportement chez ce dernier. De même, les travaux de Brian DERRICK et Patrice JELLIFFE<sup>119</sup> viennent renchérir nos propos, « *les pathologies entraînent généralement une baisse de l'appétit, une perte de poids et la destruction du tissu corporel, augmentant ainsi la dégradation de l'organisme* ».

Cependant, il peut également être question d'une interaction entre les deux phénomènes comme le soutient Michel LATHAM<sup>120</sup>, qu'il s'agit parfois d'une interrelation qui s'explique par le fait qu'une mauvaise nutrition accentue la gravité des maladies infectieuses, de même que les infections aggravent la malnutrition chez les enfants de bas âges et les nourrissons. Chez quelques enfants c'était l'inverse comme l'ont témoigné les mères concernées « *C'est l'absence de nourriture qui a occasionné la maladie de l'enfant* ». Il ressort cependant que, la malnutrition favorise la survenue des infections et laisse libre cour aux maladies opportunistes comme le soutiennent Hélène AGBESSI et Michel DAMON<sup>121</sup>, « *l'organisme malnutri n'a pas assez d'anticorps lui permettant de lutter contre les agressions extérieures ce qui le rend*

---

<sup>117</sup> OMS., Bulletin de l'organisation Mondiale de la santé. Recueil d'articles n°4, 2001.

<sup>118</sup> Michel LATHAM, La malnutrition dans les pays en développement, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), Rome/Italie, 2001.

<sup>119</sup> Brian DERRICK et Patrice JERRIFE, *Manuel à l'usage des agents sanitaires : la nutrition des enfants dans les pays en voie de développement*, Paris, Centre d'Éditions Techniques, 1978.

<sup>120</sup> Op.cit.

<sup>121</sup> Hélène AGBESSI et Michel DAMON, *Manuel de nutrition africaine*, Douala, BP 4078, Institut panafricain pour le développement, 2002.

*vulnérable à diverses pathologies.* » C'est ainsi que les enfants malnutris, réagissent difficilement à la maladie, ils sont fréquemment malades et petits de poids.

Il ressort des analyses faites que, la plupart des maladies des enfants prises dans le programme de la malnutrition sont provoquées pour la majorité des cas par le manque d'hygiène, l'inadéquation d'un aliment de sevrage, par de l'eau non potable. Les différents problèmes de santé enregistré sont : diarrhées, vomissement perte d'appétit, mal de ventre, ver intestinal, infection respiratoire. Michel LATHAM soutiendra à ce propos qu'à l'exception du lait maternel, l'alimentation du nourrisson entraîne souvent de problèmes de santé graves en cas d'absence d'hygiène ; certaines gastro-entérites ou diarrhées sont dues à la préparation d'aliments avec de l'eau non potable, à la mauvaise conservation de ces aliments, un environnement domestique insalubre ou encore à l'absence d'équipements adaptés pour le nettoyage du biberon etc. C'est dans cette optique que, le lien entre les maladies infantiles et la persistance de la malnutrition est établi. Cependant, en dehors des facteurs ci-évoqués, il existe d'autres à l'instar des comportements des mères dits à risque.

**CHAPITRE IV :**  
**LES COMPORTEMENTS DITS À RISQUE ET LA PERSISTANCE**  
**DE LA MALNUTRITION INFANTILE DANS LE DISTRICT DE**  
**NGAOUNDÉRÉ URBAIN**

Un comportement à risque peut être défini comme un ensemble de pensées ou, tout comportement susceptible d'influencer négativement l'état nutritionnel d'un enfant et provoquer chez ce dernier la malnutrition. Certains comportements développés par les mères face à certaines situations ne peuvent trouver d'explication que par un modèle culturel ou social. Il sera question dans ce chapitre de faire une analyse des différents comportements à risque qui sont érigés en normes sociales.

## **I. LES PERCEPTIONS SOCIOCULTURELLES ET LA MALNUTRITION INFANTILE**

Dans cette partie, il sera question de présenter le poids des perceptions socioculturelles dans la survenue ou la persistance de la malnutrition à savoir : la prohibition des rapports sexuels pendant l'allaitement, la conception pendant l'allaitement, et l'attribution de la malnutrition à la sorcellerie.

### **1. Prohibition des rapports sexuels pendant l'allaitement**

Dans certaines sociétés, de nombreux interdits sociaux sont encore choses courantes et constituent une norme sociale. Ils s'imposent à l'ensemble de la société et la transgression de cette règle est sanctionnée de maux. Des actes comme, entretenir les rapports sexuels pendant la période d'allaitement sont des interdits sociaux qui s'érigent et se respectent encore dans certaines parties du pays. Lors des enquêtes de terrain, certaines mères ont eu à avouer que la violation de cet interdit a des répercussions sur la victime ou sur sa progéniture comme ce fut le cas de la mère de SOULEY, âgée 36 ans<sup>122</sup> qui a transgressé la norme sociale « *tu ne commettras pas de rapport sexuel pendant la période d'allaitement avec ton mari* »:

*J'ai honte de moi quand je vous relate cela. C'est une chose qui ne s'est jamais produite avec mes 3 premiers enfants. Je n'ai pas eu de rapport avec mon mari jusqu'à ce que je les aie sevrés et ils ont bien grandi sans*

---

<sup>122</sup> Entretien du 15 Janv. 2020 fosa LAGLOIRE

*toutefois connaître cette maladie. Mais, avec ce dernier, j'ai failli et voilà ce qui est arrivé. Quand ma mère a appris la nouvelle, elle n'a pas été forte réjouie (vu que c'est d'elle que je tiens cette pratique). Vous pouvez voir cela comme de la blague c'est pourtant une vérité cachée qui ne se dit pas n'importe comment.*

Les propos de la mère de SOULEY révèlent combien les mères accordent une grande importance aux normes sociales et croient aux impacts que celles-ci peuvent causer. Elles sont ainsi capables de se priver de certains plaisirs nécessaires pour leur épanouissement ou pour le bien-être de leur enfant.

## **2. Stéréotypes autour du lait d'une femme enceinte**

Selon certaines perceptions, des maladies tirent leur origine des actes posés par les parents de façons consciente ou inconsciente comme la mauvaise qualité du lait d'une femme allaitante qui est la résultante d'une nouvelle conception. Lors des entretiens, les mères ont avoué que l'état de leurs enfants était la résultante du mauvais lait consommé pendant la période de grossesse. Elles étaient ignorantes de l'origine de la maladie mais, ce n'est qu'après avoir parlé avec le voisinage qu'elles ont su d'où provenait la maladie de l'enfant. C'est dès cet instant qu'elles ont cessé de donner le lait à l'enfant.

En outre, les nouvelles grossesses ou grossesses rapprochées sont à l'origine de la malnutrition des enfants, dans la mesure où, les femmes qui contractent des grossesses pendant la période d'allaitement subissent généralement des railleries et sont mal vues de la société. C'est dans cette lancée que Mariatou KONE<sup>123</sup> soutient :

*Dans la société, une grossesse précoce avant le sevrage de l'enfant fait l'objet de railleries et la mère ne voulant pas subir ces railleries, est obligée d'anticiper le sevrage de l'enfant car, c'est le signe que la mère a eu des rapports sexuels avec son mari sans attendre que l'enfant soit sevré.*

Pour ne pas subir les railleries de l'entourage, la femme qui a conçu pendant la période d'allaitement va interrompre brusquement l'allaitement de l'enfant pour préserver sa

---

<sup>123</sup> Mariatou KONE, Stratégies des ménages et malnutrition infantile dans la région de Madarounfa dans Afrique contemporaine, 2008, P161-197

dignité en exposant ainsi la vie de son l'enfant. Nicodème VOUDINA<sup>124</sup> viendra appuyer nos propos en affirmant que, le phénomène de nouvelle grossesse ou « *la traversée de l'enfant par son père* » est une cause de malnutrition infantile. Selon lui, le fait qu'une femme entretienne des rapports sexuels jusqu'à concevoir avant le sevrage de l'enfant est considéré comme un acte perturbateur de l'ordre social.

Cependant, ce type de pratique qui consiste à attribuer à la nouvelle grossesse la mauvaise qualité du lait et le sevrage précoce exposent l'enfant aux attaques pathogènes (la protection que procurent les anticorps maternels disparaît), aux troubles gastro- intestinaux et parfois à d'autres infections comme le paludisme, la diarrhée, anémie et autres pathologies qui sont des maladies opportunistes favorisant la dénutrition.

### **3. Attribution de la maladie à un coup de sorcellerie (caramakou)<sup>125</sup>**

Dans les sociétés africaines, certaines maladies dont les origines ne sont pas connues par les parents et/ou l'entourage sont très souvent attribuées à la sorcellerie et certaines maladies font l'objet d'une interprétation magico-religieuse.

Lors des entretiens, les mères ont eu à attribuer la maladie de leur enfant à un acte de sorcellerie ce qui rend impuissant la médecine moderne dans le traitement de la maladie. Tout ce qui est sorcellerie se traite chez « *un malloum* » vulgairement dit. Voici les propos de la mère de FADIL, âgée de 28 ans<sup>126</sup> :

*Mon enfant que voici a commencé la maladie il y a de cela quelques mois. Il a 3 ans mais, ne marche ni ne parle malgré le traitement moderne qu'il a reçu, il n'y a pas eu de changement. Après avoir reçu les conseils, mon mari a décidé qu'on l'amène chez un guérisseur traditionnel et quelques jours après je me suis rendu chez un « malloum ». De là, il nous a fait comprendre que l'enfant avait subi des attaques spirituelles, « bé nyami yonki mako<sup>127</sup> » mais, je vais voir ce que je peux faire dit le guérisseur. Il a traité mon enfant et maintenant il y'à une nette amélioration.*

---

<sup>124</sup> Nicodème VOUDINA, Les Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de guéré (région de l'extrême-nord Cameroun) » mémoire en santé publique nutrition, Université Catholique de Yaoundé 2010.

<sup>125</sup> Sorcellerie en langue locale.

<sup>126</sup> Entretien du 15 Janv. 2020 fosa LAGLOIRE

<sup>127</sup> Le vol de son âme en langue locale

Il ressort de ces propos que la maladie est attribuée à un coup de sorcellerie par les mères en signe de manifestation de leurs ignorances sur l'existence de la maladie.

#### **4. Les interdits et tabous alimentaires**

Igor DE GARINE<sup>128</sup>, considère le tabou comme une loi, une ordonnance ou une publication du grand prêtre en vertu de laquelle tel ou tel objet était sacré ou interdit. Un tabou alimentaire de ce fait, peut être défini comme étant, un interdit culturel ou religieux portant sur un aliment. Ces interdits peuvent être subdivisés en deux groupes dans le cadre de notre recherche.

##### **- Les interdits liés à la mère en période de grossesse**

En Afrique, il existe plusieurs stéréotypes autour de l'alimentation des femmes enceintes. Dans certaines cultures, ces interdits sont respectés sous peines d'accoucher des enfants atteints de malformation ou encore des maladies « bizarres ».

Au Cameroun, par exemple les interdits et prescriptions alimentaires entrent dans le champ des précautions prises pour s'assurer de la naissance d'un enfant sain et normal, c'est-à-dire exempt de tare physiologique, physique et psychologique pour employer les mots de Gervais BENINGUISSE<sup>129</sup>. En effet, il existe en fonction des cultures, des interdits alimentaires qui sont fortement proscrits aux femmes en période de grossesse. Elles doivent respecter ces interdits au risque d'accoucher des enfants anormaux.

Lors des entretiens avec Madame le chef service nutrition<sup>130</sup>, il a été révélé que les femmes enceintes (de certaines ethnies dont les noms seront taire), se privent des aliments importants tels que les œufs, la viande, une variété de poissons (famille de poisson sans écailles), certains fruits acides et certains légumes sous peines d'infecter l'enfant, ou l'avoir à la naissance avec des malformations (grosse tête, gros ventre, petit pied) ou de faire de fausses couches. Elle a également fait savoir que, les populations croient fortement aux normes sociales (ces recommandations) établies par la société. Lors des descentes sur le terrain pour la sensibilisation sur certaines pratiques jugées peu importantes et néfastes à la croissance des

---

<sup>128</sup> Igor DE GARINE, Population, Production, and Culture in the Plains Societies in Northern Cameroon and Chad: Projects Current Anthropology .19, NO1.March 1978, by the Wenner-gren Foundation for Anthropological Research 1.de 1978.

<sup>129</sup> Gervais BENINGUISSE, Entre tradition et modernité : fondements sociaux et démographique de la prise en charge de la grossesse au Cameroun, Louve sciences de la population et du développement, Institut de démographie, Col Harmattan, éd Académia-Bruylant, 2001, P298.

<sup>130</sup> Entretien avec madame Hadja MADJO point focal nutrition de la région de l'Adamaoua le 10 décembre 2019 à la DRSP

deux (mère-enfant), la population se sentait agressée et jugée. Elle n'adhérait pas au projet car leurs pratiques socioculturelles étaient entravées par des normes sanitaires modernes qui les jugent non conformes, relatait le chef service nutrition. Ceci pour illustrer à quel point les populations sont attachées à leurs pratiques socioculturelles.

Il ressort de ce qui précède l'importance accordée par les populations aux interdits alimentaires en période de grossesse contre toutes formes de recommandations sanitaires modernes. Cependant, ces interdits ne se limitent pas seulement aux femmes enceintes, ils sont également le propre des enfants.

#### - **Interdits alimentaires liés aux enfants**

Dans la ville de Ngaoundéré, les interdits alimentaires sont choses courantes. Cette pratique consiste à priver les enfants des nutriments nécessaires pour leur croissance bien que certaines mères aient pris conscience de cela, d'autres par contre croupissent encore sous le joug de cette pratique.

Ce fut le cas lors des descentes sur le terrain où les mères ne donnaient pas une catégorie d'aliments à leurs enfants soit, par restriction de la religion, soit à cause de ses effets indésirables sur l'enfant ou encore, ils ne sont pas juste conseillés. Il s'agit des aliments suivants : « *baskodjé* » (gombo), « *koumbi* » (zoom), « *hago biridji* » (sauce d'arachide), poissons sans écailles (*kouroungou*, *nbotonkou*) et les viandes de la famille des rats. Soucieuses du bien-être de leurs enfants, elles préfèrent ne pas courir le risque en respectant ces interdits. Allant dans la même perspective, HERSKOVITS et MERVILLE,<sup>131</sup> appuient de par leurs recherches faites au Bénin que, les interdits alimentaires privant les enfants de certains aliments nutritifs peuvent provoquer des carences nutritionnelles. Parmi ces aliments nous pouvons citer les légumes locaux comme le glassi ou le gombo, les crabes, la viande de chèvre, le clarias (poisson), la viande de chat, la viande blanche, ainsi que divers oiseaux comme le héron. L'interdiction de consommer des aliments très riches comme les œufs, le poisson, la viande et certaines feuilles nuisent à la santé des individus de par les recherches faites mais pour tant leurs absences peuvent à la longue favoriser certaines carences nutritionnelles comme le soutient Mamadou ZEI<sup>132</sup> que les interdits alimentaires à l'endroit des enfants les privent de certains nutriments essentiels qui sont cause de malnutrition dans certains cas.

---

<sup>131</sup> Melville HERSKOVITS, Dahomey. An ancient West African Kingdom vol. I und II, Evanston, Northwestern University Press, 1967.

<sup>132</sup> Mamadou ZEI, Contribution aux problèmes de malnutrition en zone tropicale (À propos d'observations recueillies en Haute Volta). Thèse de doctorat en Médecin, Université de Toulouse II, Pp 57-67, (1975).

Ainsi, les arguments avancés par les enquêtées sont de divers ordres, à savoir : sanitaire, religieux ou alors, sans fondement solide. Malheureusement, force est de constater que, la majorité de ces interdits n'ont aucun fondement scientifique et restent pratiqués par les mères qui ont vécu des expériences accidentelles causées par des aliments et ont fait un interdit alimentaire comme le soutient CHAIBOU<sup>133</sup>. Allant dans le même ordre d'idée, Jared DIAMOND<sup>134</sup> renchérit : « *ce tabou est apparu à la suite d'un cas d'intoxication accidentel ou répété, à la suite d'une indigestion de ces aliments par, un ou plusieurs membres de la communauté, et s'est ensuite généralisé et transmis d'une génération à une autre* ».

Par conséquent, ces habitudes se développent sur une longue période avec une adaptation progressive à l'environnement et se transmettent de génération en génération favorisant ainsi la perpétuation des représentations superstitieuses. Il en va de même des facteurs comportementaux se rattachant à la prise en soins des enfants.

## **II – COMPORTEMENTS DES MERES ET MALNUTRITION INFANTILE**

Il s'agira précisément dans cette partie d'analyser le comportement des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel exclusif ; de l'alimentation, de la prise en soin des enfants et sur les connaissances des mères relatives à l'existence de la maladie.

### **1. Comportements alimentaires de la mère pendant la grossesse**

Tout le monde sait qu'il faut manger pour vivre ; celui qui ne mange pas meurt. Mais tout le monde n'a pas connaissance qu'une bonne alimentation est la base d'une bonne croissance fœtale. Avoir le ventre plein n'est pas synonyme d'avoir bien mangé, le tout se joue au niveau de l'équilibre alimentaire. Il est important de préciser que, l'abondance alimentaire n'est pas synonyme du bien vivre, il faut réunir un ensemble d'éléments nutritifs pour pourvoir être à l'abri de la malnutrition ou de l'obésité, surtout pendant la période de grossesse. La femme enceinte, de par son alimentation, construit le futur enfant qui est dans son ventre et, la production du lait dépendra également plus tard de cette alimentation. Selon la biomédecine, pour former les muscles, les os, le corps de l'enfant et le lait de la mère, il faut des aliments particuliers tels que la viande, le poisson, les œufs ou du lait, qui sont, des aliments

---

<sup>82</sup><http://media.photobucket.com/image/malnutrition%20in%20darfur/BabaMichael/DarfurNatlstaffwmotherchil.gif?o=1>. Malnutrition au Darfour par Baba. Consulté le 03/12/2019

<sup>133</sup> CHAIBOU, Approche des facteurs de risque nutritionnels chez les enfants nigériens de moins de 5 ans, mémoire en santé publique de fin d'études du 2<sup>ème</sup> cycle, 1984.

<sup>134</sup> Jared DIAMOND, Effondrement, Comment les sociétés décident de leur disparition ou de leur survie Collection NRF Essais, Gallimard, 2006, pp592.

constructeurs. Ces aliments renferment donc des produits servant de matériaux de construction (les protéines et les minéraux)<sup>135</sup>.

La malnutrition n'est donc pas une maladie dite « du jour au lendemain », elle a un mode opératoire silencieux. Elle peut commencer son processus pendant la grossesse puis, pendant la période d'allaitement pour se révéler à la période de sevrage. Tout comme elle peut commencer pendant la grossesse et à la période d'allaitement la mère y remédie avec un allaitement exclusif. Elle peut également commencer pendant la période de l'allaitement et pendant la période de sevrage la mère y remédie. Mais si la femme n'a pas conscience de ces informations elle ne pourra protéger son enfant. Il est donc pour cette raison conseillée à la femme enceinte de bien s'alimenter au risque de donner naissance à un enfant de faible poids.

Les résultats des enquêtes ont montré que, les mères ne respectent, ni ne prennent en considération les principes ou recommandations et ceci pour diverses raisons. De prime abord, les interdits et prescriptions alimentaires entrent dans le champ des précautions prises pour s'assurer de la naissance d'un enfant sain et normal, c'est-à-dire exempt de tare physiologique, physique et psychologique comme le soutient Gervais BENINGUISSE<sup>136</sup>. Les stéréotypes construits autour de la période de grossesse ont une grande influence sur le comportement des femmes enceintes qui, au risque de faire subir les effets aux enfants ou, pour se protéger elles-mêmes ne consomment pas certains aliments comme le faisait savoir le chef du service nutrition. Elles le font en obéissance à la tradition comme le soutient PAQUOT « *le comportement de la femme est conditionné par sa culture et sa tradition* »<sup>137</sup>

Une mauvaise alimentation pendant la grossesse est aussi due à l'ignorance ou à un manque de connaissance des mères. En effet, le fait de ne pas consommer assez d'aliments constructeurs expose le petit enfant à un faible poids à la naissance et à une insuffisance ou au manque de lait de la mère à la naissance. Certaines mères ne faisaient pas attention à leur alimentation pendant la grossesse du fait qu'elles étaient ignorantes et manquaient de connaissance sur les bonnes pratiques alimentaires de la femme enceinte, ceci a été renseigné durant la période de collecte de données. Durant cette période, elles consomment tout ce qu'elles trouvent selon leurs envies du jour et Pierre BASCOULERGUE<sup>138</sup> a fait le constat suivant : parmi les matériaux de construction, il manque parfois des minéraux comme le

---

<sup>135</sup> Pierre BASCOULERGUE, Notions d'hygiène alimentaire (adaptées au Sud-Cameroun). Yaoundé, IRCAM, 1961, 60p.

<sup>136</sup> Idem.

<sup>137</sup> PAQUOT, Terre des femmes, Paris, La découverte-Maspero, 1982, p.111.

<sup>138</sup> Idem.

calcium ou le fer. Il est évident que le manque de calcium, favorise la malformation du squelette chez l'enfant tandis que le manque de fer favorise l'anémie. Le même constat est celui observé chez certaines femmes enceintes dans la ville de Ngaoundéré du fait qu'elles consomment très peu de viande et de légumes verts. Elles n'ont donc pas assez de fer et de calcium dans leurs alimentations et à la naissance elles ont des enfants de faible poids, anémiés ou avec des malformations physiques.

Les habitudes alimentaires des populations sont telles qu'on ne varie pas les menus bien que le mari soit agriculteur, commerçant ou éleveur, les produits dérivant de cette activité sont rarement utilisés pour la préparation des repas, principalement la viande (sauf pour le repas de fête ou en cas d'évènement). Les produits agricoles sont destinés à la commercialisation, c'est du reste qu'on pourra s'en servir.

En outre, durant les périodes de « jeûne » (soumàï), les femmes enceintes s'exposent en pratiquant cette activité spirituelle. Elles ne réalisent pas les dangers qu'elles peuvent accourir du fait de s'abstenir de tous aliments pendant une bonne période en temps de grossesse. Cette pratique est dangereuse pour la santé de la mère ainsi que pour l'enfant au vu de leur considération de personnes vulnérables, car leurs organismes sont trop fragiles et sensibles en absence prolongée d'aliments. Il est de ce fait conseillé de bien s'alimenter et non de s'abstenir en vue du bon déroulement de la grossesse, la bonne santé de la mère et la bonne croissance de l'enfant.

## **2. Comportements des mères en relation avec la pratique de l'allaitement maternel exclusif**

Depuis 2001, l'Organisation mondiale de la santé et l'Unicef ont recommandé aux mères d'enfants de donner exclusivement le lait maternel à leurs enfants pendant les six premiers mois, chose qui semble être faite dans la ville de Ngaoundéré. Cependant, certaines vieilles pratiques et raisonnements échappatoires dominants contournent encore la règle.

En effet, le lait maternel est le seul aliment recommandé aux nourrissons car, il contient tout ce dont l'enfant a besoin. Pour Oumar DIALLO<sup>139</sup>, le lait maternel a des propriétés particulières puisqu'il est stérile, transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires à l'enfant pendant les premiers mois d'existence. En outre, l'allaitement maternel présente de nombreux avantages et demeure le premier aliment complet du nourrisson. C'est

---

<sup>139</sup> Oumar DIALLO, Allaitement et état nutritionnel des enfants en Guinée in Enquête Démographique et de Santé Guinée, Macro International Inc, 1999, pp 135-152.

pourquoi, il est recommandé aux femmes d'allaiter leur nourrisson dans l'heure qui suit sa naissance et de manière exclusive jusqu'à six mois. Selon les psychanalystes, ce dernier constitue un élément majeur dans la consolidation des liens intimes entre mère-enfant.

