

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

-----  
CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES  
HUMAINES, SOCIALES  
ET ÉDUCATIVES

-----  
UNITÉ DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

-----  
DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE



THE UNIVERSITY OF YAOUNDÉ I

-----  
POST GRADUATE SCHOOL  
FOR SOCIAL AND  
EDUCATIONAL SCIENCES

-----  
DOCTORAL RESEARCH UNIT  
FOR THE SOCIAL SCIENCES

-----  
DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

**DYNAMIQUES D'ACTEURS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX  
FACE A LA RECRUESCENCE DE LA MALNUTRITION  
INFANTILE AU TCHAD : CAS DE LA VILLE D'ABECHE**

*Mémoire présenté et soutenu le 08 septembre 2022 en vue de l'obtention du diplôme de  
Master en Sociologie*

*Spécialité : Population et Développement*

Par

**Hachim ABDERAHIM SAKHAIRON**

*Titulaire d'une Licence en Sociologie*

16W 653

*Membres du Jury*

Président : **Pr. ELLA ELLA Samuel-Béni, (MC)**

Rapporteur : **Pr. DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand, (MC)**

Examineur: **Dr. PINGHANE YONTA Achille, (CC)**



Avril 2022

# SOMMAIRE

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>i</b>
<b>DEDICACE</b> .....	<b>ii</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>iii</b>
<b>ACRONYMES ET SIGLES</b> .....	<b>iv</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>vi</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES ET DES PHOTOS</b> .....	<b>vii</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ix</b>
<b>INRODUCTION GENERALE</b> .....	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I : GRANDES CRISES ALIMENTAIRES ET NUTRITIONNELLES AU TCHAD</b> .....	<b>33</b>
I. Sécheresse de (1970-1973).....	35
II. Sécheresse de (1984-1985) au Tchad.....	42
III. Crise alimentaire de 2009/2010 au Tchad .....	50
IV. Crise alimentaire et nutritionnelle au Tchad de 2017/2018.....	52
<b>CHAPITRE II : ACTEURS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX INTERVENANT DANS LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION INFANTILE DANS LA VILLE D’ABECHE</b> .....	<b>54</b>
I. Fonds des Nations Unies pour l’Enfance (UNICEF) .....	55
II. Programme Alimentaire Mondial (PAM) .....	61
III. Première Urgence Internationale (PUI) .....	67
IV- ONG nationales : Alliance Sahélienne de Recherches Appliquées pour le Développement Durable (ASRADD) et Bureau D’appuie Santé et Environnement (BASE).....	70
<b>CHAPITRE III : FACTEURS CONTRIBUANT A LA MALNUTRITION INFANTILE DANS LA VILLE D’ABECHE</b> .....	<b>75</b>
I. Facteurs environnementaux.....	76
II. Facteurs socioéconomiques.....	80
III. Facteurs socioculturels.....	84
<b>CHAPITRE IV : ANALYSE DES ACTIONS DES ACTEURS FACE AUX DÉFIS DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION INFANTILE</b> .....	<b>96</b>
I. Prise en charge à l’Unité Nutritionnelle Supplémentaire (UNS).....	97
II. Prise en charge à l’Unité Nutritionnelle Thérapeutique (UNT).....	105
III. Prise en charge des nourrissons de moins de 6 mois ou moins de 3kg.....	114
IV. Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë .....	120
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b> .....	<b>125</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>125</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>125</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>125</b>

**DEDICACE**

A ma famille.

## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail a été possible grâce au précieux concours de plusieurs personnes physiques et morales. Ainsi, nous saisissons cette opportunité pour témoigner notre reconnaissance au Professeur Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, l'encadreur de ce mémoire, pour sa disponibilité, ses qualités professionnelles et ses remarques qui ont permis de cerner davantage l'objet de cette recherche. Au corps enseignant du Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, pour la qualité de leurs enseignements dispensés depuis la première année.

A Madame Hadjé Izzita MAHAMAT ALI, responsable technique nutrition de Centre District d'Abéché pour son aide et orientation durant la collecte de données. A Monsieur Hassan ABDERAHIM, infirmier au centre de santé Djatinié pour son encouragement. A Madame Hadjé Achta AWADA, majore au centre de santé Salamat pour l'accueil, l'orientation mais également pour ses qualités professionnelles qui ont permis de réaliser ce travail. Au Docteur Georges DJECOMBE et Docteur Dieudonné ISRAEL, responsables techniques santé-nutrition de l'Unicef bureau d'Abéché pour leur accueil et éclaircissement du rôle et la prise en charge des enfants malnutris par l'Unicef.

A tous les frères et sœurs pour leur affection et leur soutien tant financier, moral que matériel consentis jusqu'à l'achèvement de cette recherche. Aux mères des enfants malnutris et à tous les enquêtés d'avoir participé l'enquête de terrain. A Monsieur Jacob MBAIHONDOUM, doctorant en sociologie à l'Université de Yaoundé I pour le conseil et la lecture du manuscrit. A Monsieur Adjid Dehié ADJID et Gwladys FANKEM BLANCHE d'avoir fait l'abstract de ce travail.

A Monsieur Elvis ESSONO, notre aîné académique pour ses conseils, son encouragement et sa disponibilité. Aux frères et amis Oumar Mahamat SALEH, Mahamat Ahamat HASSAN, Souleymane AHMAT, Abdelkerim ALI, Mahamat ABBA ABDERAMANE, Abdelsalam Ali NOUR, Abdelwahid Ali NOUR et Mahamat IBNI pour la lecture du manuscrit et la contribution à l'achèvement de ce travail.