Il ressort de l'enquête effectuée que, les mères sont ignorantes de l'importance de l'allaitement exclusif, elles administrent de l'eau à l'enfant à la naissance ou avant 06 mois ; ce qui fragilise l'organisme de l'enfant.

Le climat rude de la saison sèche, fait croire que le lait à lui seul est insuffisant pour l'enfant et cette conception encourage les mères à demeurer dans cette pratique. L'eau est de ce fait, l'aliment qui renforce l'allaitement de l'enfant. C'est dans cette logique que, ne pas donner de liquide autre que le lait à l'enfant serait le punir. D'autre part, c'est par manque de moyen financier pour se procurer une alimentation suffisante qui contraint les mères à ne pas pratiquer l'allaitement maternel exclusif car il est difficile d'allaiter l'enfant sans toutefois avoir des moyens financiers pour bien s'alimenter.

En outre, la non mise en pratique de l'allaitement exclusif est la résultante de l'influence des aînés comme ce fut le cas avec certaines mères qui ont déclaré avoir subi l'influence de leur mère ou belle-mère après l'accouchement. Allant dans la même logique, Keith NGUYEN et Mariatou KONE soutiennent, « *les grands-mères et les belles-mères ont une énorme influence sur les pratiques alimentaires des nouveau-nés et les jeunes enfants chez les Haoussa surtout pour les primipares* »<sup>140</sup>.

En plus, le choix de plusieurs mères en matière de la non mise en pratique de l'allaitement maternel a été orienté par la tradition. Le fait d'être née dans des familles où la pratique des normes sociales n'est pas prise à la légère, ont de l'influence sur le comportement futur des apprenants qui à leurs tours inculqueront ces normes à leurs progénitures dans leurs foyers. Parmi ces pratiques devenues normes sociales, il y'a « *le fait de donner de l'eau et des décoctions à base de feuilles et d'écorce d'arbre à l'enfant pendant les premiers jours de son existence* », qui est une pratique permettant non seulement de laver le ventre de l'enfant mais aussi de le libérer de quelques impuretés contractées pendant son séjour dans le ventre de la mère.

En outre, l'insuffisance de lait de la mère est une excuse mise en avant plan pour ne pas pratiquer l'AME comme ce fut l'une des raisons avancées par certaines mères lors de l'enquête. De même, Nicodème VOUDINA au sortir de ses recherches à l'Extrême-Nord a soutenu que,

---

<sup>140</sup> Idem.

l'insuffisance du lait maternel est une raison de l'interruption de la pratique de l'allaitement maternel exclusif par les mères. Ceci vient en renfort à nos résultats.

Cependant, Lyonel ROSSANT et Jacqueline ROSSANT-LUMBROSO <sup>141</sup> avaient reconnu que, « *Aucun lait infantile industriel ne peut actuellement s'adapter à ce point aux besoins exacts de l'enfant* ». L'allaitement maternel est donc le moyen par excellence pour une croissance équilibré d'un enfant de 0 à 6 mois et met ainsi l'enfant à l'abri de toutes maladies.

En outre, la diversification de l'allaitement se fait dès l'âge de trois ou quatre mois par les mères, pour se décharger et vaquer librement aux occupations quotidiennes comme ce fut le cas pendant la période d'enquête ou certaines mères pratiquant une activité, se retrouvaient ainsi obligées d'interrompre l'allaitement maternel exclusif pour vaquer à leurs occupations.

De ce qui précède, il ressort que bons nombres de mères sont pour la plupart ignorantes de l'importance que renferme l'allaitement maternel exclusif. Elles sont sous informées des apports nutritionnels de l'allaitement maternel pour leurs enfants et sa contribution à la santé et au bien-être des mères en question. Lyonel ROSSANT et Jacqueline ROSSANT-LUMBROSO présentent les avantages du sucer de l'enfant comme un accélérateur des contractions de l'utérus, lui permettant de reprendre sa place plus rapidement après l'accouchement ; il diminue les risques de certains cancers, comme celui de l'ovaire et du sein ; il réduit le risque d'ostéoporose. En outre, il aide à espacer les naissances, épargne les ressources de la famille et du pays. En plus de la santé de la mère, le lait maternel grâce aux anticorps de la mère est le seul lait qui garantit protection et sécurité à l'enfant pendant les 06 mois d'exclusivité. Il protège l'enfant contre les microbes au travers des anticorps de la mère ; il favorise aussi la bonne digestion ; il assure la protection contre les allergies et la prévention de l'obésité. De manière spécifique, Eliwo AKOTTO & Aron HILL <sup>142</sup>, attribuent la malnutrition des enfants au non-respect de l'allaitement maternel exclusif, au mauvais sevrage et à l'introduction d'aliments de complément avant six mois. Ainsi analysé, il ressort que la non pratique de l'allaitement maternel exclusif a un lien avec la survenue de la malnutrition infantile. Cependant, cette survenue ne serait-elle pas aussi causée par le manque de connaissances des mères vis-à-vis des pratiques alimentaires du jeune enfant ?

---

<sup>141</sup> Lyonel ROSSANT et Jacqueline ROSSANT-LUMBROSO, Le guide de l'allaitement maternel, INPES, décembre 2017.

<sup>142</sup> Eliwo AKOTTO & Aron HILL, Mortalité, malnutrition et mortalité des enfants (éd. Population et Société en Afrique au Sud du Sahara). (TABUTIN, Éd.) Paris, France, L'Harmattan, 1988.

### 3. Comportements des mères au tour de la pratique de l'alimentation des enfants

Les connaissances sur les pratiques alimentaires varient non seulement en fonction du milieu culturel de chaque mère, mais aussi en fonction du niveau d'éducation et du rang social. Les mères diversifient très souvent l'alimentation de leur enfant avant l'âge de six mois en complément au sein, parce qu'elles veulent habituer l'enfant à une alimentation d'appoint qui le rendrait en partie autonome et fort. Les enfants mangent en quantité mais pas en qualité, et la prise de repas se fait à des heures irrégulières « *À chaque fois qu'ils ont faim ou veulent manger, ils mangent. Il n'y a pas d'heure fixe pour la prise de repas* ». S'exclamait la mère d'OUMAROU<sup>143</sup>.

Le tableau ci-dessous met en exergue les périodes d'irrégularité dans la prise des repas des enfants

**Tableau 2 :** Nombre de repas pris par l'enfant/jour

Nombre de repas	Effectifs	Pourcentage
1-3 repas	37	46,2%
3 et plus	43	53,8%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Il s'agit ici de la répartition du nombre de repas pris par l'enfant/jour, il ressort de ce que les prises de repas journalier et les heures de prise de ces repas par les enfants varient en fonction de chaque mère. Les plus représentés sont ceux de la prise de 3 repas et plus par jour soit 53,8% à des heures irrégulières « *l'enfant peut manger autant de fois qu'il veut* » et 46,2% d'enfants prenant 1-3 repas par jour.

En plus de manger à des heures irrégulières comme illustre le tableau ci-dessus, les aliments ne sont pas variés et ce sont pour la plupart ceux des adultes : dankali (patate), nbaï (manioc), malori (riz), gaori (mil, maïs), bouloumdji (igname) accompagné des légumes tels que le bokko (feuille de baobab séchée), folléré (feuille d'oseille), bascodjié (gombo), lalo, tasba, koumbi (zoom), (et piment, sel, cube, eau, avec de l'huile quand cela est possible) qui sont consommés fréquemment. Ce sont des aliments dont la teneur, la consistance et l'accompagnement varient selon le statut socio-économique des ménages. Pour les ménages en difficulté, la teneur en eau augmente, la quantité de céréales diminue, l'accompagnement en

<sup>143</sup> Entretien 15 Janv. 2020 fosa SABONGARI.

sauce baisse ainsi qu'en qualité (pas de viande, ni de poisson, moins de légumes ou d'ingrédients). Autrement dit, la fréquence, la quantité et la qualité de ces aliments changent en fonction de leur disponibilité et de leur accessibilité. Les adultes semblent pour la plupart insensibles aux demandes et aux besoins de l'enfant à partir de cette tranche d'âge (01- 03 ans). Bien que les enfants puissent prendre des repas à un certain âge, le lait de croissance reste un aliment indispensable. Cependant, qu'elle est l'analyse faite sur des connaissances des mères concernant la prise en charge des enfants ?

#### **4. Les Comportements des mères en rapport avec la pratique des techniques de prise en soin des enfants**

Selon Jean-François BOUVILLE, les soins maternels désignent l'ensemble des pratiques qui optimisent l'utilisation des ressources de l'environnement, notamment alimentaires et sanitaires, par l'apport du temps, de l'attention et du soutien nécessaire pour couvrir les besoins physiques, mentaux et sociaux de l'enfant. Les techniques de prise en soin des enfants varient selon les continents, les pays et les cultures.

L'attention et les soins attribués aux enfants diffèrent en fonction des milieux. Toutefois, la malnutrition résulte de la mauvaise prise en soin des enfants par les parents. Cette mauvaise prise en soin affecte psychologiquement et physiquement les enfants laissant ainsi, libre court à la malnutrition qui s'installe progressivement et, gagne du terrain. Cette mauvaise prise en charge laisse croire à l'enfant qu'il n'est pas aimé où qu'il n'est pas le bienvenu. Selon Jean-François BOUVILLE, l'enfant semble pris dans une situation d'impasse relationnelle où il recherche simultanément et contradictoirement le rapprochement maternel (comportement d'attachement exacerbé) et un espace d'autonomie (anorexie d'opposition). L'insensibilité relationnelle des adultes (mère et autres adultes) vis-à-vis de l'enfant est caractérisée par un bas niveau de rapprochement, d'interactions sociales, de contact physique global et un face-à-face, ainsi que le temps d'intervention le plus long pour apaiser les pleurs de l'enfant et des réponses négatives à sa détresse.

Lors de l'enquête effectuée, le constat fait est le suivant : lorsque les enfants tombent malades, rares sont les mères qui se rendent immédiatement dans un centre de santé pour des examens afin d'identifier le mal de l'enfant et l'administrer un traitement adéquat. Elles préfèrent s'occuper de l'enfant à leur manière. D'autres n'administrent aucun médicament à l'enfant car disent-elles, « *de la même manière que la maladie est venue elle s'en ira* ».

Cependant, celles qui s'y rendent immédiatement dans une formation sanitaire ont un minimum d'instruction et connaissent l'importance du diagnostic médical avant d'attribuer un quelconque médicament aux enfants. Elles sont conscientes pour du moins des dangers auxquels s'exposent les enfants en agissant à leur endroit avec négligence ou avec peu d'attention. Selon les résultats de l'enquête, il ressort que, 7,5% des mères de cette catégorie est moins touchée par la malnutrition. En plus de cela, elles appliquent mieux les règles d'hygiène élémentaires et les bonnes pratiques nutritionnelles. Par contre, la majorité soit les 80% de la population étudiée qui est totalement ignorante des certaines pratiques et de règles d'hygiène jugées bonnes et par conséquent ne les respectent pas. Elles n'ont aucune connaissance de ce qu'on appelle bonnes pratiques nutritionnelles des enfants. En cas de maladie, elles font recours à l'automédication et à l'usage des décoctions des feuilles et écorces d'arbres pour palier (médicament à la maison) à la situation sauf, en cas d'extrême urgence qu'elles se rendent dans une formation sanitaire après être passé chez un thérapeute. Voici le témoignage de la mère de ZARA<sup>144</sup>

*L'enfant tombe souvent malade, mais ce sont les petites maladies. Je gère cela à ma façon, je lui donne les médicaments que j'achète au quartier chez les maileckis<sup>145</sup> du coin et parfois, la maladie part d'elle-même. Mais quand son état ne s'améliore pas, je me rends dans un centre de santé pour un autre traitement plus adéquat.*

Cette façon de faire laisse apparaître la négligence de la part des parents comme le qualifie Doris BONNET,<sup>146</sup> de parents « négligents » vis-à-vis de l'enfant, en relevant dans son ouvrage « *la notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant* » où il évoque la notion de « *négligence sociale* » pour attribuer la malnutrition de l'enfant à une négligence sélective de la mère. La notion de négligence sélective introduit aussi l'idée de la malnutrition comme une forme de maltraitance des enfants par « *délit d'indifférence parentale* ». Selon Jean-François BOUVILLE, une relation d'attachement sûre est associée à l'état nutritionnel satisfaisant de l'enfant indépendamment du niveau socioéconomique de la famille

---

<sup>144</sup> Entretien du 07 janvier 2020 fosa SABONGARI

<sup>145</sup> Entendue ici par vendeur de médicament de la rue

<sup>146</sup> Doris BONNET, *La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant*, Sciences Sociales et Santé, Revue trimestrielle, 1996, Vol. 14, n°1, P16-25.

(influence nutritionnelle, cependant, de l'éducation maternelle, de la satisfaction maritale, du poids et de la taille de la mère)<sup>147</sup>.

À la question de savoir si les mères étaient conscientes de la période de perte de poids de leur enfant, plusieurs ont répondu n'avoir pas une connaissance de la période à laquelle l'enfant a commencé à maigrir. Ceci pourrait s'expliquer par le manque de vigilance de la part des mères lors de la prise en soin des enfants et du fait qu'elles sont ignorantes des signes ou manifestations de la maladie en question.

En outre, cette négligence de la part de certaines mères s'observe également du côté du non-respect des mesures d'hygiène élémentaires à la maison à cause de leur inadvertance à prendre au sérieux ces mesures. Elles ne s'attardent ni n'accordent une grande importance à la visualisation corporelle de l'enfant avant et après sa prise de bain et de repas, qui sont des moments les plus précieux et déterminant pour l'expression de l'affection et de l'attachement de la mère envers son enfant. Les propos de la mère D'AICHOU<sup>148</sup> viennent en appui à cet argument : « *Pas la peine de prendre assez de temps et d'examiner l'enfant avant et après son bain, cela ne signifie absolument rien pour moi* ».

En plus, elles ne manifestent pas un grand intérêt à nourrir personnellement et régulièrement leur enfant. D'après les analyses faites par les psychologues, l'enfant prendrait plus de plaisir à manger quand c'est la mère qui lui donne le repas, mais dans le cas contraire, cela peut favoriser un manque d'appétit chez ce dernier ou encore, il ne se rassasie pas. Ce manque d'intérêt de la part de la mère et de par son ignorance à propos, laisse croire à l'enfant un manque d'affection et d'attention de la part de sa mère et ceci peut le conduire progressivement dans un état de dépression qui entraînerait une insuffisance pondérale considérable. Dans cette perspective, le lien d'attachement conditionne le comportement alimentaire de l'enfant. À cet effet, BOWLBY cité par Marie JENNY affirmera que « *la faim du jeune enfant pour l'amour et la présence de sa mère est aussi importante que sa faim de nourriture* »<sup>149</sup>.

D'autre part, l'absence prolongée de la mère hors de la maison, est considéré comme une forme de négligence. Les aînés qui sont responsable des plus petits en l'absence des parents les abandonnent à leurs tours à leurs propres sorts, oubliant le plus souvent de donner à manger, à

---

<sup>147</sup> Jean-François BOUVILLE, Etiologies relationnelles de la malnutrition infantile en milieu tropical, Dans Devenir 2003/1, Vol. 15, p27 à 47.

<sup>148</sup> Entretien du 27 janv. 2020 fosa HAMADJANGUI

<sup>149</sup> Marie JENNY, L'influence de la relation mère-enfant sur la dénutrition sévère, (Journée Médicale), 2007, P3

boire ou à prendre soin d'eux. Les plus petits se sentent ainsi seuls et abandonnés à eux-mêmes, ils n'hésitent pas à mettre à la bouche tout ce qu'ils ramassent au sol quand ils ont faim et s'installent dans des endroits peu confortables. Ils sont de ce fait exposés à toutes sortes de dangers et de maladies pouvant les conduire à la malnutrition. Jean-François BOUVILLE, ira dans le même sens en affirmant que la malnutrition sévère est associée à un environnement familial très inadéquat du point de vue de l'affection et de l'attention précoce accordée à l'enfant, sans détailler plus avant les types d'interactions et les processus impliqués<sup>150</sup>. L'enfant se sent par là en insécurité à l'absence cette relation d'attachement. Il recherchera assidûment la proximité maternelle mêlé à des expressions de colère et d'opposition face à une mère distante qui semble peu encline à s'en occuper et développera des signes de refus alimentaires sélectif accompagné de caprice, voire envahissants et rejet d'autrui pour se replier sur lui-même.

De ce qui précède, les études des psychologues ont mis en exergue l'importance du lien affectif des parents dans l'évolution de l'enfant. Selon eux, un enfant se sentirait plus en sécurité, se montrera plus sociable, affectif et manifestera une bonne estime de soi quand, les parents ont démontré de l'amour et l'attention à son égard surtout dans sa tendre enfance car, c'est à partir de cette période qu'il bâtit sa personnalité. Dans le cas d'un manque d'attention, l'enfant pourrait manifester des comportements oppositionnels et agressifs. Cet état de l'enfant se manifeste souvent par la perte d'appétit entraînant ainsi la perte de poids qui conduira l'enfant dans une phase de malnutrition simple, sévère puis chronique voire à la mort<sup>151</sup>.

## **5. Evaluation des mères en fonction de leur connaissance sur de la malnutrition**

Dans cette partie, il sera question d'évaluer les connaissances des mères sur ce qu'elles entendent par la notion de malnutrition. Dans de nombreuses régions du pays, les origines de la maladie sont basées sur le principe de la double causalité, à la fois naturelle et surnaturelle. Les populations attribuent un caractère essentiel et déterminant aux causes sociales puisque la maladie est souvent vue comme un désordre, entendu par-là, un non-respect de normes sociales (pour celles qui croient avoir une connaissance des causes de la maladie). Lors des entretiens avec les mères, une évaluation a été faite sur leurs connaissances de la maladie appelée en langue locale « *nidougo-nyandé* ». Le constat fait est celui de l'ignorance de la maladie par

---

<sup>150</sup> Jean-François BOUVILLE, Étiologies relationnelles de la malnutrition infantile en milieu tropical, Devenir 2003/1, Volume 31, 2003, p 27-47.

<sup>151</sup> Irène KRYMKO BLETON, Développement affectif de l'enfant de la naissance à douze ans, 2013.

43,7% des mères de notre échantillon qui n'avaient jamais entendu parler de cette maladie auparavant. En effet, cet état de la situation est dû au fait qu'elles soient analphabètes à la base et se rendent rarement dans les formations sanitaires en cas de survenance de la maladie qui est aperçue ici comme une simple maladie comme elles le disent : « *ce n'est pas une maladie pour se rendre à l'hôpital* ».

En plus, leur faible niveau d'instruction ne les permet pas d'avoir un esprit ouvert à toutes nouvelles informations contribuant à leur bien-être, elles accordent plus d'importance à celles apprises à la maison parentale. La méconnaissance des mères s'aperçoit également au niveau des causes de la maladie. En effet, selon les données recueillies, 56,3% des femmes de la population étudiée avait déjà entendu parler de la malnutrition, mais n'en savaient rien à propos des causes et des manifestations de la maladie. Très peu d'entre elles connaissaient les véritables causes de la malnutrition (le manque de nourriture, le déséquilibre alimentaire et comme manifestation les œdèmes, ventre ballonné, la grosse tête, la maigreur, la tristesse de l'enfant etc.).

Une catégorie d'elles ont attribué à la maladie des causes magicoreligieuses comme ce fut le cas avec la mère de FADIL, âgée de 28 ans. À sa connaissance, son enfant n'est pas victime de *nidougo nyandé* mais de sorcellerie. Tout comme le disait Rodolphe DACKAM<sup>152</sup> c'est souvent la méconnaissance du mode de transmission de la maladie qui conduit souvent à des attitudes pouvant favoriser la contagion. Les mères ne sont pas conscientes de l'existence de la malnutrition comme maladie qui est un problème de santé. Elles fréquentent généralement les FOSA à cause des maladies qui accompagnent la malnutrition (diarrhée, vomissements, anémie, etc.). Face à cette ignorance de l'existence de la maladie, de son mode de transmission et ses manifestations, il sera difficile à une mère de prévenir la maladie ou de la traiter convenablement

## **6. Comportement des mères et la distribution des aliments thérapeutiques prêt à l'emploi (Plumpy-nut)**

Les enfants qui sont pris en charge par le programme de récupération bénéficient d'une ration hebdomadaire en plumpy-nut couvrant tous ses besoins nutritionnels. Mais il arrive souvent que la ration donnée n'est pas mangée uniquement par les enfants malnutris, le reste des enfants du ménage en bénéficient également. La recherche d'aliments thérapeutiques

---

<sup>152</sup> Rodolphe DACKAM, *Causes et déterminants de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique tropicale*, thèse de doctorat en démographie, université de paris1 Panthéon Sorbonne U.E.R., paris, 1987, p449.

devient dont le principal objectif de certaines mères pour couvrir les besoins alimentaires de l'enfant. La gratuité des plumpy-nuts, emmène de ce fait certaine mère à développer des stratégies appelées « stratégie de provision » pour couvrir certains de leurs besoins. Elles vont se rendre dans les centres de distribution des aliments plumpy-nuts avec les enfants pour une évaluation afin qu'ils soient enregistrés dans le programme de prise en charge. Lors que la prise en charge n'est pas possible (les enfants sont jugés bien portants), elles développent un sentiment de déception du fait que l'enfant n'a pas été pris dans le programme de prise en charge et ne recevra pas les plumpy-nuts. Elles se lamentent en disant que, si rien n'est fait pour leurs enfants ils risquent devenir des malnutris, parce qu'ils n'ont plus rien à manger à la maison et ont besoin de quoi manger ou alors, elles avancent les raisons selon laquelle « *l'enfant était dans le programme, il est sorti mais depuis qu'il ne reçoit plus les plumpy-nuts, il ne mange plus, tout aliment qu'on lui donne il refuse, sauf les plumpy-nuts* »<sup>153</sup>.

Pour d'autres encore, l'aliment thérapeutique les sert de « fonds de commerce ». Elles se servent de ces aliments pour débiter un commerce pour subvenir aux besoins familiaux. En effet, les conditions de vie rude emmènent les mères à se servir des plumpy-nuts des enfants pour avoir un fonds de commerce. Elles s'en iront vendre les produits alimentaires reçus lors des distributions dans les centres de récupération nutritionnelle, à des boutiquiers du coin ou vendeurs dans les marchés au lieu d'en donner aux enfants. Pour ne pas rompre la chaîne d'approvisionnement, certaines mères vont volontairement priver leurs enfants de la nourriture pour qu'ils présentent des signes de malnutrition, pour profiter de « la manne rare » pour pouvoir se faire un peu d'argent. Ce fut le cas lors de la descente sur le terrain, ou une mère au Centre de Santé de MBOUMGERE a fait ces aveux. « *Les biscuits en forme d'arachides qu'on distribue aux mères ici, sont par la suite vendus sur les marchés ou chez les boutiquiers du quartier par les mères d'enfants, les enfants n'en bénéficient pas. Je le dis parce que j'ai été témoin de cette scène au quartier* »<sup>154</sup>. Le chef Service Nutrition a également certifié ces faits lors des entretiens<sup>155</sup> : « *C'est une vérité pourtant vraie qui fait mal. Quand elles reçoivent le paquet hebdomadaire d'aliments thérapeutiques pour les enfants, elles s'en vont commercialiser cela dans les petits coins, pour pouvoir subvenir à leur besoin. Sur le marché, le sachet se vend à 200f* ».

---

<sup>153</sup> Entretien avec la mère de Samira du 27 janv. 2022 fosa HAMADJANGUI

<sup>154</sup> Entretien fosa 10 janv. 2020 MBOUMGERE

<sup>155</sup> Entretien du 5 Déc. 2019 DRSP

## 7. Comportement des mères et la pratique de récompense de la fin du traitement

Selon les sources recueillies, le Gouvernement du Cameroun et UNICEF mettent à la disposition des enfants sortants du programme de la malnutrition du matériel en signe de récompense et d'encouragement à l'endroit des mères pour avoir bien suivie le traitement. Après un traitement réussi, les enfants qui sortent du programme sont récompensés par le Centre pour avoir bien mis en application les conseils des points focaux nutrition et pour s'être bien occupés de l'enfant. À la sortie du programme, les mères reçoivent de ce fait un ensemble complet du matériel (savon, bassin, bassine, pot, gobelet, bouloir et autres) pour s'en servir. Une façon d'emmener les mères à bien prendre soin des enfants pour ne plus qu'ils tombent dans la malnutrition et promeut par cette action la pratique des règles d'hygiène pour éviter les maladies. Cette initiative est cependant source de motivation des mères à laisser intentionnellement les enfants dans la malnutrition pour être repris dans le programme et bénéficier encore de la récompense. Si cela n'est pas possible dans le centre de départ, elles se déplacent vers un autre Centre de prise en charge. Tels sont les propos du chef service nutrition<sup>156</sup> : *« ma fille, c'est vraiment terrible ce que font ces mères, elles n'ont même pas pitié de leurs enfants ce qui leur importe c'est le matériel qu'on donne à la sortie après le traitement réussi. Elles vont intentionnellement laisser l'enfant tomber dans la malnutrition pour être repris après »*. Le témoignage a également été fait par le point focal SABONGARI ou, dans le registre, le nom de l'enfant apparaissait deux fois mais à des périodes différentes.

En conclusion de ce qui précède, les facteurs comportementaux font partie intégrante des facteurs explicatifs de la persistance de la malnutrition dans un milieu donné.

---

<sup>156</sup> Entretien du 12 sep. 2019 DRSP.

**TROISIÈME PARTIE : LES METHODES DE TRAITEMENT  
ET LA PERSISTANCE DE LA MALNUTRITION**

Dans cette partie, il sera question pour nous de faire ressortir dans le cinquième chapitre les itinéraires thérapeutiques que fait recours la population de la ville de Ngaoundéré pour pallier aux problèmes de maladie et ses incidences sur le rétablissement des patients (enfants) ce qui laisse libre cours à la persistance de la maladie. Le sixième chapitre enfin identifie les construits autour des méthodes de préventions endogènes comme ayant une part de responsabilité dans la persistance de la malnutrition.

CHAPITRE V :  
LES ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES ET LA  
PERSISTANCE DE LA MALNUTRITION

L'itinéraire thérapeutique peut être défini comme est un chemin de santé emprunté par le malade dans le processus de rechercher et d'accéder aux soins médicaux. Il existe autour de celle-ci un véritable usage social de la maladie qui mobilise les acteurs sociaux du groupe familial et extrafamilial, selon des règles et des principes qui constituent une véritable pratique sociale. L'itinéraire thérapeutique fait généralement référence à une trajectoire, à la succession des choix entre médicaments, soignants, doctrines et croyances. Défini comme tel, l'itinéraire thérapeutique dépend d'un ensemble de construits autour de la maladie conduisant les populations à recourir à différents chemins, selon l'interprétation culturelle ou sociale qu'on se donne de la maladie en vue de l'obtention de la guérison au mal en question. Les facteurs socioéconomiques, démographiques et culturels à l'instar du niveau d'instruction, de l'âge, du sexe, le coût et le niveau de revenu sont parmi d'autres les déterminants majeurs de recours thérapeutiques comme le souligne davantage SCHMITZ cité par Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, « *les choix thérapeutiques s'inscrivent à la fois dans un habitus familial et dans un système de soins local* ». <sup>157</sup> Il s'agira principalement dans cette partie d'étudier les différents recours et de faire une analyse sur les motivations des populations à l'emprunt de ces différents recours thérapeutiques, tout en établissant le lien avec la persistance de la dénutrition infantile.

Les perceptions que la population se fait de la maladie influencent largement les itinéraires thérapeutiques, les parents pensent rarement que la maladie de leurs enfants est liée à la nutrition. De ce constat, il ressort que, les savoirs endogènes, privés de connaissances biomédicales, conduisent généralement à des reproductions peu probantes de la maladie. On note également que, les représentations populaires se basent en général sur les diverses visibilités immédiates qu'offre un corps malade. Parfois les populations interprètent divers symptômes comme étant des maladies à part entière.

Le constat qui est généralement fait est que, la plupart des mères qui se rendent dans les FOSA avec leurs enfants ont d'abord fait recours à d'autres itinéraires avant de s'y rendre. La plupart n'ont pas connaissance de la véritable maladie de l'enfant. À ce propos, plusieurs

---

<sup>157</sup> Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, Réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun, 2010, P5.

itinéraires sont empruntés par les populations en fonction des interprétations données à la maladie.

## I. LES THERAPIES DOMESTIQUES, L'AUTOMÉDICATION ET LES RISQUES LIÉS À LEURS UTILISATIONS

Dans cette partie il est question de présenter les différentes méthodes de traitement des maladies comme étant des éléments favorisant la persistance de la malnutrition infantile.

### 1. Les thérapies domestiques

Une thérapie domestique est tout recours thérapeutiques à usage naturel ne nécessitant pas l'intervention d'un spécialiste (médecin, tradipraticien,).

L'apaisement de la douleur est la première motivation dans la recherche de soins. Certaines maladies comme la fièvre, la diarrhée sont considérées par certains parents comme la maladie du « quotidien ». Elles sont perçues par les mères comme quelque chose de « banale » en raison de son caractère récurrent, pouvant facilement se soigner sous l'effet d'une infusion de tisane, une bonne décoction faite à base de feuilles, d'écorce d'arbre. Les logiques qui construisent la piste thérapeutique des parents ayant un enfant malade sont d'une complexité tangible.

Selon les données obtenues sur le terrain, lorsque l'individu manifeste les signes cliniques d'un état morbide (toux, fièvre, mal de tête, de ventre...), la maladie est généralement prise à la légère au début et le traitement se fait à domicile. Cette façon d'agir ne dépend pas du niveau d'instruction des mères. Instruites ou non, toutes font recours au traitement à domicile pour pallier aux problèmes de santé des enfants. Les mères témoignent que, les plantes naturelles sont les médicaments principaux utilisés en début de la maladie, tant que ce n'est pas grave. Ces derniers s'obtiennent à moindre coût et la majorité des familles en possède à la maison. Il s'agit notamment des écorces et feuilles de certains arbres et herbes naturelles.

La mère de BISSI HAMADAN relate les faits. « Généralement, nous soignons nos enfants à la maison à base des remèdes naturels composés d'écorce, de feuilles d'arbres sous forme d'infusions, de décoctions ou potions que nous administrons aux enfants »<sup>158</sup>.

Parmi ces plantes généralement utilisées, il y'a « le moura touba », « neebam caredjé »<sup>159</sup>ou encore des écorces ou racines du karité et le « neebam gagner ou neebam neem »<sup>160</sup>

---

<sup>158</sup> Entretien du 7 jànv2020. BURKINA

<sup>159</sup> L'huile de karité en français

<sup>160</sup> L'Huile de neem en français

pour traiter diverses maladies chez les enfants. Ces plantes sont considérées par la population comme moins nocives, et efficaces pour tous les petits problèmes de santé quotidiens surtout concernant la diarrhée, maux de ventre, maux de tête etc. En outre, elles ont l'habitude de faire usage de cette méthode de traitement naturel qu'elles n'ont pas besoin de l'avis d'un spécialiste dans le domaine (herboriste) pour un diagnostic ou une posologie quelconque pour le traitement de la maladie.

*Nous connaissons précisément les vertus des plantes que nous utilisons, pour avoir vécu dans un milieu où l'emploi était fréquent. En cas de maladie, nos parents ne faisaient recours qu'aux plantes pour se soigner. Quand l'enfant tombe malade, nous savons ce qu'il y'a lieu de faire aux premiers signes de la maladie. Nous n'avons plus besoin de l'avis d'une quelconque personne pour nous prescrire les plantes médicamenteuses ou encore sa posologie<sup>161</sup>.*

Il ressort au travers de ces propos que, les mères n'ont nullement pas besoin d'un diagnostic pour administrer une potion ou décoction à un enfant à la simple apparition des symptômes de la maladie, elles savent ce qu'il y'a lieu de faire. Il est vrai que ces plantes sont renommées pour le traitement de plusieurs maladies. Mais, c'est à tort et à travers qu'elles en font usage. N'ayant donc pas une connaissance parfaite sur la malnutrition, elles administrent le même traitement qui, n'est rien d'autre que la résultante d'un déséquilibre ou d'un manque alimentaire, pouvant laisser sur son passage des effets similaires à ce qu'on attribue généralement aux symptômes des maladies dites du quotidien. Très souvent, les populations tombent dans ce piège en refusant de relier l'état de santé de leur enfant à une mauvaise alimentation. Elles essaient de traiter les signes de la maladie avec des plantes médicamenteuses à domicile sans toutefois, tuer le mal à la racine ce qui est souvent cause de complications.

Il ressort de cette analyse que, les mères qui font recours aux traitements à base de plantes médicamenteuses ont un niveau de perception considérée comme légère ou modérée de la maladie des enfants et se servaient des plantes naturelles pour remédier au mal. Cependant, il existe une autre catégorie qui fait recours à l'automédication pour remédier à la situation.

---

<sup>161</sup> Entretien du 7 jànv2020. Fosa BURKINA

## 2. Vers l'automédication

Dans son sens strict, le terme automédication signifie utiliser des médicaments sans une ordonnance médicale. Dans ce cas, le malade fait lui-même le diagnostic de sa maladie et établit la prescription, en choisissant son médicament et sa posologie. L'automédication dans un sens plus large est le fait, pour un patient, de modifier la prescription établie par le médecin soit dans la dose, soit dans la durée d'administration prescrite sur l'ordonnance.<sup>162</sup>

Selon l'OMS, l'automédication est le fait qu'un individu recourt à un médicament de sa propre initiative ou de celle d'un proche, dans le but de soigner une affection ou un symptôme qu'il a lui-même identifié, sans avoir recours à un professionnel de santé. On distingue à cet effet deux modalités d'automédication à savoir l'automédication active ou directe (l'individu fait son autodiagnostic et prend la décision de se soigner lui-même), et l'automédication passive ou indirecte, (l'individu est diagnostiqué et subit la prise du médicament sous l'action ou l'influence d'un tiers) ; c'est le cas des enfants.<sup>163</sup> Force est de constater que, dans la ville de Ngaoundéré, l'automédication est le point de prise en charge par excellence avant toute autre consultation pour de nombreuses raisons. Ils ont une considération légère des symptômes de la maladie et craignent le coût élevé de la prise en charge des malades dans les formations sanitaires et préfèrent l'automédication pour son faible pouvoir d'achat. Cette pratique n'est pas seulement l'apanage des ménages à faible revenu mais aussi celui de l'ensemble de la population urbaine, encore moins des ménages à faible niveau éducationnel ou à faible niveau nutritionnel seulement, elle concerne l'ensemble de la population.

À la question de savoir, quels sont les médicaments que vous disposez en permanence chez vous, nous avons inéluctablement droit à : « *un médicament pour la fièvre, un médicament pour la diarrhée, un médicament contre les douleurs* » (Paracétamol, sirop, des déparasitants...). Il en est de même, lorsqu'il est demandé qu'elles sont les maladies infantiles qu'elles connaissent, la réponse est évidente « *la diarrhée, la fièvre, la toux, les maux de tête et de ventre* ».

Lorsqu'elles perçoivent les premiers signes ou symptômes de la maladie c'est-à-dire, le corps qui chauffe, vomissement, diarrhée, maux de tête ou de ventre, qui sont des symptômes des maladies dites du quotidien, elles vont considérer cela comme quelque chose de légère en

---

<sup>162</sup> Edith ALBENGRES, Automédication, Encyclopédie Universalis, consulté le 29 mai 2020.

<sup>163</sup> COULIBALY SIAKA, Problématique de l'automédication dans la Commune urbaine de Lomé (Togo. In : D'almeida Ayi G (ed). Dakar ; Université Cheikh Antar Diop, Faculté de Médecine, de pharmacie et d'odontologie, thèse de doctorat en pharmacie, 2018, P24.

raison de sa fréquence et de son caractère récurrent, facilement éliminable sous l'effet du paracétamol ou du sirop et parfois, les symptômes disparaissent sans qu'aucun traitement ne soit administré. Ces maladies dites du quotidien font l'objet d'une gestion à l'automédication.

Plusieurs pathologies ayant ainsi fait l'objet d'automédication par les sujets et le traitement donné aux enfants sans au préalable l'avis d'un spécialiste sont récapitulées dans le tableau suivant :

**Tableau 3** : Statistique en fonction de pratique de l'automédication.

Traitements administrés à enfant pendant la période de maladie	Effectifs	Pourcentage
Jamais pratiqué	18	22,5%
Paracétamol, sirop	24	30%
<b>Vitamine</b>	<b>26</b>	<b>32,5%</b>
Décoction de feuille et écorce d'arbre	12	15%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Au vu des résultats, durant la manifestation de la maladie, les enquêtées ont administré différents médicaments aux enfants. 32,5% des mères ont administré la vitamine à leurs enfants en cas de manque d'appétit ou amaigrissement ce qui prouve à suffisance que les enfants souffrent de carence alimentaire ; 30% du paracétamol et du sirop pour stopper la diarrhée et la fièvre qui sont dus entre autre à une mauvaise hygiène (diarrhée).

Pour ce qui concerne la connaissance des mères sur la posologie des médicaments achetés, elles se référaient à leurs vendeurs ambulants communément appelés en langue locale « *mailecki* », à qui le bénéfice du doute est accordé sur la connaissance du dosage des médicaments qu'ils vendent. Par contre, il existe celles qui connaissent du moins lire, elles s'en remettent à la notice pour un meilleur usage, d'autre part encore se donne le mode d'emploi comme ce fut le cas avec certaines de nos informatrices qui ont dit avoir inventé le dosage des médicaments selon que la situation est vécue : « *lorsque l'état de l'enfant ne s'améliore pas, la dose peut augmenter et ainsi de suite* ». La quasi-totalité des sujets achètent leurs médicaments dans la rue, les instruites que les non-instruites. Cependant, cette pratique n'est pas sans répercussion sur l'organisme des enfants. Et, dans le cas présent de la dénutrition, il n'est pas question d'administrer un quelconque médicament à l'enfant. Il est avant tout question de connaître la provenance de la maladie si elle est liée à l'alimentation de l'enfant et

voir comment équilibrer cette alimentation dans le cas contraire le même problème persistera et se reproduira jusqu'à laisser place à la forme chronique ou jusqu'à ce que mort s'en suive.

D'autres raisons avancées par les enquêtées sont l'accueil peu favorable qui règne dans les FOSA, ce qui n'encourage pas les parents à s'y rendre promptement avec les enfants. Ils préfèrent d'abord traiter la maladie avec la complicité de l'entourage et ensuite si la situation ne s'améliore pas, c'est à ce moment qu'ils envisagent faire recours à d'autres itinéraires. En outre, l'insuffisance des moyens dont disposent les parents pour offrir des soins appropriés à leurs enfants les poussent à se faire une représentation de l'état de santé de l'enfant.

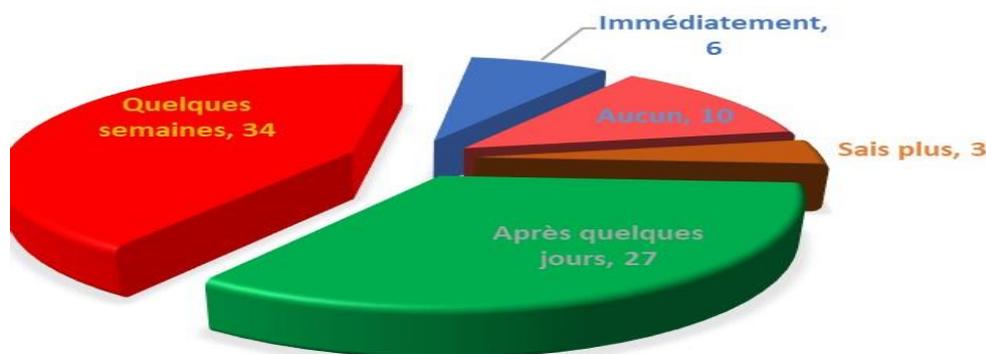
**Tableau** représentant les enquêtées sur la durée de l'automédication de l'enfant.

Temps mis à la maison	Effectifs	Pourcentage
Aucun	10	12,5
Sais plus	3	3,8
Après quelques jours	27	33,8
Quelques semaines	34	42,5
Immédiatement	6	7,5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Il ressort de ce tableau que 42,5% de mères enquêtées ont conduit leurs enfants à l'hôpital après quelques semaines ; 33,8% après quelques jours à la maison ; 12,5% n'ont pas répondu à la question ; 7,5% se sont immédiatement rendu dans un hôpital et 3,8% ne s'en souviennent plus du fait qu'elles ont été référées aux centres par les ASC de passage dans le cadre de leur travail.

Le digramme ci-dessous présente les propos des mères enquêtées sur la durée de l'automédication de l'enfant.

**Figure 12** : Digramme illustratif de la durée de l'automédication avant de se rendre dans un FOSA.



À la question de savoir pendant combien de temps avez-vous soumis l'enfant à l'automédication avant de vous rendre dans un lieu de prise en charge (FOSA), 34 mères enquêtées ont déclaré avoir conduit leurs enfants à l'hôpital après quelques semaines de maladie ; 27 mères ont conduit leurs enfants dans un centre après avoir passé quelques jours à la maison. 10 mères ont été réticentes à ce propos ; 6 autres mères soit se sont immédiatement rendues dans un hôpital et 3 enquêtées ne s'en souvenaient plus.

Il ressort des analyses faites à ce propos que, la situation financière des participantes bien que défailante n'était pas la principale raison du recours à l'automédication. Il se dégage plutôt de cette situation une question d'habitude, du coût des médicaments ou encore par simple négligence de la maladie par les parents. Cependant, l'automédication n'était pas le seul recours en cas de maladie. Les parents, interprétant la maladie comme ayant une origine surnaturelle, se tournent plutôt vers la médecine dite traditionnelle pour une prise en charge.

## **II. LA PRATIQUE DE L'ETHNOMEDECINE OU MEDECINE TRADITIONNELLE ET LA PERSISTENCE DE LA MALNUTRITION**

Dans le contexte général, l'OMS<sup>164</sup> définit la médecine traditionnelle comme étant un ensemble de connaissances et de pratiques explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer des maladies physiques, mentales ou sociales et qui peuvent se fonder exclusivement sur des expériences et/ou des observations passées transmises de génération en génération oralement ou par écrit. Selon Bouda MOUSTAFA, la définition de la médecine traditionnelle ne doit pas être standardisée car chaque peuple a sa vision du monde, sa propre culture et développe ses propres stratégies thérapeutiques pour lutter contre les maladies, « *Il y a donc autant de médecines traditionnelles que d'ethnies* »<sup>165</sup>. La santé au sens le plus large du mot français qu'on pourrait appeler aussi le « bien-être », ou plus simplement la « vie », est une aspiration tellement commune et primordiale pour les populations, que les personnes appelées à la régulariser tiennent une place éminente dans la société<sup>166</sup>.

Durant la période précoloniale, c'est-à-dire avant l'arrivée du colon et des missionnaires, la médecine traditionnelle était l'unique voie de recours thérapeutique des

---

<sup>164</sup> OMS., Série de rapports techniques AFRO, (Médecine traditionnelle africaine, rapport du comité d'experts à Brazzaville) N° 1, 1976, p.3.

<sup>165</sup> Bouda MOUSTAF, De l'intégration de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle dans les systèmes de soins de santé officiels au Burkina Faso : Situation actuelle et perspective, thèse de doctorat en pharmacie, FSDS, Université de Ouagadougou, 1990,131 p.

<sup>166</sup> Éric DE ROSNY, Les yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres en pays Douala, 1981, P 340.

populations africaines. Il est admis aujourd'hui que si l'urbanisation a amenée des changements importants dans l'organisation sociale, force est de constater qu'elle n'a pas modifiée grande chose aux vieux comportements des populations. Le culte de la santé explique le succès persistant des guérisseurs traditionnels. Quand la plupart des autres fonctions de la société traditionnelle ont perdu de leur influence ou totalement disparu, la médecine traditionnelle a gardé un certain prestige, dans la mesure du possible<sup>167</sup>. Les populations continuent de faire recours à la médecine dite traditionnelle et les praticiens que sont les guérisseurs, exercent librement leur art de guérison. Bien qu'elle ait pris un coup du fait de l'existence de ce que la Bible appelle « *l'ivraie* » (fausser), ceux qui attribuent des fausses analyses et interprétations aux souffrances et des traitements peu efficaces dans le seul but de se remplir les poches. C'est à ce propos que, la valeur de cette médecine fut détériorée et va perdre sa place au profit de celle dite moderne. Ce décalage n'empêchera en rien les populations à fréquenter les tradithérapeutes et à faire de cette pratique une partie intégrante de leur culture.

Toutes les maladies ne sont pas naturelles, certains maux sont interprétés comme une attaque surnaturelle et seul le traditionnel peut y remédier. Par contre, d'autres sont perçues comme naturelles dans ce cas, on fera recours à la biomédecine. Allant dans ce sillage, la malnutrition sera attribuée à une maladie qui n'est pas totalement dépouillée de son caractère « *mystique* ». Elle est un appel à l'ordre, un message qui signale que quelque chose d'anormale s'est passée dans la dynamique du groupe familial ou social, qu'une rupture s'est produite.<sup>168</sup>

Pour l'africain, la maladie, se résume à un désordre, à une rupture de l'ordre établi par Dieu. Avoir de la fièvre n'est pas normal, c'est une rupture de l'harmonie sociale, ainsi, dès qu'une personne a un problème (qu'il soit malade) il lui faudra toujours trouver un coupable : un sorcier ou le lanceur du mauvais sort,<sup>169</sup> et il revient au « *groupe organisateur profane de la thérapie* » pour s'exprimer comme Yves Bertrand FEUDJIO DJOUDA, de décider non seulement du moment où le malade doit visiter l'hôpital ou le guérisseur, mais, de jouer aussi un rôle crucial pour ce qui est de la détermination du diagnostic, de la trajectoire du malade et de la prise des décisions afférentes<sup>170</sup>.

---

<sup>167</sup> Idem.

<sup>168</sup> Paulin HOUNTONDI, Libertés, cité par Amadi Aly Dieng Hegel, Marx, Engels et les problèmes de l'Afrique Noire. Sankoré, Dakar, 1978, p. pp. 28-49

<sup>169</sup> Idem.

<sup>170</sup> Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, Réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun, Sociologie – Université de Yaoundé I., REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales Vol.18, Junio 2010 <http://revista-redes.rediris.es>, P 1

Il se dégage ainsi des propos des mères un caractère surnaturel à la maladie de leurs enfants, comme quoi, elle provient des attaques et seuls les guérisseurs sont en mesure de gérer pareil cas. Elles attribuent cependant la malnutrition à un non-respect des normes socioculturelles et à la sorcellerie et optent pour un traitement à l'indigène comme le souligne Didier FASSIN, chaque communauté a sa propre représentation, sa propre interprétation de la maladie et développe des moyens ou stratégies de défense qui lui sont spécifiques<sup>171</sup>.

De ce caractère mystique il en découle une interprétation traditionnelle selon laquelle la dénutrition de l'enfant est le signe « *du vol de l'âme ou d'un sort jeter par un méchant* ». Pour s'en défaire, il faut faire appel à un spécialiste des choses mystiques ou « *l'homme aux quatre yeux* ». Étant donné que les parents n'ont pas à l'esprit que l'état de santé de leur enfant est dû à une alimentation pauvre et non équilibrée.