## ACRONYMES ET SIGLES

### a- Acronymes

**F75** : Lait thérapeutique utilisé dans la phase aiguë du traitement en interne de la MAS

**F100** : Lait thérapeutique utilisé dans les phases de transition/réhabilitation

**F100- dilué** : Lait thérapeutique utilisé dans la PCIMAS chez les enfants moins de 6 mois, moins de 3kg

**PAM** : Programme alimentaire mondial

**SMART** : Spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporellement défini.

**UNDRO** : Bureau du coordinateur des nations-unies pour les secours en cas de catastrophe

**UNICEF** : Organisation des nations-unies pour l'enfance

**USAID** : Agence des États-Unis pour le développement international

### b- Sigles

**ASC** : Agent de santé communautaire

**ASPE** : Aliment de supplémentation prêt à l'emploi

**ATPE** : Aliment thérapeutique prêt à l'emploi

**ASRADD** : Alliance sahéenne de recherches appliquées pour le développement durable

**BASE** : Bureau d'appui santé et environnement

**BM** : Banque mondiale

**CNNTA** : Centre national de nutrition et des technologies alimentaires

**FAO** : Food and agricultural organisation (organisation des nations-unies pour l'alimentation et l'agriculture)

**FHAB** : Femmes hommes amis des bébés

**IFPRI** : Institut international de recherche sur les politiques alimentaires

**MAG** : Malnutrition aiguë globale

**MAM** : Malnutrition aiguë modérée

**MAS** : Malnutrition aiguë sévère

**MCD** : Médecin chef district

**MSF** : Médecin sans frontière

**MSP** : Ministère de la santé publique

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONG** : Organisation non gouvernementale

**ONU** : Organisation des nations-unies

**PB** : Périmètre brachial

**PCIMA** : Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë

**PCIMAM** : Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë modérée

**PCIMAS** : Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère

**PCIME** : Prise en charge intégrée des maladies d'enfant

**PNUD** : Programme des nations-unies pour le développement

**POS** : Plan d'orientation stratégique

**PUI** : Première urgence internationale

**RND** : Responsable nutrition district

**TSS** : Technique de supplémentation par succion

**UNA** : Unité nutritionnelle ambulatoire

**UNS** : Unité nutritionnelle supplémentaire

**UNT** : Unité nutritionnelle thérapeutique

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau n° 1:</b> prévalence de la malnutrition aiguë globale selon le périmètre brachial et les œdèmes chez les enfants âgés de 6 à 59 mois de la ville d'Abéché. ....	4
<b>Tableau n° 2:</b> Prévalence de la malnutrition aiguë globale, selon le périmètre brachial et les œdèmes chez les enfants âgés de 6 à 59 mois de la ville d'Abéché. ....	5
<b>Tableau n° 3:</b> Prévalence de la malnutrition aiguë globale selon le périmètre brachial et les œdèmes chez les enfants âgés de 6 à 59 mois de la ville d'Abéché. ....	5
<b>Tableau n° 4:</b> sources orales .....	27
<b>Tableau n° 5:</b> données d'assistance distribuée aux personnes en exode au Centre. ....	43
<b>Tableau n° 6:</b> données d'assistance distribuée aux personnes en exode au Camp d'Ati.....	43
<b>Tableau n° 7:</b> évaluation de coût total d'opération repartis en US 2 405 620 dollars. ....	48
<b>Tableau n° 8:</b> répartition des enquêtées selon l'activité socioprofessionnelle du mari .....	80
<b>Tableau n° 9:</b> répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant (en mois) .....	98
<b>Tableau n° 10:</b> Ration sèche pour les enfants malnutris aigües modérés de 6-59 mois .....	102
<b>Tableau n° 11:</b> volume de lait F75 par classe de poids à donner durant la phase aiguë.....	111
<b>Tableau n° 12:</b> quantités de lait par repas et classe de poids, pour nourrissons. ....	117
<b>Tableau n° 13:</b> répartition des enquêtées selon la forme de malnutrition et l'âge de l'enfant (en mois).....	119

## LISTE DES GRAPHIQUES ET DES PHOTOS

### LISTE DES GRAPHIQUES

<b>Graphique n° 1:</b> répartition des enquêtées selon l'activité socioprofessionnelle. ....	83
<b>Graphique n° 2 :</b> répartition des enquêtées selon la situation matrimoniale .....	85
<b>Graphique n° 3:</b> répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction .....	88

### LISTE DES PHOTOS

<b>Photo n° 1:</b> Enfant malnutri aiguë modéré admis à l'UNS .....	100
<b>Photo n° 2:</b> Distribution de nutriment (plumpy-nut) hebdomadaire aux enfants malnutris modérés au Centre de santé Salamat.....	101
<b>Photo n° 3:</b> Enfant malnutri sévère admis à l'UNT.....	107
<b>Photo n° 4:</b> Suivi et signature de rapport hebdomadaire par les agents de l'Unicef et le responsable de centre district dans le centre de santé Salamat. ....	118
<b>Photo n° 5:</b> Agents de santé et relais communautaires.....	121
<b>Photo n° 6:</b> Sensibilisation des mères des enfants malnutris par l'agent communautaire dans le Centre de santé Salamat (UNS). ....	124

## RESUME

Ce travail de recherche aborde les questions liées aux « Dynamiques d'acteurs nationaux et internationaux face à la recrudescence de la malnutrition infantile au Tchad : cas de la ville d'Abéché ». En effet, la malnutrition est l'une des principales causes de mortalité et de morbidité infantile au Tchad. Parmi les 2575 enfants malnutris aiguës globales enregistrés dans les différents centres de la ville d'Abéché en juillet 2021, 78,89 % sont malnutris aiguës modérés et 21,11 % sont malnutris aiguës sévères. Ce fléau causait d'énormes mobilités d'acteurs et d'explorateurs faisant face à l'accroissement massif de la malnutrition dans cette ville. Ainsi, pour bien mener cette recherche, la question principale de recherche suivante a été posée : qu'est-ce qui explique la recrudescence de la malnutrition infantile dans la ville d'Abéché après une décennie de prise en charge des patients par les différents acteurs ? Pour tenter de répondre à cette interrogation, une hypothèse principale a été formulée de la manière suivante : la recrudescence de la malnutrition infantile est causée par la paupérisation des ménages, le manque de suivi des enfants, et la négligence sociale. Du coup, plusieurs mères des enfants malnutris vendent les nutriments comme (Plumpy-Nut et Plumpy-Cit) distribués pour l'accroissement de leurs enfants.

Sur le plan théorique, il a été utilisé l'analyse stratégique de CROZIER Michel et Erhard FRIEDBERG et l'approche dynamiste et critique de BALANDIER Georges. Ainsi, pour collecter les données, la présente recherche a fait recours à la méthode mixte. Cette recherche a pu interroger 25 enquêtés avec la méthode qualitative et 200 échantillons de mères d'enfants malnutris en méthode quantitative. Ce travail est organisé en 4 chapitres. Après l'introduction générale, chaque chapitre est divisé en quelques parties dont chacune a des sous parties ayant sous idées développées. Enfin, une conclusion générale.

Les résultats indiquent que la malnutrition infantile demeure un problème de santé publique dans la ville d'Abéché. Car, le milieu de résidence et le climat de la région sont à l'origine de la malnutrition des enfants. Il est également ressorti de cette recherche que le niveau d'instruction de la mère, l'absence de contraception, la négligence sociale, le sevrage de l'allaitement, la paupérisation du ménage et l'activité économique de parent sont des causes fondamentales de la malnutrition infantile. Outre cela, les mères des enfants malnutris vendent certains aliments nutritifs pour subvenir à d'autres besoins sociaux, alors que ces nutriments sont distribués pour l'accroissement des patients. Les résultats soulignent aussi que 62,81 % des mères des enfants malnutris sont illettrées, 33,17 % de maris sont de débrouillards, 30, 15 % des époux sont des cultivateurs saisonnés et 12, 06 % des mères allaitantes abandonnent l'enfant avec sa grand-mère ou d'autre membre de la famille toute la journée avant le sevrage.

**Mots clés : Abéché dynamique d'acteurs, recrudescence, malnutrition infantile, Tchad**

## ABSTRACT

In this research work, issues are related to «Dynamics of national and international actors in the face of the resurgence of child malnutrition in Chad: the case of the city of Abéché». Indeed, malnutrition is one of the main causes of infant mortality and morbidity in Chad. Of the 2,575 acute malnourished children registered in the various centers of the city of Abéché in July 2021, 78.89% are moderate acute malnourished and 21.11% are severe acute malnourished. This scourge caused huge mobility's of actors and explorers facing the massive increase of malnutrition in this city. Thus, to carry out this research successfully, the following main research question was asked: what explains the increase in child malnutrition in the city of Abéché after a decade of patient management by the various actors? To try to answer this question, a main hypothesis has been formulated as follows: the increase in child malnutrition is caused much more by the impoverishment of households, the lack of follow-up of children, and social neglect.

On the theoretical level, strategic analysis of Michel CROZIER and Erhard FRIEDBERG, the dynamist and critical approach of Georges BALANDIER were used. Thus, in order to collect the data, the present research used the mixed method. This research was able to interview 25 respondents using the qualitative method and 200 samples of mothers of malnourished children using the quantitative method. This work is organized in 4 chapters. After the general introduction, each chapter is divided into few parts, each of which has sub-parts with developed ideas. Finally, a general conclusion.

The results indicate that child malnutrition remains a public health problem in the city of Abéché because the environment and climate of the region are at the root of child malnutrition. It was also found that the mother's level of education, lack of contraception, social neglect, withdrawal from breastfeeding, etc., are fundamental causes of child malnutrition. In addition, mothers of malnourished children sold certain nutritious foods to meet other social needs, while these nutrients are distributed for the growth of patients. The results also show that 62.81% of mothers malnourished children are illiterate, 33, 17 % husbands are resourceful, 30, 15 % husbands are seasonal farmers and 12, 06 % nursing mothers leave the child with its grandmother or other family member all day before weaning.

**Keywords:** Abéché, actor's dynamics, upsurge, child malnutrition, Tchad

## **INRODUCTION GENERALE**

## I. Contexte de l'étude et justification du choix du sujet

### I.1. Contexte de l'étude

La malnutrition sous toutes ses formes comprend la dénutrition (émaciation, retard de croissance, insuffisance pondérale), les carences en vitamines ou en minéraux, le surpoids, l'obésité et les maladies non transmissibles liées à l'alimentation.<sup>1</sup> Elle est l'une des principales causes de mortalité et de morbidité infantiles dans les pays à faibles revenus. Un enfant sur quatre âgé de moins de cinq ans dans le monde souffre de malnutrition, soit plus de trois millions d'enfants de moins de cinq ans chaque année.<sup>2</sup>

Dans un contexte mondial de la malnutrition, parmi les enfants âgés de moins de cinq ans, 52 millions souffrent d'émaciation, 17 millions souffrent d'émaciation sévère et 155 millions présentent un retard de croissance, alors que 41 millions sont en surpoids ou obèses.<sup>3</sup>

Dans le contexte Africain de la malnutrition, un enfant peut avoir plusieurs épisodes de malnutrition aiguë au cours de la même année.<sup>4</sup>

En Afrique de l'Ouest, environ 600 000 enfants de moins de cinq ans meurent de causes liées à la malnutrition chaque année. Parmi les 15 pays dans le monde où les statistiques sur la mortalité des moins de cinq ans sont les pires, sept (7) sont en Afrique de l'Ouest où un enfant sur quatre a un poids insuffisant.<sup>5</sup>

En Afrique Australe plus de 250 000 enfants sont atteints de malnutrition aiguë sévère. C'est-à-dire des enfants qui ont perdu beaucoup de poids et qui ont besoin d'une prise en charge immédiate. Les principaux pays touchés sont le Zimbabwe, le Lesotho, le Malawi et le Mozambique. Des pays où la production agricole a chuté en raison de l'absence de pluies. Conséquences : le prix ont augmenté et les habitants ont réduit leur nourriture.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup>Organisation Mondiale de la Santé (2020), *Qu'est-ce que la malnutrition ?* Disponible sur [www.actioncontrelafaim.org](http://www.actioncontrelafaim.org). Consulté le 05 septembre 2020 à 18h-15mn

<sup>2</sup> Organisation des Nations Unies pour l'enfance (2020), *dossier nutrition*. Disponible sur <https://www.unicef.fr/dossier-nutrition>. Consulté le 29 juillet 2020 à 08h-30mn

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Banque Mondiale et Organisation Mondiale de la Santé (2020), *Estimations communes sur la malnutrition infantile-édition 2020*. Sur <https://scalingupnutrition.org>. Consulté le 05 mars 2021 à 19h-10 mn

<sup>6</sup> Organisations des Nations Unies pour l'enfance (2018), *malnutrition/Unicef*. Disponible sur <https://www.unicef.org>. Consulté le 02 avril 2021 à 15h- 45mn

En Afrique de l'Ouest et du Centre : Plus de 15 millions de cas de malnutrition aiguë ont été annoncés en 2020. Les conflits et les violences armées ont entraîné des déplacements massifs de population et limité considérablement l'accès aux services sociaux de base, ce qui a entraîné une augmentation des cas de malnutrition infantile à des niveaux sans précédent. Plusieurs facteurs menacent l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans en Afrique de l'Ouest et du Centre. Il s'agit notamment de l'insécurité alimentaire des ménages, de mauvaises pratiques de nutrition et d'alimentation des mères et des nourrissons, des déplacements de population, des taux élevés de maladies infantiles et de maladies d'origine hydrique telles que la diarrhée, la fragilité des systèmes de santé, du manque d'accès à l'eau potable et à l'assainissement et de la pauvreté chronique.<sup>7</sup>

En Afrique subsaharienne, la malnutrition ne correspond pas uniquement à un manque de nourriture. Cette situation s'explique en grande partie par l'impact des violences, des conflits et des conditions climatiques défavorables.<sup>8</sup>

Au Tchad, la persistance d'une situation nutritionnelle demeure critique en 2020. Chiffres-clés ont été enregistrés entre la période d'août 2019 et mai 2020.<sup>9</sup> Parmi les 1 864 904 enfants de 6-59 mois malnutris aigus globaux ayant besoin d'un traitement, dont 461 186 d'enfants malnutris aigus sévères et 1 403 718 d'enfants malnutris aigus modérés.