De nos jours, malgré l'autorité dont jouit la biomédecine pour le traitement de la maladie dans les sociétés, la population fait toujours confiance à la médecine traditionnelle, « *je vais chez mon marabout* » ou « *malloum* » comme on a l'habitude de l'appeler en langue vernaculaire ou encore chez le tradithérapeute pour qu'il cherche à comprendre le « *comment et le pourquoi* » de la survenue d'une telle pathologie. De manière plus explicite Basile NGONO dira : « *le thérapeute cherchera à comprendre l'origine de la maladie c'est-à-dire le comment de la maladie en référence au registre de type naturaliste et s'intéressera au sens profond, à la phénoménologie cosmologique de la maladie c'est-à-dire au pourquoi de la maladie* ». Cela est contraire à la médecine moderne qui est une « *science du comment* » et ne parvient pas à apporter des réponses sur l'épineuse question du « *pourquoi* »<sup>172</sup>. Selon les enquêtées, elles font recours à la médecine traditionnelle parce qu'elle guérit à la fois le corps et l'âme.

Il apparaît cependant que pour plusieurs, l'étiologie de certaines maladies à l'instar de la dénutrition est le plus attribuée à un génie ou aux sorciers, dans ce sens que, les symptômes sont perçus comme « *diaboliques* ». La maladie survient généralement lorsqu'il y a une infraction à une loi établie et dont il faudra chercher à faire disparaître la cause. C'est pourquoi, on établit un lien de causalité indissociable entre la maladie et la faute ou l'infraction commise

---

<sup>171</sup> Didier FASSIN, Pouvoir et maladie en Afrique : Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar, Paris : Presse universitaires de France, 1992, P 719-722.

<sup>172</sup> Basile NGONO, Incidence de la médecine populaire sur la médecine moderne, 2002. <http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/0/a8c38529e8c3bcc580256bb10033141d?Open> Document P 100, le 09 août 2019

et pour y remédier, la population se tourne vers la médecine traditionnelle, allant de guérisseurs en guérisseurs pour tenter d'élucider le problème et trouver la solution. Lorsque la guérison ne s'en suit pas ou, lorsque le traitement va d'échec en échecs, le temps qui passe et l'état de l'enfant qui ne s'améliore pas, poussent la majorité d'entre elles à se rendre à l'hôpital avec un enfant dans un état déplorable, comme le relate le point focal nutrition BAMNYANGA<sup>173</sup> :

*J'ai souvent le cœur fendu quand je vois ces femmes qui arrivent ici avec des enfants tous maigres, la peau sur les os et lorsque je demande à la mère pourquoi elle a mis beaucoup de temps avec l'enfant à la maison avant de venir au centre de santé, elle dit qu'elle a pensé que c'était un mauvais sort et elle s'est d'abord rendu chez le guérisseur, qui lui a fait comprendre que la maladie était causée par un mauvais esprit et que l'enfant allait guérir avec le traitement qu'il allait lui administrer. Mais après plusieurs traitements il y n'a pas eu d'amélioration. Après avoir dépensé le peu d'argent qu'elle avait, elle a dû en chercher ailleurs pour venir ici avec l'enfant.*

Ces propos dévoilent combien les fausses interprétations que les populations se font de l'origine de certaines maladies peuvent coûter à leurs progénitures. Lorsque les membres du réseau relationnel du malade ne sont donc pas suffisamment informés sur les questions relatives à la malnutrition, ce dernier ne retrouve le chemin de l'hôpital qu'après plusieurs échecs thérapeutiques. Le malade se retrouve ainsi pris en « ballottage », dans une sorte « d'aventures thérapeutiques » ou de « quête thérapeutique » où les soins se font « en rond » (JANZEN 1978 ; MBADINGA 2002) cité par Yves Bertrand FEUDJO DJOUDA, où l'on peut passer du praticien au psychothérapeute, du prêtre exorciste aux « églises de guérison » ou du guérisseur aux rituels ancestraux. On a ainsi des malnutris « nomades » qui se soignent « au pluriel » et ne reviennent vers l'hôpital que « tardivement », dans la phase chronique ou terminale. Les populations ne cherchent pas au préalable à avoir une idée claire sur la véritable origine de la maladie en question, elles se fient à tort et à travers aux interprétations de la maladie ou encore se laissent orienter aveuglement par leurs intuitions ou par les propos de leurs entourages pour faire le choix de l'itinéraire<sup>174</sup>.

---

<sup>173</sup> Entretien du 15 janv. BAMNYANGA

<sup>174</sup> Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, Réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun, REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales Vol.18,#6, Junio 2010 <http://revista-redes.rediris.es>, P4.

Les perceptions endogènes de la maladie ont ainsi une influence sur le recours aux itinéraires thérapeutiques et l'interprétation de la majorité des maladies sont perçues comme des attaques surnaturelles. À cela s'ajoute la mauvaise référence, la complexité des multiples recours qui coûtent chers à la personne malade ainsi qu'à la famille. Les populations s'adonnent généralement aux traitements de la médecine dite traditionnelle du fait qu'elle relève de la culture et de son efficacité à apaiser les irritations des esprits. Comme le soutient Éric DE ROSNY, les remèdes traditionnels sont chargés d'une puissance qui dépasse celle des simples médicaments pharmaceutiques. Pour cela, beaucoup des acteurs ont à leur possession le secret d'une herbe pour guérir un mal particulier qu'ils utilisent pour se soigner. Chaque famille garde en effet une recette transmise en héritage, qui soulage un mal<sup>175</sup>. Les familles ne se rendent pas promptement à l'hôpital et ne se fient pas facilement à la médecine moderne pour la raison que, la maladie ne touche que la dimension organique du malade.

De ce qui précède, les facteurs socioculturels sont les plus importants dans l'interprétation de la maladie que les facteurs biologiques. La population s'attache à la médecine traditionnelle pour des raisons religieuses et son efficacité à traiter les maladies. Cependant, elle fait de temps à autre recourt à celle moderne d'où leur association dans l'optique d'accélérer le processus de rétablissement.

### **III. L'ASSOCIATION ENTRE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET MEDECINE MODERNE ET LA PERSISTANCE DE LA MALNUTRITION**

L'association entre la médecine dite traditionnelle et celle moderne est chose courante dans les habitudes des populations tant dans les zones urbaines que rurales. D'après le constat fait sur le terrain, c'est généralement lorsqu'un parent se rend compte que l'état de son enfant se détériore qu'il va faire appel à ses proches et expliquer la situation à laquelle il fait face. Après avoir traité à l'indigène, il sera conseillé de se tourner vers la médecine moderne. Les enfants arrivent souvent dans un état désespéré dans les FOSA, pour poursuivre le traitement thérapeutique occidentale et pendant que l'enfant est sous traitement médical, les parents continuent le traitement traditionnel donné par les féticheurs car n'étant convaincu à 100% de l'efficacité de la médecine moderne dans le traitement de l'enfant. Ils ont toujours tendance à associer l'indigène au moderne pour une accélération dans la guérison. Lorsqu'une personne tombe malade, on ne cherchera pas le virus, on ne se focalisera pas non plus sur les

---

<sup>175</sup> Éric DE ROSNY, *Les yeux de ma chèvre : Sur les pas des maîtres en pays Douala*, 1981, p51.

diagnostiques faits à l'hôpital mais sur le coupable, celui qui a jeté un mauvais sort. Et même si, à l'hôpital, les médecins expliquent qu'il s'agit d'un virus, les gens ne se sentiront réellement guéris que lorsqu'ils auront trouvé qui a pu leur jeter cette maladie.

*Il y a de cela plusieurs mois que l'enfant a été secoué par la maladie, il maigrissait seulement, son ventre prenait du volume et ses yeux étaient enfoncés. Il faisait peur et était devenu laid à voir. On a été à l'hôpital avec lui mais son état de maladie s'aggravait de plus en plus. Mon mari a décidé qu'on se rende chez un tradipraticien, d'après des interprétations faites par l'entourage, il s'agissait d'un mauvais sort qui avait été jeté à l'enfant. Nous nous sommes rendus chez le marabout du quartier qui nous a certifié que la maladie provenait d'un mauvais esprit (**caramadjo**). Il a commencé le traitement de l'enfant. Une légère amélioration était visible par rapport au traitement de l'hôpital. Étant à la maison un jour, les Agents de Santé Communautaires sont passés à la simple vue de l'enfant, ils m'ont dit que l'enfant souffrait d'une maladie nutritionnelle et que je devais me rendre dans un centre de formation pour une prise en charge de l'enfant. J'ai dû me rendre à nouveau dans un centre de santé tout en ayant pas laissé le traitement à l'indigène. Après quelques jours d'association du traitement, l'enfant s'est senti mieux. Le traitement de l'hôpital n'est que venu en renfort à celui du marabout. J'ai associé les deux traitements pour accélérer le rétablissement de l'enfant<sup>176</sup>.*

Le cas de cette mère n'est pas unique, plusieurs autres d'entre elles en font autant et ceci dans l'optique de montrer à quel point l'hôpital à lui seul ne peut procurer la guérison attendue. Le fait de se rendre à l'hôpital n'est qu'une fenêtre échappatoire pour ne pas être accusé de responsable de l'état de l'enfant. Il faut cependant noter que, l'association de ces deux traitements nuire à l'organisme de l'enfant, cet organisme étant encore fragile ne peut supporter de lourdes charges médicamenteuses. Elle peut avoir de l'impact sur le bon fonctionnement de son organisme et être la cause de la persistance de la malnutrition. De ce fait, il faut également remarquer que, bien que la malnutrition soit un fait social total au sens de Marcel MAUSS, il n'en demeure pas moins que ce phénomène est à la base de nombreux problèmes que rencontrent les familles pour sa prise en charge. Suite à une situation comme l'association de traitement (traditionnel et moderne), de nombreuses familles perdent des enfants ou les rendent davantage malades à un point de les conduire vers un déséquilibre

---

<sup>176</sup> Entretien du 15 janv. 2020, Fosa BAMNYANGA

nutritionnel (malnutrition). Très souvent les parents ne se rendent pas compte que c'est du mélange ou de l'association de traitements que provient l'aggravation de l'état de l'enfant. Ce type de composition est pour les enfants, difficile à ingérer. Ils ne voient aucun inconvénient à associer les deux médecines, pour la simple raison que, la médecine moderne ne peut à elle seule résoudre les problèmes de santé, elle est limitée comme le soutient Gérald SALEM « *les malades demandent à la médecine des "Blancs" de soigner les symptômes de la maladie et à la médecine traditionnelle d'identifier les causes ultimes du mal et de mettre en œuvre les moyens pour la combattre* ». <sup>177</sup>

Cette pratique est d'ailleurs quotidienne voire, une tradition pour certains membres de la communauté qui cristallisent alors leur relation dans la lutte contre la malnutrition et cherche par-dessus tout à maintenir ainsi leur appartenance à la tradition, en empêchant toute réorganisation ou redéfinition identitaire basée sur le modernisme uniquement. En outre, il est difficile pour les populations de se rendre à l'hôpital quand la médecine dite traditionnelle n'a pas trouvé solution au problème. Toutefois, bien même qu'étant hospitalisé, les familles chercheront toujours les voies et moyens pour tromper la vigilance du personnel médical pour traiter l'enfant avec les médicaments donnés par le féticheur ou tout simplement enfilé le gris-gris à l'enfant ou le poser à son chevet. La population n'a pas une pleine confiance au diagnostic posé par la médecine moderne, elle accorde une grande considération aux diagnostics posés par les marabouts. Les propos de la mère de REKIAISSA, âgée de 25 ans interrogée au FOSA de BOUMDJERE viennent soutenir cette analyse <sup>178</sup> :

*Lorsque je suis venue ici au centre avec l'enfant, on m'a dit que l'enfant souffre de malnutrition. Pour ma part, ce n'est pas vrai. Il a été victime d'un empoisonnement quand nous étions en déplacement à guider. Il a consommé une eau de mauvaise qualité. Je le sais parce que mon malloum me l'a dit mais ici on vient me dire autre chose à propos de la maladie de mon enfant.*

Le parent reste convaincu que son enfant est victime d'un empoisonnement non d'une malnutrition. Face à de tel comportement, le personnel soignant adopte très souvent une attitude très sévère et culpabilisante envers les mères qui réagissent de la sorte en se laissant

---

<sup>177</sup> Gérald SALEM, La Santé dans la ville, géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal), Karthala, 1998, p. 76.

<sup>178</sup> Entretien du 13 Janv.2020 fosa de BOUMDJERE

aveugler par la tradition pour justifier cette attitude afin de les amener à changer de mentalité sur la façon d'analyser la situation.

Nous avons sur ce point été témoin d'une conversation entre le Point focal nutrition de BAMNYANGA avec une mère ayant un enfant malnutri. Dans la conversation, il faisait savoir à la mère que son enfant souffre de malnutrition et non de ce qu'elle prétend connaître. La conversation se résume en ces mots :

*Pf - Ton enfant est malnutri, tu ne l'alimente pas bien. Regarde comment il est chétif comparé à d'autres enfants de son âge.*

*Mm - Non ! Il n'est pas malnutri c'est la maladie qui l'a rendu chétif.*

*Pf - je te fais donc savoir qu'il souffre d'une maladie nutritionnelle (liée à une carence ou manque d'aliments).*

*Pf - Quand il est tombé malade où l'as-tu amené ?*

*Mm - Chez le marabout du quartier car, sa maladie n'était pas naturelle*

*Pf - Il faut changer la façon d'alimenter cet enfant<sup>179</sup>.*

Cet extrait d'échange démontre la franchise du personnel soignant envers les mères pour ôter la paille de leurs yeux et exposer la réalité qu'elles refusent de voir en face. Si on n'agit pas de la sorte envers ces mères et on continue de dissimuler la vérité sur l'état de leurs enfants, elles continueront à reproduire les mêmes erreurs. S'exclamait le point focal.

De ce qui précède, il ressort que les populations face à une situation de maladie associent les traitements endogènes et exogènes. Elles ont une préférence pour la médecine dite traditionnelle et accordent plus d'importance aux diagnostics endogènes et perceptions sociales qu'à ceux modernes. Par contre, il existe une autre catégorie qui optera pour une abstinence de traitement en cas de survenue morbide.

#### **IV. LA PRATIQUE DE ABSTINENCE THERAPEUTIQUE ET LA PERSISTANCE DE LA MALNUTRITION**

L'abstinence thérapeutique peut être définie comme le fait de s'abstenir de tout traitement en cas de maladie ; ou le fait pour un malade de ne pas suivre un traitement thérapeutique. Le niveau de la maladie est de ce fait jugé par les parents si elle est légère ou grave. Nombreux sont les parents qui selon leur perception de la maladie, n'administrent aucun

---

<sup>179</sup> Entretien du point focale nutrition BAMNYANGA avec une mère d'enfant malnutri nouvellement admise dans le programme de prise en charge 22 Janv. 2020.

traitement à l'enfant ou, ne se rendent nulle part avec l'enfant pour sa prise en charge. Ils jugent « léger » ou respectivement « modéré » l'état de maladie de l'enfant et décident de ne pas prendre en considération la situation. Ce phénomène se rapporte généralement au niveau d'instruction des parents des malades : ceux d'un niveau secondaire et plus, sont les plus susceptibles de s'abstenir en cas de maladie ou de pratiquer la biomédecine comparativement aux parents sans niveau d'instruction. Les parents (les mères le plus souvent) ne sont pas violemment affectés par les symptômes de la maladie ; ils s'inquiètent tardivement de l'état de santé de leurs enfants, avant de mettre l'enfant sous traitement ou de l'amener à l'hôpital pour se faire soigner. Ils mettent le malade sous observation pour voir comment évolue la maladie. Généralement, c'est lorsque les parents s'aperçoivent que l'état de l'enfant ne se stabilise pas ou va de mal en pire, qu'ils commencent à paniquer et à faire recours à un traitement jugé adéquat pour l'enfant. En revanche, ceux d'un niveau primaire sont moins susceptibles de s'abstenir en cas de maladie : ils paniquent et vont immédiatement administrer un traitement à l'enfant.

Pendant la période de silence thérapeutique, l'enfant va perdre sa masse corporelle et sera classé dans la catégorie des malnutris. Selon les Analyses, l'abstinence thérapeutique ou le silence thérapeutique est l'un des facteurs favorisant la persistance de la malnutrition infantile dans ce sens où, un organisme malade, qui ne se fait pas traiter endommage d'autres cellules. Concernant les renseignements à propos de la question à savoir : « que prenez-vous comme traitement en cas de maladie ? », certaines de nos enquêtées ont révélé qu'elles ne donnent aucun médicament ou traitement aux enfants lorsqu'ils manifestent la maladie. Elles prennent souvent un temps d'observation de la maladie avant d'administrer les soins à l'enfant, ce n'est pas toutes maladies qui ont besoin de traitement ou de médicament. En agissant de la sorte, les parents sous-estiment la maladie de leurs enfants lorsqu'ils décident d'observer une abstinence thérapeutique vis-à-vis de l'état de l'enfant. Il existe cependant une autre catégorie qui pratique la médecine religieuse.

## **V. PRATIQUE DE LA MEDECINE RELIGIEUSE ET LA MALNUTRITION**

Du latin « *devotio* » ou « *devotum* » qui signifie vœu, désir, la dévotion renvoie à un dévouement pour quelqu'un ou quelque chose ou encore, à un attachement aux pratiques religieuses. Le premier sens est plus adapté dans le cadre de cette recherche. Le mot religieux quant à lui tire ses origines du mot religion qui est définie comme, « *un système de pratiques*

*et de croyances en usage dans un groupe ou dans une communauté* ». <sup>180</sup> Ce mot religion vient du terme latin « religio » qui veut dire attachement à. Il fut défini pour la première fois par Cicéron comme étant : « *le fait de s'occuper d'une nature supérieure que l'on appelle divine et de lui rendre un culte* ». <sup>181</sup> De même, la religion est définie par Durkheim comme « *un système de croyances solidaires et de pratiques relatives aux choses sacrées [...] qui unissent en une même communauté morale, appelée Église, ceux qui y adhèrent* ». <sup>182</sup> En ce sens, la religion concerne traditions, coutumes et cultes d'un peuple particulier. De par ces définitions, la dévotion religieuse renvoie à un dévouement total à un système de croyances, coutumes et de pratiques relatives aux choses sacrées.

Au vu de ce que la religion apparaît comme un marqueur fort de l'identité sociale individuelle et collective au sens de DURKHEIM, les individus se sentent dans l'obligation de respecter, obéir aux normes, lois ou encore commandements pour se sentir membre intégrant d'une communauté religieuse pour ne pas se sentir en marge de sa communauté.

De prime à bord, la dévotion ou la médecine religieuse ici est évoquée comme étant un facteur de persistance de la malnutrition infantile, dans la mesure où, les populations exposent leur vie et celle de leur famille par une mauvaise mise en pratique des normes religieuses qu'elles jugent bonnes sans toutefois se rendre compte des impacts négatifs qu'elles peuvent avoir sur la santé.

Selon les différentes informations recueillies sur le terrain, il existe la pratique du jeûne qui est, le fait de s'abstenir totalement du manger et du boire pendant une période de la journée ou encore, de s'abstenir de consommer certains aliments et en faisant qu'un repas dans toute la journée dans l'optique de mortifier sa chair pour plaire à Dieu. L'acte en lui-même n'ait pas mauvais mais le problème qui se pose relève de la façon dont les populations mettent en application ces pratiques religieuses.

Les femmes enceintes, celles allaitantes et même les enfants se privent généralement d'aliment, ce qui engendre à la longue des conséquences dans l'organisme de ces derniers si une alimentation de qualité ne s'impose à la fin du jeûne. Les périodes d'abstinence sont généralement observées par les familles à des périodes données individuellement ou

---

<sup>180</sup> Encyclopédie de DIDEROT et D'ALEMBERT, « Religion », vol. XIV, p. 74, lecture sur le site ARTFL Encyclopédie Project (<http://artflx.uchicago.edu/cgi-bin/philologic/get object.pl?c.104:143.encyclopedia0110.776633>, consulté le 13 aout 2020

<sup>181</sup> Marcus CICERON, De l'invention oratoire, tome II, p.53 cité par Jean GRODIN dans la philosophie de la religion, paris, P.U.F, coll. « Que sais-je ? », 2009, p. 66-73.

<sup>182</sup> Emile DURKHEIM, Les Formes élémentaires de la vie religieuse, 1912, P65.

collectivement. Pendant ces périodes de privation, les personnes vulnérables s'exposent très souvent à des problèmes d'ordre nutritionnels surtout celles des familles pauvres qui, après avoir rompu le jeûne n'ont pas sur leur table des repas garnis et diversifiés pour compenser les pertes énergétiques enregistrées dans la journée. Les enfants sont de ce fait, les plus exposés aux conséquences de cette pratique étant donné qu'ils ont un organisme fragile et doivent à tout moment prendre des collations et repas pour leurs bonnes croissances. Force est de constater que, certains parents soumettent les enfants à un régime sévère pendant cette période. Pour ces derniers, c'est une façon pour eux d'initier les enfants à cette pratique importante de la vie d'un homme. Certains se basent sur des passages bibliques pour appuyer leurs propos comme celui tiré du livre de proverbes 22 : 6 où il est écrit que c'est dès le bas âge que nous devons inculquer les valeurs aux enfants pour que, quand ils seront grands ils ne s'en détournent point. L'individu subit de par cet acte un choc psychologique d'ordre naturel et une faiblesse générale de l'organisme qui provoque en lui un déséquilibre laissant un libre passage à une maladie (biomédicale éventuellement) qui vient accroître la faiblesse de l'organisme. En effet, la vie religieuse est un lieu et un moment du social où le social est vécu plus intensément et plus explicitement. Elle est une condensation de sentiments de nature sociale, parce qu'elle use de symboles plus que tout autre domaine de la vie sociale, elle devient pour l'observateur attentif une formidable clef de lecture de la vie en société comme le soutient DURKHEIM.<sup>183</sup> Allant dans ce sens, certains parents au lieu de se rendre dans les formations sanitaires avec les enfants lorsqu'ils sont souffrants, préfèrent se rendre dans les églises pour faire des prières ferventes. Ce fut le cas avec la petite MAÏBOUSSA de 03 ans résidant dans le quartier SABONGARIE. Ses parents se rendaient avec elle à l'église pour des prières qui n'ont malheureusement pas abouti à un résultat satisfaisant. Il a fallu l'intervention du personnel de santé pour que la petite soit conduite dans une formation sanitaire où elle a été dépistée malnutri aigüe. S'entretenant avec le parent de l'enfant, il a fait savoir qu'il appartient à une communauté chrétienne où la fréquentation des hôpitaux est formellement proscrite. Fréquenter les hôpitaux pour eux, c'est mettre en cause la toute-puissance de Dieu. « *Si on venait à apprendre que je fréquente ce lieu avec l'enfant, je vais devoir répondre de mes actes* » s'exclamait le parent de la petite.

---

<sup>183</sup> Emile DURKHEIM, *Entre religion et morale* Fabien ROBERTSON Dans *Revue de MAUSS* 2003/2 (n 22), P58.

Le traitement de la maladie telle que recommandé dans le contexte biomédical n'est pas toujours le même pour les acteurs sociaux profanes. Pendant que la biomédecine rapporte la malnutrition à une carence en micro nutrition ou suite à une infection se caractérisant par des œdèmes nutritionnels, gros ventre, grosse tête, yeux enfoncés dans l'orbite, maigreur (...), les profanes n'ont pas toujours cette même perception de la réalité de la maladie. Une maladie considérée par la médecine moderne comme se soignant à base d'une bonne alimentation équilibrée et au respect des règles d'hygiène élémentaire pour prévenir les infections, ne fait pas nécessairement l'unanimité avec les acteurs religieux qui préfèrent des recours plus embrouillés et complexes en fonction des représentations qu'ils se font de la maladie ou selon les prescriptions religieuses. Cependant, pour prévenir la maladie, les parents font usages de plusieurs méthodes jugées efficaces.