Enfin, dans la ville d'Abéché, la situation nutritionnelle demeure toujours préoccupante. Un chiffre important qui a été enregistré, entre le 01 janvier 2020 et 31 décembre de la même année, montre que 15 302 enfants âgés de moins de cinq ans sont admis dans les différents centres nutritionnels de la ville, dont 10 575 enfants souffrent de malnutrition aiguë modérée et 4727 enfants souffrent de malnutrition aiguë sévère.<sup>10</sup>

L'option de choix du sujet a été faite, compte tenu de l'accroissement de ce fléau et la présence intensive des acteurs dans la ville d'Abéché.

---

<sup>7</sup> Organisation des Nations unies pour l'enfance et Programme Alimentaire Mondial, partenariat (2020). Sur <https://scalingupnutrition.org>. Consulté le 07 mars 2021 à 11h- 50 mn

<sup>8</sup> Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (2018), *rapport sur l'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde*. P78

<sup>9</sup> Analyse de l'indice de prix à la consommation de la malnutrition aiguë d'août (2019) et mai (2020). P31-32

<sup>10</sup> Centre district d'Abéché, *rapport annuel sur la malnutrition infantile* (2020). P19

## I.2. Justification du choix du sujet

La malnutrition infantile est un phénomène qui touche aujourd'hui la plupart des couches sociales tchadiennes<sup>11</sup>. Elle a mobilisé d'énormes explorateurs et d'acteurs inquiétant de la croissance massive de ce fléau.

De ce fait, plusieurs raisons qui expliquent le choix de ce sujet sur la malnutrition infantile au Tchad en général et la ville d'Abéché en particulier.

En premier lieu, la recrudescence de ce fléau, après une décennie de prise en charge des patients par les acteurs nationaux et internationaux dans la ville d'Abéché. Deuxièmement, les différents rapports des structures sanitaires et des organismes nationaux et internationaux, qui montrent la gravité de cette dernière notamment (les rapports d'enquêtes SMART 2016, 2017, 2018, 2019 et 2020).

**Tableau n° 1:** prévalence de la malnutrition aiguë globale selon le périmètre brachial et les œdèmes chez les enfants âgés de 6 à 59 mois de la ville d'Abéché.

Malnutrition aiguë globale	15,9 (12,5-20,1)
Malnutrition aiguë modérée	12,2 (9,2-16,0)
Malnutrition aiguë sévère	3,8 (2,2-6,4)

**Source :** rapport de l'enquête SMART 2015-2016

Le tableau ci-dessus résume la prévalence de la malnutrition aiguë modérée et sévère chez les enfants âgés de 6 à 59 mois dans la ville d'Abéché. L'examen de ces données, a relevé que les enfants sont affectés par la malnutrition sans distinction de sexe. Cependant la prévalence de la malnutrition aiguë modérée est apparue particulièrement plus élevée que la malnutrition aiguë sévère.

La deuxième enquête nutritionnelle nationale SMART 2017, a été faite, selon les caractéristiques socio-économiques et démographiques des ménages, les facteurs associés à la malnutrition aiguë globale sont le sexe du chef de ménage, son niveau d'instruction, son activité principale, et le nombre d'enfants de moins de cinq ans dans le ménage, le sexe et l'âge de l'enfant.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> *Analyse d'indice de prix...*op.cit. P 37

<sup>12</sup> *Enquête nationale nutritionnelle SMART Tchad*, rapport 2017.P43

**Tableau n° 2:** Prévalence de la malnutrition aiguë globale, selon le périmètre brachial et les œdèmes chez les enfants âgés de 6 à 59 mois de la ville d'Abéché.

Malnutrition aiguë globale	7,8 (5,7-10,7)
Malnutrition aiguë modérée	6,4 (4,5-9,1)
Malnutrition aiguë sévère	1,4 (0,7-2,9)

**Source :** rapport de l'enquête SMART 2018

Le tableau ci-dessus, présente la prévalence de l'enquête nutritionnelle des enfants malnutris de la province d'Abéché. Dans ce présent résultat, la malnutrition aiguë modérée est toujours plus élevée que celle de sévère.

**Tableau n° 3:** Prévalence de la malnutrition aiguë globale selon le périmètre brachial et les œdèmes chez les enfants âgés de 6 à 59 mois de la ville d'Abéché.<sup>13</sup>

Malnutrition aiguë	13,6 (10,8-16,6)
Malnutrition aiguë modérée	12,0 (9,4-14,7)
Malnutrition aiguë sévère	1,6 (0,7-2,7)

**Source :** rapport de l'enquête SMART 2019

Le tableau ci-dessus nous montre les résultats d'une enquête nutritionnelle, des enfants malnutris de moins de cinq ans de la ville d'Abéché. Dans cette présente prévalence, la malnutrition aiguë modérée est supérieure à la malnutrition aiguë sévère.

Sachant que la malnutrition est responsable d'une grande partie de la morbidité et de la mortalité des enfants, une réduction notable de sa prévalence contribuera, sans doute, à un meilleur état de santé des enfants et, partant aidera un tant soit peu à la création des conditions favorable au bien-être et au développement au sein de nos communautés. Sans aucun état nutritionnel satisfaisant, il sera difficile d'atteindre les Objectifs du Développement Durable. Ceci parait plus évident si l'on se rappelle que chaque année, la malnutrition coûte aux pays en développement, en plus des millions de décès, des milliards de dollars de pertes de productivités et de revenus<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> Enquête nationale nutritionnelle SMART Tchad, rapport 2019.P72

<sup>14</sup> Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (2014), *l'état de l'insécurité alimentaire dans le monde*. Sur <http://www.fao.org>

## II. Problème de recherche

Depuis la crise alimentaire et nutritionnelle de 1970, le Tchad continue à faire face de façon récurrente à des crises nutritionnelles cycliques et prédictibles, notamment en 1973, 1984, 2009 et 2017. En 1997, un plan d'action de lutte contre la malnutrition a été élaboré par le centre national de nutrition et de technologies alimentaire (CNNTA). Ce plan décrit une stratégie de mise en œuvre des programmes de santé, de sécurité alimentaire et d'accès à l'eau potable avec pour objectif de promouvoir un bon état nutritionnel des membres de la communauté. Il en découle de ce plan un guide national de lutte contre la malnutrition aiguë et les carences en micronutriments, qui définit les principales interventions à mettre en œuvre.<sup>15</sup>

Ce phénomène se trouve aggravé par la mutation des réfugiés, des retournés et des déplacés dans toutes ses frontières, faisant peser un risque sur l'accès à une alimentation suffisante et de qualité. Ce fléau se développe davantage, particulièrement dans la bande sahélienne du pays où elle est la cause de plus de la moitié de décès des enfants de moins de cinq ans<sup>16</sup>.

Dans ce cadre, les activités de prise en charge de la malnutrition ont débuté au Tchad en 2004 dans les camps des réfugiés et de déplacés de l'Est du pays. En 2007, l'UNICEF a appuyé le développement du premier protocole national et la mise en œuvre de la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) et les interventions se sont étendues dans les centres de santé du grand Kanem. Depuis lors, il est observé des progrès considérables ambulatoires de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë et les renforcements des capacités du personnel de la santé sur l'ensemble du pays.<sup>17</sup>

De ce qui précède, le gouvernement tchadien a fait du partenariat un élément de la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières pour la mise en œuvre du programme dans le pays. Dans chaque région appuyée, la délégation sanitaire assure la coordination et l'intégration de la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë avec les autres interventions de suivi de l'enfant, en collaboration avec les principaux partenaires que

---

<sup>15</sup> Organisation des Nations Unies pour l'enfance-Tchad, étude de cas 2012, *évaluation de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë*. P12

<sup>16</sup> Politique nationale de nutrition et d'alimentation 2014-2025. Novembre 2013.p19

<sup>17</sup> Ibid.pp21-22

sont les agences des Nations-Unies (UNICEF, PAM, OMS, UNHCR, etc.) et les ONG (ACF, MSF-H, IRC, WOLRD VISION, BASE, ASRADD, etc.).<sup>18</sup>

Depuis le déploiement progressif des activités à grande échelle dans les régions, deux enquêtes nutritionnelles ont été conduites annuellement (tous les six mois) afin d'évaluer les effets du programme. Les enquêtes de l'année (2019) ont montré des résultats qui font état d'une stabilisation de la situation, voire une légère baisse du taux de malnutrition aiguë dans certaines régions, dont la prévalence de la malnutrition aiguë globale au niveau national est de 7,6%, dont 2,0% de la forme sévère. Ainsi, la province d'Abéché présente 12,0% de la malnutrition aiguë modérée et 1,6% de la malnutrition aiguë sévère.

En dépit des efforts fournis par les agences des Nations-Unies, les ONG et le MSP, l'état nutritionnel des enfants demeure préoccupant. Selon les principaux résultats issus des différentes enquêtes (SMART), la prévalence nationale de la malnutrition aiguë globale est de 13,5% chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. D'après l'analyse des résultats du même indicateur par région (strate), la ville d'Abéché, où la prévalence de malnutrition aiguë globale est de 15%.<sup>19</sup>

Toutefois, l'analyse tendancielle des résultats des enquêtes nutritionnelles menées au Tchad depuis 2010 démontrent que les crises sont plus structurelles, avec un effet saisonnier, qui se caractérise par des pics en période de soudure (mai - septembre) de chaque année, suivi d'une accalmie lors de la période post-récolte (octobre-mars). Selon le rapport publié par l'UNICEF, le nombre d'enfants admis dans les centres nutritionnels de la ville d'Abéché a augmenté au cours de quelques derniers mois, bien avant le début de la période de pics soudure.<sup>20</sup>

### **III. Problématique de recherche**

La problématique de la malnutrition infantile n'est pas nouvelle, elle a fait l'objet de nombreuses publications. Etant donné que l'être humain a droit à l'alimentation pour le bien-être de la santé ; qui est le bien-être physique, mental et social. Cette question a intéressé les agences des Nations Unies, les ONG ainsi que le gouvernement tchadien. De nombreux chercheurs des différentes approches ont mis en exergue les facteurs influençant l'état

---

<sup>18</sup> Organisation des Nations Unies pour l'enfance-Tchad, étude...op.cit.p42

<sup>19</sup> Enquête nationale nutritionnelle SMART, rapport 2020.P45

<sup>20</sup> Guide pratique pour l'ouverture d'une unité nutritionnelle pour la prise en charge de la malnutrition aiguë, mai 2009.P102

nutritionnel d'enfants de moins de cinq ans. Cette revue de littérature aborde tout d'abord l'évolution de concept de la malnutrition, et en suite, l'état des écrits sur les déterminants de la malnutrition infantile.

La compréhension et les connaissances dans le domaine de la malnutrition varient souvent d'une spécialité à l'autre. En connaître l'histoire est utile pour comprendre la problématique de la malnutrition.

Une des premières descriptions de la malnutrition remonte en 1865. En effet, deux médecins HINOJOSA et CONDET lors de leurs travaux dans un village mexicain, avaient observés la présence fréquente d'œdèmes chez les enfants dénutris à la période de sevrage. Ils avaient aussi remarqué la présence fréquemment associée de diarrhées et le rôle déclenchant de la rougeole. Ces médecins avaient encore noté que ce tableau clinique différait nettement de celui de la pellagre, déjà bien connue à l'époque même si les enfants qui ont l'œdème avaient un régime de base de maïs. Et ils avaient donc catégoriquement rejetée le diagnostic de pellagre.<sup>21</sup> Selon ces auteurs, au début de XXI<sup>ème</sup> siècle, la malnutrition des enfants devint plus rare en Europe, et ce sont surtout des médecins travaillant dans ce qui était alors des colonies qui décrivent en détail de cas de malnutrition grave. Une de plus anciennes observations vient de l'Annam, correspondant à la partie orientale de Vietnam actuel. On la doit à un médecin militaire français, NORMET, qui avait constaté des œdèmes chez des enfants dénutris et consommant une alimentation à base de riz. Il appela cette maladie, qui correspond au Kwashiorkor dans la terminologie moderne, « a bouffissure d'Annam ». Il soupçonna d'emblée qu'une origine nutritionnelle en était la cause, ayant remarqué qu'elle ne souvenait pas le long des rivières poissonneuses. Déjà ce qui est remarquable, il constata que le niveau sanguin est l'excrétion urinaire d'urée des protéines dans le développement de cette affection.