CHAPITRE VI :  
LES CONSTRUITS SOCIOCULTURELS AUTOUR DES MÉTHODES  
PRÉVENTIVES ET LA PERSISTANCE DE LA MALNUTRITION

Le noir a sa vision du monde qui lui permet de résoudre ses problèmes métaphysiques. Le monde dans son ensemble, la vie dans sa globalité est mystérieuse et il faut chercher le sens de chaque événement. De la réflexion sur le mystère de la vie et de la mort et de la nécessité de survivre et de rechercher le bonheur naît l'idée de vodun (divinité) et de forces occultes, le Bo.<sup>184</sup> Ce dernier est doté d'une conception différente de voir le monde physique dans son entièreté et celui métaphysique dans sa particularité. Face à certaines situations comme, les pathologies, il emploie des méthodes de traitement en fonction de la représentation de la maladie en question. Pour prendre de l'avance ou anticiper sur la maladie, il développe des méthodes lui permettant de dévier ou annuler la trajectoire de la maladie.

Les soins préventifs déterminent les avantages d'une bonne santé et d'une meilleure croissance d'un individu ainsi que de la famille entière. Pour ce faire, les populations de différents horizons font généralement recours à différentes méthodes de préventions pour être à l'abri de la maladie. La population de la ville de Ngaoundéré n'est pas en reste. Le culte de la santé explique le succès persistant des méthodes de préventions traditionnelles. La médecine traditionnelle préventive garde son prestige, dans la mesure du possible et, les populations si elles sont convaincues, à tort ou à raison, que les explications fournies par la médecine moderne mettent en cause l'authenticité des grandes expériences de leur vie, sur l'efficacité de la médecine traditionnelle sur le pouvoir curatif des herbes et des écorces ainsi que, des recettes familiales des grand-mères. Elles sont réfractaires à l'idée d'une nouvelle méthode et préfèrent pratiquer les anciennes méthodes préventives. Toutefois, il existe plusieurs types de méthodes de prévention à savoir les méthodes exogènes (modernes) et celles endogènes (traditionnelles). Les méthodes endogènes sont celles qui feront l'ossature de cette partie. Cependant, comment les comportements d'aisance dans le système de préventions traditionnelles et le poids de son influence sur les esprits des acteurs favorisent-ils la persistance de la malnutrition.

---

<sup>184</sup> Jean-Marie COSSI APOVO, Anthropologie du Bo (théorie et pratique du gri-gri), thèse de doctorat d'État en Anthropologie, Paris, Université Paris V, 1995, P23.

## I. L'USAGE DES METHODES DE TRAITEMENT TRADITIONNELLES ET LA MALNUTRITION

Dans les communautés, les observations faites montrent que les individus ne prennent pas véritablement en considération les recommandations ou règles mises sur pieds par l'OMS et le Ministère de la santé pour éviter la malnutrition. Ils ont plus confiance à leurs produits et « secrets des grands-mères ». La perception que les mères se font de la maladie revêt un caractère plus social que médical. Les acteurs développent pour ce faire, des « attitudes de préventions » de maladie par le recours aux médicaments traditionnels comme méthodes pouvant protéger l'enfant de cette maladie et d'autres.

Selon les analyses faites sur le terrain, il a été révélé que, la prévention de la malnutrition et des maladies en générale (naturelle ou non), est chose courante dans la région de Ngaoundéré du fait de leurs attachements à ces pratiques selon le milieu éducationnel. Plusieurs trouvent refuge dans des médicaments traditionnels tels les décoctions de feuilles et écorce d'arbre et des huiles extraits des plantes ((Neem) qui servent à embaumer l'enfant ensuite, quelques gouttelettes lui sont données de temps à autre après ses prises de bains).

La photo ci-dessous a été prise lors de la collecte des données chez une vendeuse. Il s'agit de l'huile de neem en vente sur le marché donc l'usage sert à la prévention des maladies (maux de ventre, vers intestinaux), considérées comme des maladies opportunistes favorisant la survenue de la malnutrition.

**Figure 13 : Huile de Neem à de multiples vertus thérapeutiques (neebam gagner)**



Le « neebam gagner » est utilisé par les mères pour prévenir certaines maladies de la peau, certaines indigestions et vers intestinaux qui peuvent être des portes d'entrée du « **nidougo-nyandé** ». Les mères déclarent en posséder régulièrement à la maison. En effet,

prévenir la maladie par le biais des plantes au travers des décoctions ou potions est pour les acteurs, une manière de se mettre à l'abri de certaines maladies étant donné que, rare sont les mères qui croient que le « **nidougo-nyandé** » est causé par une mauvaise alimentation, toutes croient bien nourrir leurs enfants.

D'après les enquêtes, les familles se sentent plus à l'aise et en sécurité lorsqu'elles utilisent les médicaments traditionnels. Se basant sur les propos du chef service nutrition, une série d'enfant aurait été victime par pure coïncidence d'une diarrhée à la suite d'une distribution de médicaments (poudre VITAMIN) et, les mères ont remis en cause le médicament. Or, ce médicament est distribué aux enfants pour prévenir les formes de carences nutritionnelles et l'anémie chez ces derniers (06-59 mois). Suite à cet incident, certaines mères ont préféré se fier aux méthodes de prévention anciennes à base de plantes plutôt qu'à celles données par les personnels sanitaires. Toutefois, ce que ces mères ignorent ou refusent d'admettre c'est que, la malnutrition n'est pas une maladie comme les autres qui se préviennent à base des plantes, elle est avant tout d'origine nutritionnelle et sa prévention passe également par la prise de ces médicaments. En dehors de l'usage des plantes, elles pratiquent aussi une autre forme de prévention qui est l'abstinence sexuelle.

## **II. LA PRATIQUE DE L'ABSTINENCE SEXUELLE PENDANT L'ALLAITEMENT COMME MÉTHODE DE PREVENTION DE LA MALNUTRITION**

L'abstinence sexuelle peut être définie comme le fait pour une personne de se préserver des rapports sexuels pendant une période donnée. Dans cette partie, il sera question de montrer l'importance de la pratique de l'abstinence sexuelle pendant l'allaitement comme un moyen de prévention de la maladie chez l'enfant par les populations de la ville de Ngaoundéré.

La prévention de la malnutrition et d'autres maladies dans certaines cultures passe par l'interdiction (l'abstinence) sexuel pendant la période d'allaitement de peur de transmettre la maladie à l'enfant par le biais des rapports sexuels. L'acte sexuel apparaît ainsi comme le canal distributeur de la maladie. La mère qui allaite et entretient des rapports sexuels expose son enfant à la maladie de la « grosse tête, du gros ventre et des petits membres ». Pour ce fait, les mères évitent tout rapport sexuel pendant cette période. Conscientes des conséquences de cet acte, elles ne s'approchent point de leurs conjoints jusqu'au jour où elles sèvent l'enfant. Les données de terrain montrent que, parmi les enfants admis dans le programme de prise en charge de la malnutrition, se trouvaient ceux dont les parents n'avaient pas pu observer cette norme sociale.

*Pour éviter cette maladie, il faut pratiquer l'abstinence sexuelle pendant la période d'allaitement. C'est le cas avec mes premiers enfants. Ils ont grandi sans avoir ce problème de santé. C'est dans le cas présent que je reconnais avoir dérangé. Je n'ai pas été sur mes gardes. En effet j'ai toujours pratiqué l'abstinence sexuelle pendant l'allaitement. C'est une méthode de prévention acquise par ma mère elle très efficace. Avant je n'y croyais pas vraiment, je pratiquais juste comme cela aussi. Mais depuis que mon enfant a été victime de cela, j'y crois<sup>185</sup>.*

De par cette considération des faits, plusieurs familles exposent leurs enfants à la maladie tout en cherchant les méthodes préventives ailleurs en négligeant l'aspect alimentation équilibrée, de qualité et les mesures d'hygiène élémentaires qui sont les véritables agents responsables de la maladie.

### **III. LA PRATIQUE DE LA NON- CONCEPTION PENDANT L'ALLAITEMENT**

La malnutrition peut être le signe qu'un interdit a été violé ou une règle sociale oubliée. Elle est un appel à l'ordre, un message qui signale que quelque chose d'anormal s'est passée dans la dynamique du groupe familial ou social, qu'une rupture s'est produite<sup>186</sup>. Dans la société, il existe des construits selon lesquels une femme qui conçoit pendant la période d'allaitement expose son enfant à des maladies nutritionnelles. La nouvelle grossesse a ainsi des effets négatifs sur le lait de la mère et sa production en question. Tout porte à croire que, le nouveau bébé (fœtus) est jaloux et ne désire pas partager sa place avec une autre personne. Sur le coup, cette jalousie provoque la mauvaise qualité du lait ou du manque de production du lait de la mère ceci dans l'optique d'empêcher celui allaitant de continuer d'allaiter et pousser la mère à le sevrer. Il provoquera ainsi l'interruption de son allaitement et aura sa mère pour lui tout seul.

*J'ai même honte de moi car, avec mes 3 premiers enfants, cela ne s'était jamais produit. Je n'ai pas eu de rapport avec mon mari jusqu'à ce que je les aie sevrés et ils ont bien grandi sans toutefois connaître cette maladie. Mais, avec le dernier, j'ai failli et voilà ce qui est arrivé et j'ai conçu à nouveau. Quand ma mère a appris, elle n'a pas été contente de ce qui c'était passé, vue que c'est d'elle que je tiens cette pratique. Vous pouvez voir cela comme une plaisanterie, c'est pourtant vrai. La*

---

<sup>185</sup> Entretien du 23 janv. 2020 fosa GADAMABANGA

<sup>186</sup> Jean-Paul HOUNTONDJI, Les savoirs endogènes, pistes pour une recherche, Paris, Karthala, 1994, P.25

*nouvelle conception provoque la maladie chez celui qui est encore au sein*<sup>187</sup>.

Il découle de ces propos que, pour prévenir la malnutrition, les mères doivent pendant l'allaitement s'abstenir de tout rapport sexuel pour éviter une éventuelle grossesse dans le but de prévenir les maladies nutritionnelles aux tous petits encore à la mamelle.

#### **IV. LA PROTECTION PAR LES FÉTICHES (PORT DES TALISMANS ET AUTRES)**

En Afrique, on ne peut nier l'existence des sorciers, de la malédiction ou de la malchance, c'est le quotidien des populations et pour contre-attaquer ou éviter d'être victime, il faut se protéger.

Selon l'anthropologie du « Bo », c'est l'action qui fait exister, qui fait être, être humain et être social. Il n'y a que l'homme qui agit, qui a conscience de son action par son intentionnalité dans un projet. Car c'est l'action qui pousse, qui engage, aide l'homme à sortir des situations que lui crée sa coexistence avec les autres, situations en général conflictuelles ou malades grâce à la toute puissante action du « Bo », dont l'influence a quelque chose de miraculeux, de diabolique, d'extraordinaire<sup>188</sup>.

Pour les uns, le marabout ou malloum est une divinité dont le mystère incline au respect. Ce sont des personnes très considérées et beaucoup fréquentées par la population africaine. Ils sont capables de voir dans l'invisible et révéler un ensemble de choses cachées. Ce sont ainsi des vigiles et guérisseurs de la société, ils rétablissent l'ordre perdu, tel est, le travail primordial du « malloum ». Cependant, tenter de donner une explication scientifique à ce qu'il fait n'est pas chose aisée et ne relève pas de la fonction d'un homme ordinaire.

En effet, dans la société, certaines personnes ont le pouvoir de rendre malade leur prochain, jusqu'à ce que mort s'en suive s'il n'est pas pris en charge à temps par « les nganga » pour utiliser les expressions de Éric De Rosny<sup>189</sup> dans, « Les yeux de ma chèvre », d'où la notion de protection joue une marge de sécurité dont les uns et les autres vont chercher chez les « malloum » pour éviter de passer sous les griffes de telles personnes. Étant donné que, la sorcellerie occupe une place importante dans l'explication des calamités en Afrique et au Cameroun en particulier, la population croit plus à l'existence des sorciers, de la malédiction

---

<sup>187</sup>Entretien du 29 janv. 2020 fosa SARE DAMA

<sup>188</sup> Jean-Marie APOVO COSSI, Anthropologie du Bo (théorie et pratique du gri-gri), thèse de doctorat d'État en Anthropologie, Paris, Université Paris V, 1995, P15

<sup>189</sup> Éric DE ROSNY, Les yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres en pays douala. 1981, P13.

ou encore de la malchance comme étant l'origine de toutes maladies. La bête noire de toute famille est le sorcier et chaque chef de famille pour ne pas se faire déposséder de ses enfants se protège contre ce dernier. Éric DE ROSNY affirme à ce propos :

*Et puis si tu en viens à regarder de plus près les choses, c'est que quelqu'un l'a fait tomber dans cette malchance. C'est quelqu'un qui l'a renversé, qui lui a fait du mal, pour que son sang se gâte. Il en est ainsi. La malchance vient de la relation entre toi et moi. Si je me fâche contre toi, je te donne la malchance<sup>190</sup>.*

Dans le cas de la malnutrition, la population croit difficilement que la maladie de l'enfant a une origine nutritionnelle, qu'elle est liée à une alimentation pauvre ou déséquilibrée. Elle croit que la maladie provient d'une tierce personne ou d'une chose (pour dire sorcier, malchance, malédiction ou sort). C'est ainsi qu'elle s'arme pour éviter d'être touchée. Elle va donc consulter les marabouts pour chercher la protection à travers divers moyens de protection comme le dit Éric DE ROSNY « les remèdes miracles » ou alors elle ira se les procurer auprès des vendeurs traditionnels (herboristes du petit coin). Les parents planteront ainsi toutes sortes de plantes traditionnelles au seuil et dans l'enceinte des maisons pour empêcher au sorcier d'y pénétrer et d'opérer dans la vie d'un membre de la famille.

Les remèdes de protection ne sont pas les mêmes pour tous, ils varient. Pour certains ce sont des talismans que les parents attachent soit au niveau de la hanche de l'enfant, soit au poignet ou alors au niveau du coup des enfants. Pour d'autres parents, ce sont des remèdes en poudre (à base d'écorce ou de feuilles d'arbre) pour faire des incisions suivant les jours recommandés par le marabout. Les incisions peuvent se faire soit au niveau du front, de la poitrine, du bras ou encore des pieds (en fonction des cultures ou des recommandations). Pour d'autres encore ce sont des objets appelés « objets protecteurs ». Il existe également des remèdes qui se mangent.

La figure ci-dessous illustre un objet protecteur régulièrement utilisé par les parents en signe de protection. Il est soit attaché au niveau du cou, du poignet ou de la hanche des enfants. Selon les analyses faites pendant nos investigations, les enfants les portaient en majorité au niveau du cou et du poignet comme c'est le cas sur les figures. Ces objets de protections ne sont pas uniformes, ils sont différents selon qu'ils ont été reçu ou recommandé par le praticien.

---

<sup>190</sup> Idem

**Figure 14 : Talisman de protection contre les maladies provoquées (laïmarou) (Image prise sur le net à titre illustratif).**



Cette figure est un objet de protection généralement utilisé pour protéger les enfants des mauvais sorts.

**Figure 15 : Talisman (laïmarou) de protection attaché au bras, au cou des enfants et au pied**



Source : Marie Jenny : L'influence de la relation mère-enfant sur la dénutrition sévère

Il ressort de ces figures que le « laïmarou » est généralement attaché au pied, à la main ou au niveau du cou pour se protéger contre les sorciers, les mauvais esprits, les voleurs d'âme, les mauvais sorts ou contre la malchance et les populations ne se passent pas de cet objet.

Les enfants sont considérés comme des cibles premières de par leurs natures vulnérables. Pour une autre catégorie de mères rencontrées sur le terrain, ce sont plutôt des plantes appelées « plantes sacrées » (figure ci-dessous) qu'elles plantent un peu de partout à la maison pour leurs nombreuses vertus, parmi lesquelles son usage protecteur et de paix. Selon la société, cette plante est très efficace, elle empêche aux mauvais esprits (caramadjo)<sup>191</sup> d'opérer sur les enfants et les autres membres de la famille pendant leur sommeil et de les transmettre des maladies. Les sorciers ou les personnes mal intentionnées ne franchissent pas

---

<sup>191</sup> Sorcier en langue locale

le seuil de votre « saré » quand cette plante se trouve dans l'enceinte de la concession. Cette plante est généralement repiquée dans les recoins des maisons, occupant des endroits stratégiques et est d'une grande importance pour la protection. Son rôle n'est plus à prouver.

**Figure 16 : Plante à multiple fonctions : protection contre les sorciers et arbre de paix**



Il ressort des analyses que la plante ci-dessus est une plante qui est utilisée pour la protection contre les sorciers et les personnes malintentionnées. Elle est généralement plantée dans les recoins et les endroits stratégiques des maisons et est d'une grande importance pour la protection.

Les guérisseurs mettent généralement sous le rang de la malchance tous symptômes physiques que peuvent ressentir les acteurs, quelle que soit la valeur de leurs connaissances sur l'organisme. Les populations attribuent pour ce fait à la malchance le caractère de maladie. Lorsqu'elle est accompagnée de complications organiques (mal de tête, de ventre, fièvre). Bref, pour tout symptôme d'une maladie naturelle, il est évident que ce n'est pas une maladie simple ou normale, elle revêt un caractère anormal. Elles vont de ce fait remettre en cause la logique et la réalité de la vie, qui veut que, la malnutrition soit une maladie naturelle et que le respect des règles d'hygiène et une bonne alimentation la préviennent.

## **V. LA PRATIQUE DE L'ÉLEVATION DES PRIÈRES A DIEU**

Dieu est cet être surnaturel, la source de tout bien et de tout bonheur. Toutefois il existe aussi des êtres invisibles qui hantent et tourmentent les hommes en leur causant des maux et des malheurs. Les hommes pour se protéger de ces êtres invisibles, sources de malheurs et douleurs, font des cultes sacrificiels. À chaque culte correspondent des éléments sacrificiels

spécifiques. Les sacrifices et prières pour s'attirer les bienfaits et surtout la santé sont les plus souvent pratiqués.

En effet, la vie religieuse se mène à plein temps dans la ville de Ngaoundéré, elle est très liée à la vie sociale des populations. Musulman comme chrétien, chacun cherche la faveur de son dieu en lui témoignant sa reconnaissance pour empêcher les forces nocives par des prières, des sacrifices et avec l'aide des spécialistes. La manière d'élever des prières à dieu pour la protection est propre à chaque culture religieuse.

Pour une catégorie de chrétien, elle fait recours aux récits des versets bibliques en rapport avec le besoin. Pour d'autres chrétiens, ils comptent le chapelet tout en invoquant la Vierge Marie pour qu'elle protège les enfants et la famille des mauvais esprits qui ne sont là que, pour nuire à la vie des membres de la famille en envoyant des maladies et d'autres choses mauvaises. D'autres encore ce sont des prières en groupes ou individuelles qui sont également élevées. Le cas présent relaté est celui de la petite Christine qui se faisait conduire chaque jeudi à l'église pour les programmes de prières collectives en faveur de sa protection et le recouvrement de sa guérison. Ces pratiques ne sont pas les seules, il en existe d'autres. Les pratiques évoquées sont celles rencontrées sur le terrain.

De ce qui précède, les méthodes de prévention divergent en fonction des milieux et selon les cultures. Leurs modes d'application dépendent également des recommandations reçues. Cependant, ces méthodes dites préventives ne sont toujours pas les véritables armes de combat contre la malnutrition. Elles ne sont qu'une fenêtre de distraction laissant libre cours aux potentiels agents responsables de continuer d'opérer dans le silence. Bien que considérée comme le château d'eau du Cameroun, la zone de Ngaoundéré est une zone qui enregistre des cas de malnutrition au même titre que celles vivant dans les zones sahéliennes (Extrême-nord, Nord). La malnutrition apparaît de ce fait comme un phénomène complexe dont les causes sont multiples et qui ne saurait se limiter à un simple déficit céréalier ou à des questions économiques.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Au terme de cette recherche, l'enjeu de la question de la persistance de la malnutrition infantile dans le district de santé de Ngaoundéré urbain se perçoit clairement. Les facteurs de la malnutrition dont nous avons voulu revisiter ne pouvaient plus être analysés uniquement sous les angles économique, climatique et nutritionnel car ayant déjà fait l'objet de nombreuses recherches. Dans ce travail qui avait pour thème : « Pesanteurs Socioculturelles et Malnutrition Aiguë chez les enfants de 06-59 mois dans le District de Ngaoundéré Urbain », il était important d'examiner les facteurs socioculturels, les itinéraires thérapeutiques et les moyens de prévention de la malnutrition infantile pour mieux comprendre et d'expliquer l'implication de ces axes dans les manifestations de la malnutrition des enfants de la ville de Ngaoundéré.

Ainsi, posé le problème de la persistance de la malnutrition en terme de facteurs socioculturels, d'itinéraires thérapeutiques et de méthodes de prévention endogène, a suscité la question principale qui est de savoir : quels sont les facteurs socioculturels qui expliquent la persistance de la malnutrition chez les enfants de 06-59 mois dans la ville de Ngaoundéré ? Cette question principale a laissé apparaître l'hypothèse générale de la persistance de la malnutrition infantile dans la ville de Ngaoundéré s'expliquant par la présence des facteurs socioculturels. De cette hypothèse, ont découlé trois hypothèses secondaires qui ont constitué l'ossature de cette recherche. La première qui s'est appesanti facteurs socioculturels à savoir l'âge, le sexe, la religion, le niveau d'instruction et la profession, sont des éléments qui favorisent la persistance de la malnutrition infantile dans la ville de Ngaoundéré ; la deuxième hypothèse secondaire était les représentations sociales de la maladie influence les recours thérapeutiques des malades au travers de l'usage des méthodes de traitement dites anciennes et enfin les stratégies endogènes employées par les populations pour prévenir la maladie favorises la persistance de la maladie.

Au plan méthodologique, notre recherche était plus orientée vers la compréhension et l'explication du phénomène de la persistance de la malnutrition dans la ville de Ngaoundéré. Il était important de parvenir à la compréhension et à l'explication du phénomène de persistance de la maladie. Tout ceci s'est fait à la lumière de la théorie des représentations sociales et l'analyse stratégique. Les populations étudiées étaient les mères ayant des enfants malnutris et certaines personnes ressources. La recherche documentaire, l'observation non participante, les entretiens semi-directifs et le questionnaire nous sont servis d'outils méthodologiques pour la collecte des informations. Pour analyser les données recueillies, nous

avons utilisés la transcription et la catégorisation et pour traiter les données nous avons fait recours à l'analyse des discours et l'usage des logiciels Spss et Excel dans l'analyse quantitative pour faire ressortir les graphes, diagrammes, tableaux et chiffres. Cependant, après dépouillement de nos données de terrain, nous sommes parvenus à la compréhension et à l'explication des axes développés dans la persistance de la malnutrition des enfants de la ville de Ngaoundéré. Il en ressort de nos enquêtes que la malnutrition est une maladie qui est construite autour de plusieurs facteurs socioculturels à savoir le jeune âge de la mère qui se traduit par son manque d'expérience en matière de nutrition du jeune enfant; son manque d'instruction (sans instruction et niveau primaire), qui limite ses aptitudes à acquérir des informations sur les bonnes pratiques alimentaires, la prévention des maladies et de la survenue de la malnutrition ; le manque de profession de la mère limitant les capacités de cette dernière à contribuer économiquement aux charges du ménage ; les croyances religieuses qui ont une grande influence sur les pratiques nutritionnelles des enfants surtout celles musulmanes et enfin la socialisation qui est un facteur de perpétuation de certaines pratiques alimentaires jugées peu efficaces par des mères à leurs enfants. D'autre part, elle est liée à l'état de l'enfant de par sa vulnérabilité due à son petit âge à prendre les repas solides (1 à 3 ans) ; son rang de dernier dans la fratrie qui l'expose à la malnutrition. Nous avons la discrimination du genre, préférence le sexe masculin à celui féminin et enfin la maladie qui entraîne généralement une baisse de l'appétit, des pertes de poids et la destruction du tissu corporel augmentant la dégradation de l'organisme de l'enfant. Ces facteurs énumérés sont des portes ouvertes à la malnutrition.