Deux ans plus tard dans un deuxième article publié dans le Lancet, donne à ce tableau clinique le nom Ghanéen « Kwashiorkor » Ce terme exotique fait allusion au rang de l'enfant dans la fratrie et met en exergue le rôle fréquent du sevrage comme cause déclenchant. Le nom « Kwashiorkor », cité dans une revue déjà à l'époque très diffusée, allait désormais faire partie du vocabulaire médical. Dès ses premières observations Williams, (1935) avait constaté

---

<sup>21</sup> André BRIEND. (1998), *la malnutrition de l'enfant des bases physiopathologie a la prise en charge sur le terrain*, Institut Danone, Bruxelles, pp.17-21. Cité par NAKANABO Nadaogo, dans son mémoire «la malnutrition infanto-juvénile : état des lieux dans la commune rurale de Tangaye dans la province du Yatenga (Burkina Faso) » 2015.

que les enfants souffrant de Kwashiorkor avaient habituellement une alimentation à base de maïs dépourvue de protéines animales. Elle conclut que cette affection pouvait être liée à un manque d'apport protéique, sans véritablement étayer cette hypothèse. Les vingt années ultérieures furent l'occasion d'un débat sur l'existence réelle de Kwashiorkor : certains acteurs, le plus souvent sud-américains, prétendaient que cette maladie, résultait de carences vitaminiques multiples. Ils voyaient dans le Kwashiorkor une forme particulière de la pellagre.<sup>22</sup>

Peu de temps après sa création, l'organisation des Nations Unies pour l'agriculture et l'alimentation (FAO), s'intéresse à la question. En 1952, la FAO publie un rapport qui eut un grand retentissement dans le monde scientifique. Le rapport tentait à démontrer d'une part que le Kwashiorkor était très répandu en Afrique, surtout si l'on tenait compte de ses formes mineures, et d'autre part que la maladie était essentiellement imputable à un régime pauvre en protéines. Ce rapport concluait donc que les carences en protéines représentaient le problème nutritionnel le plus préoccupant en Afrique.

Le terme malnutrition protéique devint alors un terme général appliqué très largement à tous les états de malnutrition observés dans les pays pauvres. En 1968, l'époque de d'Hyderabad travaillant en Inde montrant qu'il n'existait pas de différence de régime entre les enfants qui allait développer ultérieurement un Kwashiorkor et ceux évoluant vers une malnutrition de type marasme. Cette même équipe a également constaté qu'une augmentation de la ration alimentaire des enfants dans des villages permettait d'améliorer leur croissance. Cette modification diététique de nature purement quantitative exerçait donc ses effets sans qu'on touche à la compréhension du régime. Tous ces éléments amenèrent à abandonner progressivement le terme malnutrition protéique en faveur de celui de la malnutrition protéino-calorique puis de la protéino- énergétique.<sup>23</sup>

### **Plan culturel**

Des coutumes néfastes sur le plan nutritionnel concernent les habitudes de puériculture (purger, mettre l'enfant à la diète en cas de rougeole et de diarrhée, leucotomie contre les vomissements). Ce n'est généralement qu'après ce type d'intervention aggravante, et la

---

<sup>22</sup> Williams C.D. (1991), *Kwashiorkor: a nutritional disease of children associated with a maize diet*. Lancet 2, pp. 11-52. Cité par NAKANABO Nadaogo.... op.cit.

<sup>23</sup> GOPALAN C. (1968), *Kwashiorkor and marasmus: evolution and distinguishing figures*, New Delhi Special Publication Series n°9, Nutrition Foundation of India, pp. 49-58. Cité par NAKANABO...op.cit.

présence d'autres manifestations cliniques telles que la diarrhée et les vomissements persistants que les mères d'enfants malnutris amènent leur enfant à l'hôpital. Le retard à consulter est aussi lié aux frais hospitaliers et à l'achat de médicaments, qui sont généralement plus élevés que les interventions traditionnelles, d'aguerrissement ou du marabout. L'hôpital est parfois perçu, en fin, comme un endroit où l'on meurt. Cette tendance à consulter le centre de santé pour des symptômes autres que l'état de dénutrition de l'enfant provient également de la croyance assez répandue, surtout en milieu traditionnel, que l'enfant est bien portant tant qu'il mange, et qu'un enfant « lourd » (avec ou sans œdèmes) est en bonne santé. Les symptômes nutritionnels (amaigrissements, peau plissée, œdèmes, etc..) sont d'ailleurs rarement mis en rapport, traditionnellement, avec une alimentation inadéquate.<sup>24</sup>

Les observations des comportements et interactions enfant-entourage menées dans le cadre de vie individuel et prolongées dans le temps (in situ et en temps réel) nous paraissent les plus appropriées pour renseigner sur l'action spécifique, contextuelle et évolutive de ces facteurs. Les observations éthologiques et longitudinales des interactions précoces sont très fécondes dans une perspective préventive, mais il n'y a qu'un petit nombre des travaux qui utilisent cette approche. Nous pouvons citer d'autres exemples liés à des traditions d'une autre nature que l'on rencontre dans les pays africains telle que la polygamie. Il ressort des études d'Ocholla (1995), concurrence entre les coépouses quant au nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir. En effet, le niveau nutritionnel des enfants issus des familles monogames est plus élevé que celui des enfants issus des familles polygames. La polygamie en Afrique est très prédominante et a tendance à augmenter la parité, la taille des ménages à raccourcir l'intervalle entre naissances, à augmenter ce taux de grossesse à risque et par conséquent favorisent un accroissement des risques de détérioration du statut nutritionnel des nourrissons et des enfants d'âge préscolaire<sup>25</sup>.

La malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans est un problème majeur de santé publique dans les pays en faibles revenus, et contribue de manière significative à la mortalité dans cette tranche d'âge. Le but de ce travail était d'évaluer le profil épidémio-clinique et thérapeutique des enfants malnutris pris en charge au centre de santé de référence de Nara. La malnutrition aiguë demeure fréquente et préoccupante en milieu pédiatrique sahélien. Une

---

<sup>24</sup> Guedeny Antoine, (1986) et François Bouville, (2001). *Etiologies relationnelles de la malnutrition infantile en milieu tropical*. Dans *devenir*, 2003/1 vol.15, p.27-47.