En plus de ce qui précède, il existe également des comportements dits à risques favorisant la maladie. Il s'agit des perceptions socioculturelles (la prohibition des rapports sexuels pendant l'allaitement, la conception pendant l'allaitement, l'attribution de la malnutrition à la sorcellerie) et les comportements des mères face à la pratique de l'allaitement, l'alimentation et l'entretien des enfants ainsi que l'évaluation des connaissances de ces dernières sur la malnutrition. Pour ce qui est des itinéraires thérapeutiques, les populations font recours à plusieurs itinéraires pour les soins. Il s'agit notamment des remèdes domestiques, l'automédication, la médecine traditionnelle, l'association entre le traditionnel et le moderne, les dévotions religieuses et l'abstinence thérapeutique ces recours ont une incidence sur la persistance de la maladie. Concernant les différentes méthodes de préventions de la maladie, les populations de la ville de Ngaoundéré préviennent la maladie de diverses façons. Nous avons pour cela relevé les méthodes endogènes qui sont la pratique de l'abstinence sexuelle pendant l'allaitement ; la non conception pendant l'allaitement ; la protection par les fétiches

(port des talismans et autres) ; l'élévation des prières pour la protection de la famille ; l'utilisation des huiles et décoctions à base de plante.

Il ressort de cette recherche que les facteurs socioculturels, les itinéraires thérapeutiques et les modes de prévention endogènes ont une grande incidence sur les pratiques et comportements des populations et favorisent par conséquent la survenue et la persistance de la malnutrition infantile dans la ville de Ngaoundéré. Cependant, s'en tenir seulement aux facteurs socioculturels comme étant les causes fondamentales de la persistance de la malnutrition serait prétentieux comme le dit MARIATOU KONE<sup>192</sup>, il existe certains facteurs qui sont structurels, d'autres sont saisonniers, périodiques, occasionnels. Il n'y a pas des facteurs socio-anthropologiques ou culturels d'un côté, et des facteurs économiques, démographiques, médicaux, etc., de l'autre. Il y a plutôt combinaison voire enchâssement de toute une série de causes. En conséquence, production abondante n'est pas synonyme de bonne alimentation, le déficit vivrier n'est pas synonyme de malnutrition infantile, etc. La malnutrition apparaît certes dans les ménages vulnérables mais aussi dans les ménages moins vulnérables ou même considérés localement comme « riches ».

---

<sup>192</sup> MARIATOU KONE, Stratégies des ménages et malnutrition infantile dans la région de Madarounfa dans Afrique contemporaine, 2008, P161-197.

## BIBLIOGRAPHIE

### I- OUVRAGES GENERAUX

- **AKOTO, Eliwo.**, *Les déterminants socioculturels de la mortalité des enfants en Afrique Noire, Hypothèse et recherche d'explication*, Louvain-la-Neuve en Belgique, Belgique, Academia Bruyant, Université Catholique de Louvain, Institut de Démographie ,1993.
- **AKOTTO, Eliwo & HILL, Aron**, *Mortalité, malnutrition et mortalité des enfants (éd. Population et Société en Afrique au Sud du Sahara)*, (TABUTIN, Éd.) Paris, L'Harmattan, 1988.
- **BAKER, Javier, MARTIN Luann et PIWOZ Ellen**, *Nutrition de la femme et ses conséquences pour la survie de l'enfant et la santé reproductive en Afrique*, projet SARA 1996, pp42.
- **BENINGUISSE, Gervais**, *Entre tradition et modernité : fondements sociaux et démographique de la prise en charge de la grossesse au Cameroun*, Louve sciences de la population et du développement, Institut de démographie, Col Harmattan, éd Académia-Bruylant, 2001, pp298.
- **BENINGUISSE, Gervais**, *Entre tradition et modernité : fondements sociaux et démographique de la prise en charge de la grossesse au Cameroun*, Louv sciences de la population et du développement, Institut de démographie, Col Harmattan, éd Académia-Bruylant, 2001, 298pp.
- **BENINGUISSE, Gervais**, *Entre Tradition et Modernité, Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, (Vol. Monographie 17). (L'Harmattan, Éd.) Louvain-La-Neuve en Belgique, Belgique : Academia Bruyant, Université Catholique de Louvain, Institut de Démographie, 2003.
- **BLANCHET et GOTMAN**, *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*, Paris, Armand colin, 2e éd. Coll.128, 2007, pp.17.
- **BOUTRAIS, Jean**, *Peuples et cultures de l'Adamaoua (Cameroun)*, 1994, pp.503-504.
- **BOUVILLE, Jean-François**, *Etiologies relationnelles de la malnutrition infantile en milieu tropical*, Vol. 15. 2003, P.27- 47.
- **BRIEND, André**, *Malnutrition des enfants : des bases physiopathologiques à la prise en charge sur le terrain*, éd. Institut Danone.1998, pp.163.
- **CALDWELL, John**, "Cultural and social factors influencing mortality in developing countries", *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 1990.

- **DE ROSNY, Éric**, *Les yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres en pays Douala*, 1981, pp13-51.
- **DE SARDAN Olivier, Jean-Pierre**, *La politique du terrain, Sur la production des données en anthropologie*, Marseille : Revue Enquête - éditions de l'EHESS, 1995.
- **DE SARDAN, Olivier, Jean-Paul**, *Anthropologie et Développement, Essai en anthropologie du changement social*, Paris : APAD-Karthala, 1994.
- **DERRICK, Brian et JERRIFE, Philippe**, *Manuel à l'usage des agents sanitaires : la nutrition des enfants dans les pays en voie de développement*, Paris, Centre d'Éditions Techniques, 1978, pp.108.
- **DURKHEIM, Émile**, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris : P.U.F, 1987.
- **GBENYON, KUAKUVI et LOCOH, Thérèse**, *Les différences de Mortalité entre filles et garçons in Mortalité et Société en Afrique au sud du Sahara*, ed. INED/UIE, 1989, pp. 221-243.
- **GHIGLIONE, Rodolphe et MATALON, Benjamin**, *Les enquêtes sociologiques : Théories et pratiques*, paris, Armand colim, 1985, p.11.
- **GRAWITZ, Madeleine**, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 11e éd., 2001, 398pp.
- **HOUNTONDI, Jean-Paul**, *Les savoirs endogènes, pistes pour une recherche*, Paris, Karthala, 1994.
- **MADISE, Matthewset Margetts**, “*Heterogeneity of child nutritional status between households: a comparison of six sub-Saharan African countries*”, *Population Studies*, 1999, pp.53.
- **MBADINGA, Samuel et al.**, *Se soigner en rond : Sur le fond du partage de l'espace thérapeutique en Afrique noire*. Tsala Tsala, J. P. Santé mentale, psychothérapies et sociétés, Vienna, the world council for psychotherapy, 2002, pp.89-98.
- **MILLS Charles Wright**, *L'imagination sociologique*, Paris, Maspero, 1978.
- **MONTEILLET, Nicolas**, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun. Crises hospitalières et nouvelles pratiques populaires*, Paris, Karthala, 2005.
- **MOSLEY, Henry**, *Les soins de santé primaires peuvent-ils réduire la mortalité infantile ? Bilan critique de quelques programmes africains et asiatiques*, in VALLIN Jacques et LOPEZ Alan (dir.), *La lutte contre la mort*, Paris, INED-PUF, Travaux et documents, cahier n°108, 1985, pp.101-136.
- **MUCCHIELI**, *Les méthodes qualitatives*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ? 1994.

- **MURAYA & al.**, " *Perceptions of childhood undernutrition among rural households on the Kenya Coast - a qualitative study*", (B. Central, Éd.) BMC Public Health, 2016.
- **NGA NDONGO, Valentin**, *L'éloge de l'interdisciplinarité*, in Benjamin Alexandre Nkoun (dir), *Santé plurielle en Afrique : perspective pluridisciplinaire*, Paris, l'Harmattan, 2011, pp.34-50.
- **PAQUOT**, *Terre des femmes*, Paris, La découverte-Maspero, 1982, 111pp.
- **POULAIN, Jean-Pierre**, *Sociologies de l'alimentation, les mangeurs et l'espace social alimentaire*, Paris, France : Presses Universitaires de France, éd. 4e édition de Janvier 2017, 2002.
- **QUIVY, Raymond et VAN CAMPENHOULT, Luc**, *Manuel de Recherche en Sciences*
- **SAHN, David**, *Malnutrition in Côte d'Ivoire: Prevalence and Determinants*, Washington, The World Bank, 1990, p.30.
- **SEN, Amartya**, *Poverty and Famines: an essay on Entitlements and Deprivations*, Oxford: Clarendon Press-Oxford, 1981.
- **VAN De WALLE, Étienne et SALADIAKANDA, Daniel (éds.)**, *Mortalité et société en Afrique au sud du Sahara*. (Travaux et Documents, Cahier 124), Paris, INED, PUF, 85-98pp.
- **WEBER, Marx**, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, France : Plon, 1964.
- **WINTER, Gérald**, *Le niveau de vie des populations de l'Adamaoua : Alimentation-Budgets*, 1966.

## II- THESES, MEMOIRES

- **ADAMOU**, *Une approche sociologique de la prise en charge de la malnutrition infantile sévère par l'ONG BEFEN dans le département de Mirriah au Niger, Niamey Niger*, Université Abdou Moumouni de Niamey - Mémoire de Maitrise, 2016.
- **AOUEHOUGON OUEPAKE**, *La malnutrition proteino-energetique et ses facteurs de risque chez les enfants de moins de 5 ans dans le district sanitaire de Tougan, mémoire en santé publique*, 2007.
- **APOVO COSSI, Jean-Marie**, *Anthropologie du Bo (théorie et pratique du gri-gri)*, thèse de doctorat d'État en Anthropologie, Paris, Université Paris V, 1995.
- **BAGGETT, Elisa**, *La malnutrition des enfants de moins de 5 ans dans les pays en développement : Les programmes utilisés et leurs effets sur les pratiques de soins et sur l'état de santé des enfants*, Bachelor of Sciences HES-SO en soins infirmiers, Haute Ecole de Santé, Fribourg Filière soins infirmiers, 2013.

- **BAKENDA, Jeannine**, *Les déterminants de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans au Gabon*, Mémoire de DESSD, IFORD, Yaoundé, 2004.
- **BARRY BOUBACAR, Oumar Sangaré**, *Evaluation de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Gao*, Thèse de médecine, Université du Mali, 2009.
- **BELL PALLAWO, Isidore**, *Déterminants de l'état nutritionnel du couple mère-enfant dans l'hôpital de district de Dschang (ouest-Cameroun)*, mémoire en santé publique et épidémiologie, université de Dschang, 2015.
- **BLANTY**, *Infections bactériennes et malnutrition infantile sévère dans les pays en voie de développement*, Thèse de doctorat en Médecine, Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 2005.
- **BOUDA Moustafa**, *De l'intégration de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle dans les systèmes de soins de santé officiels au Burkina Faso : Situation actuelle et perspective*, thèse de doctorat en pharmacie, FSDS, Université de Ouagadougou, 1990, 131 p.
- **CAMARA, Lansana**, *Les facteurs associés à la malnutrition des enfants de moins de cinq ans en Guinée, mémoire de recherche démographique de Yaoundé*, 2005.
- **CHAIBOU**, *Approche des facteurs de risque nutritionnels chez les enfants nigériens de moins de 5 ans*, mémoire de fin d'études du 2<sup>ème</sup> cycle, université du Niger, 1984.
- **COULIBALY SIAKA**, *Problématique de l'automédication dans la Commune urbaine de Lomé*, (Togo. In : D'almeida Ayi G (ed). Dakar : Université Cheikh Antar Diop, Faculté de Médecine, de pharmacie et d'odontologie, thèse de doctorat en pharmacie, 2018, P24.
- **CRUCHOT Hélène**, *La spiruline, bilan et perspectives*, Thèse de pharmacie, université de Franche-Comté, France, 2008.
- **DACKAM NGATCHOU**, *Causes et déterminants de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique tropicale*, thèse de doctorat en démographie, université de paris 1 Panthéon Sorbonne U.E.R., paris, 1987.
- **DUBOT GUAIS, Pascal**, *La prévention de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent*, Thèse de médecine. Université de Rouen, France, 2005.
- **ELUMBA NGOY, Colin**, *Problématique de la dénutrition dans les hôpitaux de Lubumbashi*, licence en nutrition, Université de Lubumbashi, 2010.
- **FALL LO, Amadou**, *Facteurs explicatifs de la fréquence de la malnutrition chez les enfants âgés de 0 à 5 ans dans la communauté rurale de Nguène Sarr au Sénégal*, Mémoire de l'Ecole nationale de développement sanitaire et social, Université du Sénégal, 2011.

- **FIFALIANAHARINTSOA, Sitrakilaina**, *Évaluation de l'état nutritionnel des enfants de moins de 12 ans et appréciations de la consommation de la spiruline ou arthrospira platensis distribuée dans les centres nutritionnels et cantines scolaires*, mémoire de sciences des aliments et nutrition, Université D'Antananarivo, 2017.
- **GAMGNE KAMGA, Bernadette**, *Etude des connaissances et pratiques des mères sur l'allaitement maternel à l'hôpital provincial et à la PMI de Bafoussam Cameroun*, Institut supérieur des sciences et de la santé de Bangangté - Thèse de doctorat en médecine, Université des Montagnes, 2009.
- **KALLA ADAMOU, Lamine**, *Une approche sociologique de la prise en charge de la malnutrition infantile sévère par l'ONG BEFEN dans le département de Mirriah*. Université Abdou Moumouni de Niamey - Maîtrise en Sociologie, 2011.
- **KONE, Kalidou**, *Etude de la malnutrition chez les enfants de 06 à 59 mois dans la commune ii du district de Bamako*, thèse en Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, 2015.
- **MENGUE, Yannick Wilfried**, *Conditions de vie des ménages et état nutritionnel des enfants de moins de trois ans en milieu rural camerounais : une étude comparative entre 1991 et 2004*, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de master professionnel en démographie, Institut de formation et de recherche démographiques, Université de Yaoundé II 2010.
- **MOESTUE HELEN**, *Adult Education and Child Nutrition in India and Vietnam: The Role of Families, Neighbours and Friends*. Oxford: Young Lives Oxford University. 2005, p5.
- **NDAMOBISSI, Robert**, *Les défis sociodémographiques et politiques de la malnutrition des enfants dans les pays d'Afrique du Sahel et de la Corne de l'Afrique*, thèse Sociologie-Démographie, Université de Bourgogne Franche-Comté, 2017.
- **NDOLEDJE BOUYO, Félix**, *Dynamique et perception de la biodiversité dans la ville de Ngaoundéré*, mémoire géographie, Université de Ngaoundéré, 2015.
- **NEM TCHUENTEU, Danièle Épouse SIMNOUE**, *Les Données anthropométriques des enfants d'âge préscolaire à Garoua*, mémoire de médecine spécialité pédiatrie, Université de Yaoundé I, 2010,
- **NGA NDONGO, Valentin**, *L'opinion camerounaise*, Thèse de doctorat d'Etat en sociologie, Université de Paris x-Nanterre, tome 1, 1999.
- **NGO NSOA, Pauline**, *Les différences régionales de la malnutrition infanto-juvénile au Cameroun : Recherche des facteurs explicatifs*, Mémoire de DESSD, I FORD, Yaoundé, 2001.
- **ROQUES-CASSAGNE, Rachel et SAIZONOU, Marie-Anaïs**, *Malnutrition infantile : optimiser la prise en charge nutritionnelle par la stimulation psychosociale et l'amélioration*

*des pratiques de maternage*, Diplôme Universitaire d'Action Humanitaire Faculté de Médecine et Pharmacie de Dijon, 2014.

- **SAMBARE/YAMEOGO, Adèle**, *Collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne au Burkina Faso : entre discours et pratiques*, Mémoire de Master 2 de sociologie, Université Burkina Faso 2011.
- **SANGARE, Lalla**, *Étude des déterminants de la survenue de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans dans le cercle de Sikasso*, Université Burkina Faso, mémoire de Technicienne Supérieure En Soins Infirmiers et Obstétricaux, 2008.
- **SAVADOGO Abdoul, Salam**, *La malnutrition chez les enfants de 0 –5 ans à l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou*, thèse de médecine, Université de Bamako, 2007.
- **SOME DAR, Francis**, *L'aspects épidémiologiques et cliniques de la malnutrition protéino-énergétique chez les enfants de moins de cinq (5) ans dans le district sanitaire de gaoua (Burkina Faso)*, thèse de médecine, Université de Ouagadougou, 2001.
- **TCHOTSOUA, Michel**, *Evolution récente des territoires de l'Adamaoua central : de la spatialisation à l'aide pour un développement maîtrisé*. HDR Géographie Université de Ngaoundéré, 2006.
- **UEDRAOGO, Mady**, *Malnutrition protéino calorique chez les enfants de moins de cinq ans à l'hôpital national Yalgado Ouédraogo*, Paris : Thèse de doctorat, Université de Rouen, paris, 1982.
- **VOCTABEUA TAFOUOMENE, Edgard Giresse**, *Etudes d'impacts socio-économiques de la répartition des infrastructures hydriques dans la tranche urbaine de Ngaoundéré II au Cameroun*, Licence en géographie physique, Université d Ngaoundéré, 2013.
- **VOUDINA, Nicodème**, *Les Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de guéré (région de l'extrême-nord Cameroun)*, mémoire en santé publique nutrition, université catholique de Yaoundé, 2010.
- **ZEI, Mamadou**, *Contribution aux problèmes de malnutrition en zone tropicale (À propos d'observations recueillies en Haute Volta)*, Thèse de doctorat en Médecin, Université de Toulouse II, 1975.

### **III- ARTICLES ET REVUES SCIENTIFIQUES**

- **AGBESSI, Hélène et DAMON, Michel**, *Manuel de nutrition africaine*, Douala, BP 4078, Institut panafricain pour le développement, 2002, pp 331.

- **AKOTO Eliwo**, *Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : Pluralisme thérapeutique entre traditions et modernité*, les cahiers de l'IFORD n° 27, 2002.
- **AKOTO, Eliwo et HILL, Aron**, *Morbidité, Malnutrition et Mortalité des enfants*, in : Tabutin D. (dir.), *Population et Société en Afrique au Sud du Sahara*, l'Harmattan, Paris, 1988, pp.309-334.
- **AKOTO, Eliwo et TABUTIN, Dominique**, *Les inégalités socio-économiques et socioculturelles devant la mort*, in : Pison G, Van de Walle E. et Sala-Diankanda M. (éds), *Mortalité et Société en Afrique au sud du Sahara*, n° 124, Paris, 1989, pp. 35-63.
- **BASU et STEPHENSON**, *Low levels of maternal education and the proximate determinants of childhood mortality: a little learning is not a dangerous thing*, *Social Science and Medecine*, Elsevier, vol. 60(9), 2005, pp.2011-2023.
- **BONNET, Denise**, *La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant*, *Sciences Sociales et Santé*, Revue trimestrielle, Vol. 14, n°1, p.16-25.
- **BOUVILLE, Jean-François**, 2003/1, *Etiologies relationnelles de la malnutrition infantile en milieu tropical*, Dans *Devenir* (Vol. 15), 1996, pp.27-47.
- **CAILLOL, Marie-Hélène**, *Itinéraires thérapeutiques et représentations de la diarrhée de l'enfant Algérie - Thaïlande - Egypte - Chine*, Contrat beaufour ipsen international 1991.
- **CHINDJI-KOULEU**, *Mes premiers pas dans la recherche*, Yaoundé, Sagraaph, 2002, 74pp.
- **DACKAM, Ngatchou**, *L'éducation de la mère et la mortalité des enfants*, cahier de l'IFORD, n° 2. 1990.
- **DIALLO, Oumar**, *Allaitement et état nutritionnel des enfants en Guinée in Enquête Démographique et de Santé Guinée*, Macro International Inc, 1999, pp 135-152.
- **DIAMOND, Jared**, *Effondrement, Comment les sociétés décident de leur disparition ou de leur survie*, Collection NRF Essais, Gallimard, 2006, p592.
- **DJOURDA FEUDJIO, Yves Bertrand**, *Réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun*, 2010, P5.
- **DUPUY, Anne et POULAIN, Jean-Pierre**, *Le plaisir dans la socialisation alimentaire dans l'enfance*, Presses Universitaire de France, Paris, (Vol. 60), 2008, pp 261-270.
- **FEYISETAN, Bamikale et ADEOKUN, Lawrence**, *Les effets des soins et des thérapeutiques infantiles*, in PISON Gilles, 1989.
- **HADJA, Madjo**, *Aperçu du programme PCIMAS région Adamaoua : Atelier PB mère*. 2019.

- **HAMELIN, Maryse Raynaud**, *Double fardeau nutritionnel pole francophone en Afrique : Problématique du double fardeau nutritionnel*, 2010.
- **HERSKOVITS, Melville, Dahomey**, *An ancient West African Kingdom*, vol. I und II, Evanston, Northwestern University Press, 1967.
- **JENNY, Marie**, *L'influence de la relation mère-enfant sur la dénutrition sévère*, (Journée Médicale), 2007, P.3
- **JOHNSON, THIERO, WHIDDEN, et al.** *Prise en charge proactive des cas dans la communauté et survie de l'enfant en zone périurbaine au Mali*. BMJ Global Health, 2018.
- **KEFFING DABO, SADIO, Traoré, BABA, Traoré**, *Analyse des causes de la malnutrition dans trois régions du Sahel : Burkina Faso, Mali et Tchad*, INSAH, 2008.
- **KONE, Mariatou**, *Stratégies des ménages et malnutrition infantile dans la région de Madarounfa*, Dans Afrique contemporaine (n° 225), 2008/1, pp 161-197.
- **KRYMKO BLETON, Irène**, *Développement affectif de l'enfant de la naissance à douze ans*. 2013.
- **LABOV, William et FANSHEL, David**, *The Therapeutic discourse*, New York, Academia Press, 1977.
- **LATHAM, Michel**, *La malnutrition dans les pays en développement*, Organisation des Nations Unis pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), Rome/ Italie, 2001, pp 515.
- **MADISE, Matthews, & MARGETTS**, *Heterogeneity of child nutritional status between households: a comparison of six sub-Saharan African countries*. Population Studies 53. 1999.
- **MASSAMBA, Jean, MASSAMBA, Jean-Pierre et TRECHE**, *Attitudes, croyances, perceptions culturelles et facteurs socio-économiques de nature à détériorer le statut nutritionnel, du nourrisson et de l'enfant d'âge préscolaire*. s.l, s.n., multigr. Nutrition du Nourrisson et de l'Enfant d'Age Préscolaire : Conférence Internationale, Ibadan (NGA), 1998, p 14.
- **MUDUBU KONANDE**, *Mortalité infantile et juvénile au Togo : contribution des facteurs socio-économiques et culturels*, les cahiers de l'IFORD n° 11, Yaoundé, 1996, pp 85.
- **NGUYEN, Keith & KONE, Mariatou**, *Etude sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques des communautés/populations vis-à-vis de la nutrition, des soins primaires de santé pour la femme enceinte et le nourrisson, l'accès à l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement, Niamey au Niger : UNICEF*, 2007.
- **NGUYEN, Keith & KONE, Mariatou**, *Etude sur les connaissances, attitudes, comportements et pratiques des communautés/populations vis-à-vis de la nutrition, des soins*

*primaires Dackam.* (2003). Education de la mère et mortalité des enfants en Afrique (Vol. Les cahiers de l'IFORD n 2). Yaoundé, Cameroun : IFORD, 2007.