<sup>25</sup> Mazet, Conquy, Latoch, Roseblum. *Autisme et psychoses de l'enfant*, Paris. PUF, (1990).pp74-91

meilleure connaissance des mères sur le sevrage et la diversification alimentaire permettront d'améliorer l'état nutritionnel des enfants.<sup>26</sup>

Ce manuel est destiné à ceux qui s'occupent du problème de la malnutrition protéino-calorique des jeunes enfants. Ce manuel comprend toute une gamme d'autres ouvrages traités des sujets de l'agriculture et du développement communautaire. Ainsi, on estime dans ce manuel que les parents pourraient éviter la malnutrition s'ils employaient l'allaitement et aussi certains aliments locaux d'une manière bien adaptée. La malnutrition protéino-énergétique se manifeste physiquement partout sous les mêmes formes : le marasme et le Kwashiorkor. Trop souvent là où l'on voit la malnutrition, se développe une action pleine de bonnes intentions qui ne répond pas toujours aux problèmes locaux. Une telle action, qu'elle soit agricole, économique, médicale, ou éducative, ne peut se mener à elle seule au résultat escompté : réduire la malnutrition dans la communauté. Les solutions proposées et les interventions nutritionnelles doivent correspondre aux causes locales de la malnutrition. A cet effet, le personnel sanitaire doit se réunir avec les responsables de la communauté pour expliquer la fréquence de la malnutrition, ainsi que les causes constatées par les enquêtes.<sup>27</sup>

Le sevrage est le trait d'union entre l'alimentation du nouveau-né constitué exclusivement du lait et celle des adultes. La santé de l'enfant et sa croissance dépendent complètement de façon dont il a été sevré. La pauvreté nutritionnelle des aliments de sevrage est liée à l'insalubrité entourant leur préparation font que généralement, le sevrage (total ou partiel) correspond au début de la période à haut risque de malnutrition. Cette période de sevrage s'étend du moment où l'on introduit le premier aliment adulte jusqu'à celui où l'enfant ne prend plus du lait maternel comme aliment principal.<sup>28</sup>

Le Niger enregistre régulièrement l'un des taux de malnutrition des jeunes enfants les plus élevés au monde. L'attention accordée à la crise alimentaire de 2005 a permis de rappeler que la malnutrition est un phénomène important et chronique au Niger. Il est très important au préalable de préciser que ce que la biomédecine appelle « malnutrition » n'as pas d'équivalence exacte dans les langues locales. La plupart des mères ne savent pas que leur

---

<sup>26</sup> Fousseyni TRAORE, *prise en charge de la malnutrition aiguë chez l'enfant dans un hôpital secondaire sahélien*. CHU Gabriel TOURE, département de pédiatrie ; centre de santé de référence de Nara.

<sup>27</sup> Judith et Richard BROWN : *la lutte contre la malnutrition*. Un guide au niveau de communauté. Bureau d'études et de recherche pour la promotion de la santé. BP1977 KANGU-Mayombe-République du Zaïre. pp27-55

<sup>28</sup> Benoit Jean, *Anthropologie médicale en société créole*. Paris, PUF, (1994).pp104-119

enfant est « malnutri ». Lorsqu'elles choisissent d'aller dans un centre de santé, c'est parce qu'elles pensent que l'enfant est malade pour d'autres raisons et présente certains signes : diarrhée, vomissement, perte de poids etc.

Ainsi, entre l'épuisement des stocks et la récolte suivante, la période de soudure est un moment de précarité pour toute la famille. Comme certains villages sont enclavés ou l'accès aux soins de santé est difficile, dû souvent par l'absence d'infrastructures et de services publics fonctionnels. Dans certains cas, la malnutrition commence dès le jour de la naissance chez certains enfants dans la mesure où le lait maternel est traditionnellement suspecté, on pense que sa consommation présente des « dangers » pour l'enfant, qui est de ce fait privé de téter pendant trois ou quatre jours. Plusieurs facteurs expliquent la malnutrition ; la méconnaissance de malnutrition comme maladie, position sociale de l'individu, l'absence de planning familial, l'inaccessibilité géographique et financière des soins etc., ainsi que des facteurs d'ordres structurels, d'autres sont saisonniers, périodiques, occasionnels etc.<sup>29</sup>

Selon ces différents auteurs, la malnutrition infantile provient principalement de facteur culturel tel que : le sevrage violent, la pratique de puériculture (purger, diète etc..) sur l'enfant, la polygamie etc. Mais d'après notre collecte des données, ce fléau a plusieurs facteurs ou causes principales dans la ville d'Abéché comme : le manque d'instruction de mère, l'absence de contraception, le divorce, le décès de la mère, la paupérisation du ménage etc. Ainsi, ces auteurs ont développé leurs idées sur un seul facteur comme à l'origine de ce dernier, alors que d'autres auteurs ont développé plusieurs facteurs.

### **Plan économique**

Les femmes travailleuses sont souvent confrontées aux conflits d'intérêt entre le temps de travail et le temps à consacrer aux soins des enfants. L'activité de la femme peut l'amener à écourter la durée de l'allaitement maternel et à pratiquer le sevrage précoce qui est la cause majeure de la malnutrition. Si dans les pays développés, les femmes qui travaillent hors du foyer recourent aux structures organisées pour assurer la garde des enfants, en Afrique subsaharienne, elles n'ont pas d'autres moyen que de confier leurs enfants à leurs frères cadets qui souvent très jeunes ne maîtrisent pas encore les pratiques d'hygiène alimentaire et corporelle, voire à une femme de ménage sans oublier la mère ou la belle-mère. Cela à une incidence négative sur les soins apportés aux enfants notamment concernant son alimentation.

---

<sup>29</sup> Mariatou Koné, *Stratégies des ménages et malnutrition infantile dans la région de Madarounfa*. Dans *Afrique contemporaine* 2008/1 (n°225), P161-197.