- **NORMET Léon**, *La bouffissure d'Annan*, Bull. Soc. Franc. Pathol. Exot. 19, 1926, pp207-213.

- **NTSAME, Ondo Nicole**, *Impact de la fécondité sur la qualité des enfants*. Recherche des mécanismes d'action, IFORD, Yaoundé, 1999, pp 119.

- **NTSAME, Ondo Nicole**, *Inégalités en matière de nutrition des enfants selon le genre en Côte d'Ivoire*, Communication présentée au Colloque International " Genre, Population et Développement en Afrique", Abidjan, Côte d'Ivoire, 200, pp 112.

- **RAKOTONDRABE, Patricia**, *Les facteurs de la mortalité des enfants à Madagascar*, les cahiers de l'IFORD, 1996, pp123.

- **RAKOTONDRABE, Patricia**, *Statut de la femme, prise de décision et santé de l'enfant à Madagascar*, IFORD, Yaoundé, 2004, pp 353.

- **ROSSANT, Lyonel et ROSSANT-LUMBROSO, Jacqueline**, *Le guide de l'allaitement maternel*, INPES, 2017.

- **TALHAOUI et al**, *Etude de la relation entre la malnutrition et la mémoire de travail chez les enfants d'âge scolaire dans la ville de Kenitra au nord-ouest Marocain*, 2017.

- **TCHANGO, William**, *Cameroun - Alimentation : 33% de Camerounais souffrent de malnutrition*, 2016.

#### **IV- RAPPORTS**

- **ACTION CONTRE LA FAIM**, La malnutrition a dépassé le seuil d'urgence, 2019.

- **ATELIER DE VALIDATION DES DONNEES SEMESTRE I**, Prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe dans la région de l'Adamaoua, district de sante de Ngaoundéré urbain, 2019.

- **CAMEROUN**, Enquête Finale sur le développement du jeune enfant dans la province de l'Adamaoua. 2007-2008.

- **CAMEROUN**, Insécurité alimentaire et malnutrition, Mars 2019.

- **CAMEROUN**, La malnutrition devient inquiétante, juillet 2013.

- **ENQUETE DEMOGRAPHIQUE DE SANTE**, Les déterminants de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans au Tchad, 2004.

- **ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE ET A INDICATEURS MULTIPLES DU CAMEROUN (EDSMICS)**, Institut National de la Statistique Ministère de l'Économie de la Planification et de l'Aménagement du Territoire Ministère de la Santé Publique Yaoundé, Cameroun, 2011.
- **FAO.**, Rapport sur la situation alimentaire et nutritionnelle mondiale, Rome, 2012.
- **INSAH.**, 2008, Analyse des causes de la malnutrition dans trois pays du Sahel : Burkina Faso, Mali et Tchad, CERPOD, Bamako-Mali.
- **INSD.**, Etude spécifique sur "Pauvreté et santé au Burkina-Faso, Ouagadougou, Imprimerie de l'Avenir du Burkina, 2003, 95pp.
- **INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET ICF**, Enquête Démographique et de Santé du Cameroun, 2018- 2019pp. 30-31.
- **INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE**, Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5) Cameroun, 2014, 31-54pp.
- **L'ESSENTIEL**, Des clés pour comprendre la nutrition-santé et le positionnement d'ACF, Département Scientifique et Technique Secteur Nutrition - Santé Action contre la Faim – International, 2012.
- **MACRO**, Introducing complementary foods to infants in central Mali, Maryland : ORC Macro – USA du nourrisson et de l'enfant d'âge préscolaire, Nigéria : Conférence internationale sur la nutrition du nourrisson et de l'enfant d'âge préscolaire, 2009.
- **ONU**, Conduite de petites enquêtes nutritionnelles : Manuels de terrain, Rome, n°5, 1992, pp.29.
- **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE ET UNICEF.**, Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant, 2009.
- **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**, Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Rapport d'un comité OMS d'experts. Série de rapports techniques 854. Genève.
- **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**, Lignes directrices : Mises à jour de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez le nourrisson et chez l'enfant, 2015.
- **PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL**, Session annuelle du Conseil d'administration Rome, 12–16 juin. 2017.
- **RAPPORT D'ENQUETE MISSION ACF-France Tchad**, Analyse Causale de la Malnutrition, Grand Kanem, Tchad, 2012.

- **RAPPORT DE L'OMS**, La nutrition en Afrique souligne une augmentation de la malnutrition en Afrique, 2017.
- **SANJIT DAS**, Action contre la Faim ; Genre et nutrition : la surcharge de travail des femmes en question, 2018.
- **SESSION ANNUELLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ROME**, Plan stratégique de pays — Cameroun, (2018–2020), juin 2017.
- **UNICEF**, Secteur Nutrition, WFP, OCHA, Online Reporting System (ORS), Cameroun : Aperçu sur la situation de la malnutrition, juillet. 2015.
- **UNICEF.**, Améliorer la Nutrition de l'enfant un objectif impératif et réalisable pour le progrès mondial. New York : UNICEF, 2013.
- **UNICEF., OMS., Banque Mondiale**, Niveau et tendances de la malnutrition des enfants, New York : UNICEF, 2015.
- **UNICEF/Pudlowski, UNICEF/Carton, UNFPA, UNHCR/Burgois, UN Cameroun ;** Programme et objectifs des nations unies au Cameroun, 2018.
- **UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND**, La malnutrition: causes, conséquences, solutions, 1998.
- **WHO:** Comprehensive Implementation Plan on Maternal, Infant and Young Child Nutrition, Geneva, 2014.

## V- WEBBOGRAPHIE

- **BUREAU DE LA COORDINATION DES AFFAIRES HUMANITAIRES (OCHA).**, Aperçu des besoins humanitaires :[https://www.humanitarianresponse.info/en/system/files/documents/files/hno\\_cameroun\\_n\\_2016.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/en/system/files/documents/files/hno_cameroun_n_2016.pdf), consulté le 08/12/2019.
- **CAMEROON TRIBUNE**, *Malnutrition au Cameroun - Les chiffres inquiètent*, mai 2009file:///D:/CameroonInfo.Net%20Malnutrition%20au%20Cameroun%20%20Les%20chiffre%20inquiètent.pdf. Consulté le 1-9- 2019.
- **CAMEROUN TRIBUNE**, Résultats préliminaires de l'enquête nutritionnelle anthropométrique et de mortalité rétrospective (SMART) d régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est, sept. 2017.
- **CANADA 1150, bureau 302**, Montréal. Site consulté le 03/12/2019.

**- CONFERENCE MONDIALE DE L'ALIMENTATION,**

[https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Conf%C3%A9rence\\_mondiale\\_de\\_l'alimentation&oldid=176242328](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Conf%C3%A9rence_mondiale_de_l'alimentation&oldid=176242328). Consulté le 07/12/2019.

**- EVALUATION CONJOINTE PAM/PNSA de la sécurité alimentaire dans les régions de l'Est, Adamaoua, Nord et Extrême-Nord du Cameroun, Données collectées en septembre 2016.**

[file:///D:/Evaluation%20de%20la%20s%C3%A9curit%C3%A9%20alimentaire%20dans%20les%20r%C3%A9gions%20de%20l'Est,%20Adamaoua,%20Nord%20et%20de%20l'Extr%C3%AAmeNord%20\(Donn%C3%A9es%20collect%C3%A9es%20en%20septembre%202016\)%20-%20Cameroun%20%20ReliefWeb.pdf](file:///D:/Evaluation%20de%20la%20s%C3%A9curit%C3%A9%20alimentaire%20dans%20les%20r%C3%A9gions%20de%20l'Est,%20Adamaoua,%20Nord%20et%20de%20l'Extr%C3%AAmeNord%20(Donn%C3%A9es%20collect%C3%A9es%20en%20septembre%202016)%20-%20Cameroun%20%20ReliefWeb.pdf), consulté le 30 nov.2019.

**- <http://books.google.sn/books?id=cn7xgaqjroc&lpg=pp1&ots=whyqevd8zt&dq=agbessi%20damon&pg=pp1#v=onepage&q&f=false>.** Livres online, site Google books, actions contre la malnutrition. Consulté le 09/12/2019.

**<http://media.photobucket.com/image/malnutrition%20in%20darfur/BabaMichael/DarfurNatlstaffwmotherchil.gif?o=1>.** Malnutrition au Darfour par Baba. Consulté le 03/12/2019.

**- [http://www.actioncontrelafaim.ca/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1165&Itemid=502&lang=fr](http://www.actioncontrelafaim.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=1165&Itemid=502&lang=fr).** Les causes sous-jacentes de la malnutrition Action contre la Faim. Consulté le 03/09/2019.

**- <http://www.fao.org/about/meetings/global-parliamentary-summit/fr/> consulté le 08/12/2019.**

**- <http://www.fao.org/docrep/008/w0078f/w0078f0i.htm#topofpage> Site web de la FAO. Prendre en charge la santé des enfants du monde. Consultée le 03/12/2019.**

**- <http://www.fao.org/docrep/008/w0078f/w0078f0i.htm#topofpage> Site web de la FAO. Prendre en charge la santé des enfants du monde. Consulté le 04-12-2019.**

**- <http://www.fao.org/docrep/x0262e/x0262e05.htm> Consulté le 12-12-2019.**

**- <http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/ficha.php?entidad=Textos&id=5197&opcion=documento>. Consulté le 04-12-2019.**

**- [http://www.oecd.org/home/0,2987,en\\_2649\\_201185\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/home/0,2987,en_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html). Site de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique. Consultée 09-09-2019.**

**- <http://www.unicef.fr/contenu/actualite-humanitaire-unicef/malnutrition->. Page web de l'UNICEF, consultée 06-09-2019.**

**- <http://www.unicef.org/french/> site web d'Unicef consulté le 03/12/2019.**

**- [https://www.persee.fr/doc/ecoru\\_0013-0559\\_1997\\_num\\_238\\_1\\_4858](https://www.persee.fr/doc/ecoru_0013-0559_1997_num_238_1_4858) Consulté le 09-12-2019.**

**-HUMANIUM,** *Les problèmes liés à la malnutrition,* file:///D:/Les%20problèmes%20liés%20à%20la%20malnutrition%20-%20Humanium.pdf

Consulté le 18-9- 20

- **KOFFI, Paulin, ZUZA SANTACILIA, Inès,** *Maroua, Cameroun,* file:///D:/Maroua-urbain\_-Dec-2013\_-Cameroon\_-SQUEAC.pdf, consulté le 30 nov.2019.

- **La Malnutrition reste une problématique oubliée de nombreux décideurs,** juillet, 2017, <file:///D:/Download/La%20malnutrition%20reste%20une%20problématique%20oubliée%20de%20nombreux%20décideurs.pdf>, consulté le 3 décembre 2019.

- **LARY, Joss,** *Cameroun-malnutrition : les régions septentrionales en alerte,* 2018.

file:///D:/TOUT%20CE%20QUI%20CONCERNE%20LA%20MALNUTRITION/malnutrition%20A/statistique%20sur%20la%20malnutrition%20au%20Cameroun.pdf, Consulté le 09/12/2019.

- **Media Terre,** *L'Unicef et le gouvernement camerounais en guerre contre la malnutrition infantile,* file:///D:/L'Unicef%20et%20le%20gouvernement%20camerounais%20en%20guerre%20contre%20la%20malnutrition%20infantile%20-%20Médiaterre.pdf, Consulté le 10-9- 20

- **MINSANTE/UNICEF,** *Kit Nutrition Cameroun,* 2007,

[http://www.unicef.org/wcaro/wcaro\\_CAM\\_KitNutrition\\_FR\\_09.pdf](http://www.unicef.org/wcaro/wcaro_CAM_KitNutrition_FR_09.pdf), Consulté le 08-12- 2019.

- **Nations Unies au Cameroun,** : *Rapport Annuel 2016,*

<file:///D:/Download/Annual%20Report%202016%20Francais-final.pdf>, consulté le 6-11-19.

- **OMS :** Selon un rapport de l'ONU, la faim dans le monde continue d'augmenter, 2018.

file:///D:/Selon%20un%20rapport%20de%20l'ONU,%20la%20faim%20dans%20le%20monde%20continue%20d'augmenter.pdf consulté le 6-1-20.

- **OMS. :** *Nutrition ; Malnutrition aiguë sévère,* 2019

<file:///D:/OMS%20%20Malnutrition%20aiguë%20sévère.pdf> Consulté le 10-9- 20.

- **OMS.,** *Seuils d'intervention utilisant des normes,* février 2009. file:///D:/en-

net%20%20Seuils%20d'in%20tervention%20utilisant%20des%20normes%20de%20l'OMS.pdf consulté le 6-11-19.

- **OMS. :** *Nutrition : Malnutrition modérée,* 2019.

<file:///D:/OMS%20%20Malnutrition%20modérée.pdf> Consulté le 10-9- 20.

- **POUHE NKOMA, Paul,** *Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : les déterminants du recours à l'automédication,* MINEPAT-Division des Analyses Démographiques et des Migrations, Yaoundé-Cameroun.

file:///D:/documents%20de%20mon%20mémoire/Itinéraires%20thérapeutiques%20des%20malades%20au%20Cameroun.pdf consulté le 09-09-19.

- **RAPPORT FINAL ENQUETE SMART**, Enquête nutritionnelle SMART et de mortalité rétrospective chez les femmes, les adolescentes et les enfants au Cameroun (Est, Adamaoua, Nord et Extrême Nord), file:///D:/Download/smartcmr\_2018\_vf.pdf, consulté le 30 nov.2019.

- **RFI, Cameroun**, *Un enfant camerounais sur trois souffre de malnutrition novembre*, 2011, (<https://www.addtoany.com/share?url=https%3A%2F%2Ffr.allafrica.com%2Fview%2Fgroup%2Fmain%2Fmain%2Fid%2F00014459.html&title=Un%20enfant%20camerounais%20sur%20trois%20souffre%20de%20malnutrition>) consulté le 19-9- 2019.

- **STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2016-2027**, [file:///D:/SSS\\_french.pdf](file:///D:/SSS_french.pdf) consulté le 17 -5-20.

- **UNIRIN, Cameroun**, *La malnutrition infantile en forte hausse dans le nord, septembre 2010*.

file:///D:/%20La%20malnutrition%20infantile%20en%20forte%20hausse%20dans%20le%20nord%20-%20Cameroun%20%20ReliefWeb.pdf, consulté le 19-9- 2019.

## **VI- Dictionnaire**

- **BOUDON, & BOURRICAUD**, *Dictionnaire critique de la sociologie*, Paris en France : Press Universitaire de France-PUF, 1982.

- **ETIENNE, et AL.**, *Dictionnaire de Sociologie, les notions, les mécanismes*, les auteurs, 3e édition. Paris - France : Hatier, 2004.

## ANNEXES

### **GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES POINTS FOCaux NUTRITIONS**

Nous sommes stagiaires à la délégation de la santé publique de Ngaoundéré, nous menons une enquête sur LES PESANTEURS SOCIOCULTURELLES ET LA MALNUTRITION AIGÛE CHEZ LES ENFANTS DE 06 À 59 MOIS DANS LE DISTRICT DE SANTÉ DE NGAOUNDÉRE URBAIN.

Cet entretien ne saurait être l'objet d'une instrumentalisation judiciaire, militaire, policière, ni politique.

**Consigne** : Nous aimerions discuter de la malnutrition infantile avec vous si vous consentez.

#### **SECTION 1 : REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA MALADIE**

A qui attribuerait-vous la cause de la maladie de l'enfant ?

Comment trouvez-vous les parents des enfants dénutris ?

Pourquoi viennent-elles vers vous en dernier recours ?

Quels rôles jouent l'entourage dans la prise en charge de l'enfant ?

#### **SECTION 2 : ALLAITEMENT MATERNEL ET INTERDITS SOCIOCULTURELS**

Quels sont les tabous (alimentaires, activités culturelles,) pour les femmes pendant la grossesse et la période d'allaitement et quelles raisons évoquées ?

#### **SECTION 3 : REPRESENTATIONS SOCIALES AUTOUR DES ALIMENTS PRETS**

##### **A L'EMPLOI PAR LES POPULATIONS**

Quels sont les construits autour des aliments prêts à l'emploi ?

#### **SECTION 4 : PRISE EN CHARGE DES MALNUTRITIONS**

Qu'est-ce qui est fait concrètement pour la prise en charge des enfants malnutris ?

## **GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE CHEF SERVICE NUTRITION DE LA DRSP ET DU DISTRICT**

Nous sommes stagiaires à la délégation de la santé publique de Ngaoundéré, nous menons une enquête sur LES PESANTEURS SOCIOCULTURELLES ET LA MALNUTRITION AIGÛE CHEZ LES ENFANTS DE 06 À 59 MOIS DANS LE DISTRICT DE SANTÉ DE NGAOUNDÉRÉ URBAIN. Cet entretien ne saurait être l'objet d'une instrumentalisation judiciaire, militaire, policière, ni politique.

Consigne : Nous aimerions discuter de la malnutrition infantile avec vous si vous consentez.

### **I- IDENTIFICATION DE L'ENQUETE**

Nom

Age

Sexe

Poste occupé

Nom du fosa

### **II- CONNAISSANCE BIOMEDICALE DE LA MALADIE**

Définition

Causes et manifestations de la maladie

Prévention

### **III- PREVALENCE DE LA MALADIE**

Nombre d'enfants enregistré

Nombre de guéris

Nombre de décès

Nombre d'abandon

### **IV- ALLAITEMENT MATERNEL ET INTERDITS SOCIOCULTURELS**

Quels sont les tabous (alimentaires, activités culturelles,) pour les femmes pendant la grossesse et la période d'allaitement et quelles raisons évoquées ?

### **V- REPRESENTATIONS SOCIALES AUTOUR DES ALIMENTS PRETS A L'EMPLOI PAR LES POPULATIONS**

Quels sont les construits autour des aliments prêts à l'emploi ?

### **VI- REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA MALADIE**

A qui attribuerait-vous la cause de la maladie de l'enfant ?

Comment trouvez-vous les parents des enfants dénutris ?

Pourquoi viennent-elles vers vous en dernier recours ?

Quels rôles jouent l'entourage dans la prise en charge de l'enfant ?

#### **VII- PRISE EN CHARGE DES MALNUTRITIONS**

Qu'est- ce qui est fait concrètement pour la prise en charge des enfants malnutritions ?

#### **VIII- PREVALENCE DE LA MALADIE**

Nombre d'enfants enregistré par an

Nombre de guéris par an

Nombre de décès par an

Nombre d'abandon par an

Stratégies mises en œuvre pour les cas de perdu de vue

## QUESTIONNAIRE DES MERES AYANT LES ENFANTS MALNUTRIS PRIS DANS PROGRAMME PCIMA

Nous sommes stagiaires à la délégation de la santé publique de Ngaoundéré, nous menons une étude sur LES PESANTEURS SOCIOCULTURELLES ET LA MALNUTRITION AIGÛE CHEZ LES ENFANTS DE 06 À 59 MOIS DANS LE DISTRICT DE SANTÉ DE NGAOUNDÉRE URBAIN. Nous voudrions que vous répondiez aux questions Suivantes si vous avez convenance.

### I- QUESTIONS RELATIVES AUX CARACTERISTIQUES SOCIOCULTURELLES ET PROFESSIONNELLES

1- Quel âge avez-vous ?  
\_\_\_\_\_

2- Quel est votre niveau d'instruction ?

Sans niveau

Primaire

Secondaire

Universitaire

Autres \_\_\_\_\_

3- Quel est votre profession ?

Ménagère

Eleveuse

Agriculteur

Commerçante

Fonctionnaire

Autres \_\_\_\_\_

5- De quelle religion êtes-vous ?

Musulmane

Chrétienne

Autres \_\_\_\_\_

6- Combien d'enfants avez-vous ?  
\_\_\_\_\_

7- Quel rang occupe l'enfant malade ?

Premier

Milieu

Dernier

Autres \_\_\_\_\_

### II- QUESTIONS RELATIVES AUX CONNAISSANCES SUR L'ALIMENTATION DE L'ENFANT.

1- Comment s'appelle votre enfant ?  
\_\_\_\_\_

2- Quel âge a-t-il ? \_\_\_\_\_

3- Jusqu'à quel âge votre enfant a-t-il consommé le lait maternel ?

3 mois

6 mois

Autres \_\_\_\_\_

4- S'il n'a pas atteint 6 mois pourquoi ?  
\_\_\_\_\_

5-Combien de fois mange votre enfant par jour ?

1 fois

2fois

3fois

Plus de 3fois

Autre \_\_\_\_\_

6-Quels types d'aliment consomme-t-il d'habitude ?

Couscous

riz

patate

autres \_\_\_\_\_

7-Quels sont les types d'aliments interdits à un enfant de consommer selon vous ?

Sauce gombo

Sauce d'arachide

Poissons

Autres \_\_\_\_\_

8-Pourquoi selon vous ?

Raison de sante

Interdit par la religion

Suivisme

Autres \_\_\_\_\_

9-Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge nutritionnelle de votre enfant ?

Difficultés financières

Difficultés matérielles

Autres \_\_\_\_\_

### III- QUESTIONS RELATIVES AU MANQUE DE CONNAISSANCES DES PARENTS SUR LA MALNUTRITION DES ENFANTS

1-Avez-vous déjà entendu parler de la malnutrition ?

Oui

Non

Jamais

2-Si oui, dans quelles circonstances ?

3-Qu'est-ce que la malnutrition selon vous ?

Une malchance

Une malédiction

Un mauvais sort

Une maladie

Autre \_\_\_\_\_

4-Quelles sont les causes de la malnutrition selon vous ?

Sorcellerie

Carence en vitamine

Absencè de nourriture

Autres \_\_\_\_\_

5-Comment se manifeste la malnutrition selon vous ?

Perte de poids

Vomissement

Grosse tête gros ventre

autres \_\_\_\_\_

6-Comment sont vus les enfants atteints de cette maladie par votre entourage ?

---

---

**IV- QUESTIONS RELATIVES AUX CONNAISSANCES SUR LE TRAITEMENT DE LA MALADIE ET LES ITINERAIRES THERAPEUTIQUES**

1-Quel traitement avez-vous administré à votre enfant quand il a commencé à manifester la maladie (la malnutrition) ?

Sirop

Decoction

Vitamine

2-Où avez-vous conduit votre enfant quand il est tombé malade (malnutrition) ?

Hôpital

Tradithérapeutes

Eglise

Autre \_\_\_\_\_

3-A combien s'élève la somme de la prise en charge de votre enfant malade à l'hôpital ?

Gratuit

Payant

Autres

4-A combien s'élève le montant de la prise en charge de votre enfant malade chez le Tradithérapeute ?

Cher

Moins cher

Gratuit

**V- QUESTION RELATIVES AUX METHODES ENDOGENES DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION**

1-Quelles méthodes utilisez-vous pour protéger votre enfant de cette maladie ?

Abstinence sexuelle

Port des talismans

Pratique de l'allaitement maternel

Autres \_\_\_\_\_

3-Où avez-vous appris cette méthode ?

Parents

entourage

Autres \_\_\_\_\_

4-Selon vous est-elle efficace dans la protection de votre enfant contre la maladie ?

Oui

Non

Autre \_\_\_\_\_

**VI- QUESTIONS RELATIVES A LA PRISE DES ALIMENTS THERAPEUTIQUE PAR LES PARENTS POUR LEUR ENFANTS**

1-Que pensez-vous de la distribution des aliments thérapeutiques (plumpy-nut) aux enfants ?

Bien

Mauvais

Autres \_\_\_\_\_

2-Si bien Pourquoi ? Si mauvais pourquoi ?

---

---

3-Ces aliments (plumpy-nut) améliorent-ils l'état de santé de votre enfant ?

Oui   
Non   
4-Si non pourquoi ?  
\_\_\_\_\_

**VII- QUESTIONS RELATIVES A LA  
NEGLIGEANCE DES PARENTS  
CONCERNANT L'ENTRETIEN DES  
ENFANTS.**

1-Prenez-vous la peine d'observer votre  
enfant avant sa prise de bain ?

Oui   
Non   
Souvent

2- Si non pourquoi ?  
\_\_\_\_\_

3-Prenez-vous le temps de l'observer quand  
il prend ses repas ?

Oui   
Non

4-Si non pourquoi ?  
\_\_\_\_\_

5-Comment avez-vous constaté sa perte de  
poids ? \_\_\_\_\_

6-Quand i est malade après combien de  
temps l'avez-vous conduit dans un centre de  
santé ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## NOMS DES PERSONNES RESSOURCES INTERVIEWEES

NOMS	FONCTIONS	CONTACTS
HADJA MADJIO BRAHIM	DRSP-AD PFNUT	697813329
Mme KOLEDJO FADIMATOU	PFN NDERE URBAIN	699234897
Mme MOUSSA FADIMATA	CSI SABONGARI	699945239
RADJOKI KAMSOULOU	CSI BOUMDJERE	696227295
BOUBA NDAIGA SAMUEL	CSP BURKINA	691075321
LADANG	PFN CSI BAMYANGA MARZA	697729599

## PERSONNES ENQUETEES

N°	NOMS	AGE	PROFESSIONS	NOMBRE D'ENFANTS	SECTEUR
1	Dada AICHOU	29	Ménagère	07	Sabongari
2	Dada Ange Michelle	24	Elève	1	Sabongari
3	Dada HINDOU DJAMILATOU	31	Ménagère	5	Sabongari
4	baba MAIMOUNATOU Y	45	Commerçant	5	Sabongari
5	Dada ASSIATOU SOUDI	40	Ménagère	6	Sabongari
6	Baba MAIBOUSSA	40	Gardien	2	Sabongari
7	Dada MAIMOUNATOU	19	Ménagère	1	Burkina
8	Dada OUMAROU S	25	Commerçante	1	Burkina
9	Dada MOHAMADOU	25	Couturière	3	Burkina
10	Dada HABDOURAMAN	25	Ménagère	4	Burkina
11	Dada BISSI	29	Commerçante	9	Burkina
12	Dada TITIANE	30	Ménagère	3	Burkina
13	Dada DEBORAH	29	Ménagère	4	Burkina
14	Dada ABBO H	24	Ménagère	1	Burkina

15	Dada ARTUR	28	Ménagère	6	Burkina
16	Dada FABRICE	26	Ménagère	2	Burkina
17	Dada BOBBO HASSAN	43	Ménagère	6	Burkina
18	Dada MOHAMADOU	20	Ménagère	1	Burkina
19	Dada ZAINABOU	25	Ménagère	2	Burkina
20	Dada KORO	20	ARC	1	Burkina
21	Dada AISSATOU	28	Commerçante	3	Burkina
22	Dada IBRAHIM	25	Commerçante	7	Burkina
23	Dada ABDOURAMAN	28	Commerçante	4	Burkina
24	Dada HADJDJATOU	22	Ménagère	2	Burkina
25	Dada ISTINA	21	Ménagère	1	Burkina
26	Dada MOHAMADOU	22	Agricultrice	3	Burkina

27	Dada AISSATOU	21	Commerçante	3	Bamnyangamarza
28	Dada DJOUISANATOU	26	Commerçante	3	Bamnyangamarza
29	Dada CHRISTINE	20	Ménagère	1	Bamnyangamarza
30	Dada ABIGAEL	40	Ménagère	3	Bamnyangamarza
31	Dada MARINETTE	23	Ménagère	3	Bamnyangamarza
32	Dada ABOUWAHABOU	34	Ménagère	17	Bamnyangamarza
33	Dada ABOUBAKAR	21	Fonctionnaire	1	Bamnyangamarza
34	Dada ABBO ADAMA	23	Fonctionnaire	2	Bamnyangamarza
35	Dada HASSANA	35	Ménagère	7	Mboumgeré
36	Dada OUSSANI	35	Ménagère	7	Mboumgeré
37	Dada MOHAMADOU B	20	Ménagère	1	Mboumgeré
38	Dada FADIMATOU T	19	Ménagère	1	Mboumgeré
39	Dada AISSATOU	23	Ménagère	3	Mboumgeré
40	Dada FADIMATOU	20	Ménagère	2	Mboumgeré

41	Dada LATIFA	36	Ménagère	5	Mboumgeré
42	Dada FAOUZIYA	35	Commerçante	6	Mboumgeré
43	Dada OLIVIER	25	Ménagère	3	Mboumgeré
44	Dada OUSMAN SEOU	20	Commerçante	1	Mboumgeré
45	Dada MOHAMADOU	29	Ménagère	3	Sabongari
46	Dada HAMAT	27	Ménagère	4	Sabongari
47	Dada ABOUBAKA O	23	Ménagère	4	Sabongari
48	Dada HADJIDJA M	20	Ménagère	2	Sabongari
49	Dada MOHAMADOU	52	Ménagère	11	Sabongari
50	Dada NANA NAFISATOU	34	Ménagère	5	Sabongari
51	Dada SAAD EL WALID	39	Ménagère	5	Sabongari
52	Dada MAIYANG PRINCESSE	23	Ménagère	1	Sabongari
53	Dada OUSSENA	28	Commerçante	5	Sabongari
54	Dada ISMAELA A	30	Commerçante	3	Gadamabanga
55	Dada OUMAROU	24	Ménagère	6	Gadamabanga
56	Dada ROUKAYATOU	18	Ménagère	1	Gadamabanga
57	Dada HASSAN	28	Ménagère	1	Gadamabanga
58	Dada KOBADA	23	Ménagère	2	Gadamabanga
59	Dada SALAMATOU O	30	Commerçante	4	Gadamabanga
60	Dada ABDOURARIM	20	Ménagère	2	Gadamabanga
61	Dada ADAMOU BILAL	27	Commerçante	1	La gloire
62	Dada NANA ADAMOU	24	Ménagère	3	La gloire
63	Dada ANNE	48	Ménagère	2	La gloire
64	Dada AISSATOU NAZIRA	20	Ménagère	2	Hamadjangui
65	Dada IBRAHIMA	34	Maitre coranique	7	Hamadjangui
66	Dada BABA ADAMOU	27	Commerçante	3	Ndelbé
67	Dada OUSSENI	28	Ménagère	1	Ndelbé
68	Dada FADILA	52	Ménagère	11	Ndelbé
69	Dada KHADIDJA A	25	Eleveuse	3	Lakenpa

70	Dada ABDOU MOUMINI	22	Ménagère	4	Lakenpa
71	Dada REKIAIASSA	25	Ménagère	3	Lakenpa
72	Dada ABDOUL MADJI	24	Elève	7	Lakenpa
73	Dada ROUMAISA B	32	Ménagère	4	Lamidat
74	Dada MAIRA A	34	Commerçante	17	Lamidat
75	Dada MAMMA BELLO	33	Ménagère	7	Lamidat
76	Dada NANA HAMAZEYOU	25	Ménagère	2	Lamidat
77	Dada SAINABOU NASIFA	30	Maitre coranique	3	Lamidat
78	Dada BABBA	26	Commerçante	2	Saré dama
79	Dada LESLY	26	Commerçante	3	Saré dama
80	Dada DEMENTAM BAKARI	20	Eleveuse	1	Saré dama

**DONNÉES PRISES AU DISTRICT DE SANTE DE NGAOUNDERE URBAIN EN FONCTION DES ADMISSIONS DES CAS ENREGISTRES DANS LES DIFFERENTS CENTRES DU DISTRICT**

Résultats OBTENUS PCIMAS : JANVIER – JUIN 2019

<b>FOSA</b>	<b>Admissions</b>	<b>Guérisons</b>	<b>Abandons</b>	<b>DECES</b>
BGA MARZA	33	24	6	0
HAMADJANGUI	24	4	5	0
BOUMDJERE	73	40	9	1
NDELBE	13	7	1	0
SABONGARI	113	110	3	0
LAMIDAT	21	9	0	0
BURKINA	37	29	0	0

SALAM	21	6	0	0
SARE DAMA	14	5	0	0
YVES PLUMEY	11	6	8	0
AOUDOU TAPARE	19	15	2	0
PATIENCE	1	0	0	0
CLINIC ISLAMIC	16	12	0	0

FOSA	Admissions	Guérisons	Abandons	DECES
RELEVE	30	10	0	0
GADA MABANGA	25	15	1	0
NORD CIFAN	25	10	9	0
TOTAL	476	302	48	1

### Résultats obtenus synthèse du DS : JANVIER – JUIN2019 (CNAS)

Indicateurs	JAN	FEV	MARS	AVRIL	MAI	JUIN	T
Admissions	85	88	99	73	77	60	476
Guérisons	36	38	58	74	54	37	303
Abandons	7	8	13	13	4	3	48
Décès	1	0	0	0	0	0	1

# ATTESTATION DE RECHERCHE, ACCORD, ATTESTATION DE FIN DE STAGE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix - Travail - Patrie  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTE DES ARTS, LETTRES  
ET SCIENCES HUMAINES  
\*\*\*\*\*  
DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE  
\*\*\*\*\*  
B.P. 755 Yaoundé  
Tel : 22 00 99 32  
22 00 97 58



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace - Work - Fatherland  
\*\*\*\*\*  
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTY OF ARTS, LETTERS  
AND SOCIAL SCIENCES  
\*\*\*\*\*  
DEPARTMENT OF SOCIOLOGY  
\*\*\*\*\*

Yaoundé, le.....14. MARS. 2019.....

## ATTESTATION DE RECHERCHE

\*\*\*\*\*

Je soussigné, **Professeur Jean NZHIE ENGONO**, Chef du Département de Sociologie à l'Université de Yaoundé I, atteste que les étudiants de **Master à vocation professionnelle, option: Recherche-Action en Système de Santé (RASSA)** doivent, dans le cadre des enseignements pratiques, effectuer des recherches documentaires et de terrain sur les questions liées aux thématiques suivantes :

- Politiques et systèmes de santé en Afrique
- Surveillance épidémiologique des pandémies
- Maladies Tropicales Négligées (MTN)
- Défis de santé publique en Afrique,
- Utilisation des données probantes en Afrique
- Santé urbaine et gestion des catastrophes en Afrique
- Sciences biomédicales, Ethnomédecine et pluralisme sanitaire
- Santé des minorités ou des personnes vulnérables en Afrique, etc.

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL

En effet, ces étudiants de **Master à vocation professionnelle** bénéficient des enseignements portant sur les différentes thématiques sus-évoquées. A côté des leçons théoriques reçues, ils sont entraînés à faire des observations sociologiques ou de terrain centrées sur des questions précises. Pour mieux préparer ces travaux pratiques, ils doivent discuter ou échanger avec différents acteurs du champ de la santé à l'exemple des acteurs institutionnels, des partenaires sanitaires, des responsables des programmes et structures de santé, des soignants, des malades et leurs proches, etc. L'objectif de ces échanges de terrain est purement académique et pédagogique.

Je vous prie de leur donner toute information non confidentielle pouvant les aider dans l'élaboration de ces travaux pratiques.

En foi de quoi je leur délivre cette attestation de recherche pour servir et valoir ce que de droit.

Le Chef de Département

*Jean Nzhie Engono*  
Prof. Jean Nzhie Engono



# Accord de stage

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix-Travail-Patrie  
REGION DE L'ADAMAOUA  
DELEGATION DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace-Work-Fatherland  
ADAMAWA REGION  
DELEGATION OF PUBLIC HEALTH

N° 543 L/RA/DSP/BFP/NGE

Ngaoundéré, le 10 5 AOUT 2019

Le Délégué  
A

Mademoiselle DAIPA DJAMOU Pélagie Viviane Master II UNIVERSITE DE YAOUNDE I  
BP .....Tel. +237 654815417/690805432  
Email: pelagiedaipa@gmail.com

**Objet: Accord de Stage en nutrition**

Suite à votre correspondance en date du 20 Juin 2019 et conformément aux accords des stages dans les structures sanitaires,

J'ai l'honneur de marquer mon accord favorable pour effectuer le Stage en nutrition à la Délégation Régionale de la Santé Publique de l'Adamaoua à Ngaoundéré pour une durée de six (06) mois.

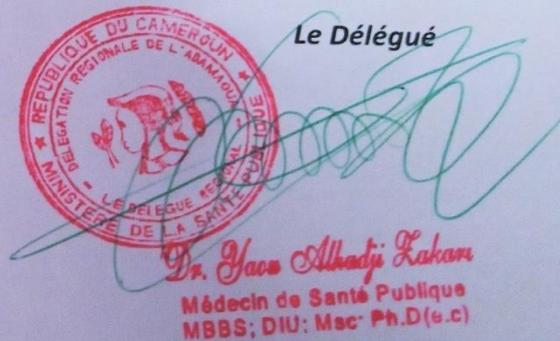
Vous voudrez bien prendre attache avec le Point Focal Nutrition de la Délégation Régionale pour les modalités pratiques de cette activité.

Veuillez croire Mlle DAIPA DJAMOU Pélagie Viviane, à l'expression de ma parfaite considération.

**Copies:**

- Point Focal Nutrition de la DRSP/AD
- Archives

Le Délégué



**Dr. Jacob Alhadyj Lakam**  
Médecin de Santé Publique  
MBBS; DIU; Msc. Ph.D (U.C)

# Attestation de fin de stage

REPUBLICQUE DU CAMEROUN  
Paix - Travail - Patrie  
REGION DE L'ADAMAOUA  
DELEGATION DE LA SANTE PUBLIQUE



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace - Work - Fatherland  
ADAMAWA REGION  
DELEGATION OF PUBLIC HEALTH

ATTESTATION DE FIN DE STAGE

JE SOUSSIGNÉE HADJA MADJIO, POINT FOCAL NUTRITION A LA DÉLÉGATION RÉGIONALE DE LA SANTE DE L'ADAMAOUA ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE :

L'ÉTUDIANTE DAIPA DJAMOU PÉLAGIE EN MASTER 2 EN SOCIOLOGIE A SUIVI UN STAGE EN ENTREPRISE DE SIX MOIS DE LA PÉRIODE ALLANT DU 08 AOUT 2019 AU 08 FÉVRIER 2020

LA PRÉSENTE ATTESTATION EST ÉTABLIE POUR SERVIR ET VALOIR CE QUE DE DROIT.

FAIT À N'GAOUNDÉRÉ LE 19 MAI 2020

LE POINT FOCAL NUTRITION



*Hadja Madjio*  
NUTRITIONNISTE

## TABLE DES MATIERES

<i>DEDICACE</i> .....	<i>i</i>
<i>REMERCIEMENTS</i> .....	<i>ii</i>
<i>RESUME</i> .....	<i>iii</i>
<i>ABSTRACT</i> .....	<i>iv</i>
<i>SOMMAIRE</i> .....	<i>v</i>
<i>LISTE DES FIGURES</i> .....	<i>vi</i>
<i>LISTE DES TABLEAUX</i> .....	<i>vii</i>
<i>LISTE DES ABREVIATIONS</i> .....	<i>viii</i>
<i>INTRODUCTION GENERALE</i> .....	<i>1</i>
<i>I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU CHOIX DU THEME DE L'ETUDE</i> .....	<i>1</i>
<i>1- Contexte de l'étude</i> .....	<i>1</i>
<i>b. Justification du choix du thème de recherche</i> .....	<i>2</i>
<i>II. PROBLEME</i> .....	<i>3</i>
<i>III. PROBLEMATIQUE</i> .....	<i>5</i>
<i>1. Les Facteurs socioculturels</i> .....	<i>6</i>
<i>2. Itinéraires thérapeutiques</i> .....	<i>8</i>
<i>3. Les méthodes de prévention endogène de la maladie</i> .....	<i>10</i>
<i>IV. QUESTIONS DE RECHERCHE</i> .....	<i>12</i>
<i>IV.1- Question principale de recherche :</i> .....	<i>12</i>
<i>IV.2- Questions secondaires de recherche</i> .....	<i>12</i>
<i>V. HYPOTHESES DE RECHERCHE</i> .....	<i>12</i>
<i>V.1- Hypothèse principale de recherche</i> .....	<i>12</i>
<i>V.2- Hypothèses secondaires</i> .....	<i>13</i>
<i>VI. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE</i> .....	<i>13</i>
<i>VI.1- Objectif principal de recherche</i> .....	<i>13</i>

VI.2- Objectifs spécifiques.....	13
VII. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE .....	13
VII.1- Cadrage théorique de l'analyse .....	14
1- Théorie des représentations sociales.....	14
2- L'analyse stratégique .....	16
VII-2- Techniques de collecte des données.....	17
1- Recherche qualitative .....	17
2- Recherche quantitative.....	19
VI.3- échantillonnage .....	20
VI-4- Technique d'analyse des données .....	22
2- Analyse quantitative .....	23
VIII. CADRE CONCEPTUEL .....	24
IX. DIFFICULTES ENCONTREES.....	26
X. DELIMITATION SPATIO-TEMPORELLE DE LA RECHERCHE .....	26
XI. PLAN DE REDACTION DU TRAVAIL.....	26
PREMIÈRE PARTIE : GENERALITE SUR LA REGION ET ORIGINE DE LA MALNUTRITION .....	27
CHAPITRE I : PRESENTATION DE L'ENVIRONNEMENT NATUREL ET SOCIAL DE LA VILLE DE NGAOUNDERE.....	30
I. ENVIRONNEMENT HUMAIN DE LA VILLE .....	30
1- Une zone constituée d'une mosaïque de peuple .....	30
2- La religion .....	31
II. ORGANISATION ADMINISTRATIVE, POLITIQUE ET ÉCONOMIQUE .....	32
1- Organisation administrative et politique.....	32
2- Les activités économiques .....	32
3- Caractéristiques de l'habitat .....	33
III. ENVIRONNEMENT NATUREL : UN MILIEU HUMIDE AU RELIEF MONOTONE .....	33
CHAPITRE II : HISTORIQUE, TYPES ET FORMES DE MALNUTRITION INFANTILE .....	36

<i>I. HISTORIQUE DE MALNUTRITION INFANTILE.....</i>	<i>36</i>
<i>II. LES DIFFÉRENTS TYPES DE MALNUTRITION INFANTILE .....</i>	<i>38</i>
<i>1- L'émaciation aigüe modérée ou légère .....</i>	<i>38</i>
<i>2- La dénutrition aigüe .....</i>	<i>39</i>
<i>3- Le retard de croissance ou la dénutrition chronique .....</i>	<i>39</i>
<i>III. FORMES DE DÉNUTRITION SÉVÈRE OU SOUS-NUTRITION INFANTILE.....</i>	<i>40</i>
<i>1. Le kwashiorkor:.....</i>	<i>41</i>
<i>2. Le marasme : .....</i>	<i>42</i>
<i>3. La forme mixte : association du marasme et du kwashiorkor.....</i>	<i>43</i>
<i>DEUXIÈME PARTIE : LES FACTEURS DE PERSISTANCE DE LA MALNUTRITION AIGÜË DANS LA VILLE DE NGAOUNDERE.....</i>	<i>44</i>
<i>CHAPITRE III -LES FACTEURS SOCIOCULTURELS ET LA MALNUTRITION INFANTILE .....</i>	<i>46</i>
<i>I. LES FACTEURS SOCIOCULTURELS.....</i>	<i>46</i>
<i>1. L'âge de la mère.....</i>	<i>46</i>
<i>2. Niveau d'instruction de la mère.....</i>	<i>50</i>
<i>3. La profession de la mère .....</i>	<i>55</i>
<i>4. Les travaux domestiques de la femme .....</i>	<i>58</i>
<i>5. La vie religieuse.....</i>	<i>58</i>
<i>6. La socialisation.....</i>	<i>62</i>
<i>1. L'âge de l'enfant.....</i>	<i>65</i>
<i>2. Le rang de l'enfant au sein de la fratrie.....</i>	<i>69</i>
<i>3. Le sexe de l'enfant .....</i>	<i>70</i>
<i>4. Maladie des enfants.....</i>	<i>72</i>
<i>CHAPITRE IV : LES COMPORTEMENTS DITS À RISQUE ET LA RÉSILIENCE DE LA MALNUTRITION INFANTILE DANS LE DISTRICT DE NGAOUNDÉRÉ URBAIN.....</i>	<i>75</i>
<i>I. LES PERCEPTIONS SOCIOCULTURELLES ET LA MALNUTRITION INFANTILE.....</i>	<i>75</i>
<i>1. Prohibition des rapports sexuels pendant l'allaitement.....</i>	<i>75</i>

2. Stéréotypes autour du lait d'une femme enceinte.....	76
3. Attribution de la maladie à un coup de sorcellerie (caramakou).....	77
4. Les interdits et tabous alimentaires.....	78
1- Les interdits liés à la mère en période de grossesse.....	78
2- Interdits alimentaires liés aux enfants.....	79
<b>II – COMPORTEMENTS DES MERES ET MALNUTRITION INFANTILE .....</b>	<b>80</b>
1. Comportements alimentaires de la mère pendant la grossesse.....	80
2. Comportements des mères face à pratique de l'allaitement maternel exclusif.....	82
3. Comportements des mères au tour de la pratique de l'alimentation des enfants.....	85
4. Les Comportements des mères face à la pratique des techniques de prise en soin des enfants .....	86
5. Evaluation des mères en fonction de leur connaissance sur de la malnutrition.....	89
6. Comportement des mères et la distribution des aliments thérapeutiques prêt à l'emploi (Plumpy-nut).....	90
7. Comportement des mères et la pratique de récompense de la fin du traitement.....	92
<b>TROISIÈME PARTIE : LES METHODES DE TRAITEMENT ET LA PERSISTANCE DE LA MALNUTRITION.....</b>	<b>93</b>
<b>CHAPITRE V : LES ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES ET LA PERSISTENCE DE LA MALNUTRITION.....</b>	<b>95</b>
<b>I. LES THERAPIES DOMESTIQUES, L'AUTOMÉDICATION ET LES RISQUES LIÉS À LEURS UTILISATIONS.....</b>	<b>96</b>
1. Les thérapies domestiques.....	96
2. Vers l'automédication.....	98
<b>III. L'ASSOCIATION ENTRE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET MEDECINE MODERNE ET LA PERSISTANCE DE LA MALNUTRITION.....</b>	<b>105</b>
<b>IV. LA PRATIQUE DE ABSTINENCE THERAPEUTIQUE ET LA PERSISTANCE DE LA MALNUTRITION.....</b>	<b>108</b>
<b>V. PRATIQUE DE LA MEDECINE RELIGIEUSE ET LA MALNUTRITION.....</b>	<b>109</b>

<i>I. L'USAGE DES METHODES DE TRAITEMENT TRADITIONNELLES ET LA MALNUTRITION.....</i>	<i>114</i>
<i>II. LA PRATIQUE DE L'ABSTINENCE SEXUELLE PENDANT L'ALLAITEMENT COMME METHODE DE PREVENTION DE LA MALNUTRITION .....</i>	<i>115</i>
<i>III. LA PRATIQUE DE LA NON- CONCEPTION PENDANT L'ALLAITEMENT.....</i>	<i>116</i>
<i>IV. LA PROTECTION PAR LES FÉTICHES (PORT DES TALISMANS ET AUTRES) .....</i>	<i>117</i>
<i>V. LA PRATIQUE DE L'ÉLEVATION DES PRIÈRES A DIEU .....</i>	<i>120</i>
<i>CONCLUSION GÉNÉRALE.....</i>	<i>122</i>
<i>BIBLIOGRAPHIE.....</i>	<i>125</i>
<i>I- OUVRAGES.....</i>	<i>125</i>
<i>II- THESES, MEMOIRES .....</i>	<i>127</i>
<i>III- ARTICLES ET REVUES SCIENTIFIQUES.....</i>	<i>130</i>
<i>V- WEBBOGRAPHIE .....</i>	<i>135</i>
<i>ANNEXES.....</i>	<i>139</i>