L'occupation de la femme constitue une source de revenu nécessaire à l'achat des biens et des services relatifs aux soins en général et à l'alimentation. Dans ce cas, l'exercice d'une activité économique par la mère sera bénéfique à la croissance de l'enfant car l'activité économique peut lui permettre d'avoir un pouvoir d'achat élevé et de renforcer celui de son conjoint. Il s'ensuit un meilleur choix d'aliments à donner à l'enfant.<sup>30</sup>

La relation entre facteurs économiques et l'état nutritionnel a été évoquée par Barbieri (1991), lorsqu'elle affirme que la disponibilité en eau potable et en nourriture garantit un bon équilibre physiologique, ainsi que la présence d'installations sanitaires qui déterminent le degré d'exposition au risque de nombreuses maladies infectieuses et parasitaires sont largement influencées par le niveau de vie du ménage. L'analyse de la malnutrition à Burundi a montré aussi qu'il existe une relation entre le retard de croissance, l'émaciation, l'insuffisance pondérale et la situation économique. 70% des enfants vivant dans les ménages du quintile le plus pauvre souffrent d'un retard de croissance contre 41,4% pour ceux appartenant au quintile le plus riche.<sup>31</sup>

Ce sont des auteurs qui ont relativisé les informations sur la malnutrition : « pour éviter les incompréhensions, il doit être mentionné que la malnutrition nécessite d'être considérée dans un sens relatif plutôt qu'absolu. La question n'est pas en termes de volume de nourriture consommée ou bien dans sa composition nutritionnelle, mais plutôt si cela est adéquat pour les demandes d'énergie que le corps doit satisfaire. En plus de la provision des besoins de fonctionnement métabolique de base, d'énergies suffisantes doivent être disponibles afin de satisfaire les demandes physiologiques pour le travail, les demandes pour alimenter les parasites ou germes présents dans le corps, et les demandes du corps pour résister aux infections. La balance qui est faite entre la consommation nutritionnelle et les résultats énergétiques finaux, est connu comme étant l'état nutritionnel ». <sup>32</sup>

La malnutrition de l'enfant de moins de cinq ans demeure un problème majeur de santé publique en Côte d'Ivoire d'après plusieurs enquêtes nationales. La malnutrition chronique ou retard de croissance en taille résulte de problèmes de santé ou de nutrition chronique aux effets cumulatifs. L'étude a porté sur les ménages où résidait au moins un

---

<sup>30</sup>UNICEF, *l'enfant en Centrafrique. Famille, santé, scolarité, travail*. Questions d'enfance, Kartala, 2004.pp178-212

<sup>31</sup> Marco Antonio BARBIERI. Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers monde. Les dossiers du CEPED.n°18, 1991.pp10-40

<sup>32</sup> JOHN Walter ET Roger SCHOFIELD. *Famine, maladie et ordre social au début de la société moderne*, (1989).pp35-72

enfant de moins de cinq ans. Compte tenu des contraintes de temps, trois départements sur le cinq ont été retenus. Au total, 560 enfants de moins de cinq ans ont pris part à l'étude.

Il est noté qu'en milieu urbain, la malnutrition chronique était plus fréquente chez les enfants qui n'étaient pas allaités jusqu'à l'âge de 2 ans par rapport à ceux qui l'étaient. En milieu rural, la proportion de malnutrition chronique était significativement plus élevée chez les enfants qui consommaient de l'eau non potable, chez ceux qui souffraient de diarrhée et chez ceux dont la mère présentait une émaciation. Les résultats de cette étude témoignent de l'importance de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans au nord de la Côte d'Ivoire surtout en zone rurale. En zone urbaine, elle était associée au type d'alimentation jusqu'à l'âge de 2 ans tandis qu'en zone rurale la malnutrition était plus fréquente en cas d'émaciation de la mère et en cas de présence de fièvre chez l'enfant.<sup>33</sup>

D'après les points de vue de ces différents auteurs, les causes primordiales de la malnutrition infantile proviennent généralement d'une mauvaise situation économique et parfois certaines mères accordent peu du temps aux enfants dues à leur occupation professionnelle en cherchant du pain quotidien. Mais d'après l'investigation sur le terrain, il y a aussi d'autres causes qui sont à l'origine de ce dernier comme : la paupérisation du ménage, l'insalubrité due à la cherté ou manque de l'eau dans la ville d'Abéché surtout dans la période sèche ainsi que la mauvaise récolte due au changement climatique.

### **Plan environnemental**

Longtemps qu'on a cru que la malnutrition infantile provenait principalement d'une carence en nutriment, en quantité et /ou en qualité, au sein du ménage, associé ou non à l'effet de maladies infectieuses. Il a été démontré depuis que ces deux facteurs ne suffissent pas à expliquer la prévalence et la distribution de la maladie. Ceci dit, relativement par peu d'information sur les comportements parentaux spécifiquement liés au développement harmonieux ou mal adapté de l'enfant, notamment en ce qui concerne sa croissance physique et nutritionnelle dans des environnements à risque.

De nombreux cas apparaissent ainsi en milieu urbain sans que la famille ne semble manquer de nourriture. Le paradoxe illustre le principe selon lequel, la malnutrition serait aussi la conséquence d'un environnement familial altéré, et non uniquement un problème

---

<sup>33</sup> Odile Ake Tano, Issaka Tiembere, Yao Eugene Konan, Philippe Donnen, N'CHO Simplicie Dagnan, Kouamé Koffi, Alimata Jeanne Diarra-Nama, Michèle Dramaix, *Malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans au nord de la Côte d'Ivoire*. Dans Santé Publique 2010/2 (vol.22), Pp213-220

organique lié à un déficit nutritionnel. Dans cette optique, la malnutrition serait également due, au-delà des carences en nutriments, à des perturbations d'ordre socioculturelles, familiales et relationnelles. Il est donc vital dans certaines situations d'appréhender la dimension affective des systèmes et des comportements alimentaires de l'enfant, plutôt que de courir le risque de rester dans un registre bio-nutritionnel pour lequel il demeure incompréhensible qu'un enfant refuse de s'alimenter alors qu'il est en danger de mourir de faim. Ce serait méconnaître une participation psychologique décisive dans l'éclosion et l'aggravation d'états morbides tels que les intolérances alimentaires et les malnutritions protéino-caloriques.<sup>34</sup>

Ici dans cet ouvrage, l'auteur affirme que la malnutrition serait d'une conséquence environnementale et non un problème organique lié à un déficit nutritionnel. Alors qu'en réalité, la situation nutritionnelle provient dans plusieurs domaines dans la ville d'Abéché, tel que : l'absence de contraception, le sevrage précoce et le mauvais revenu des parents ainsi que les mauvaises précipitations des dernières décennies qui est à l'origine de ce fléau. Donc l'auteur dans son ouvrage a développé un seul aspect seulement, alors y en a plusieurs.

### **Plan social**

Ce guide a la nécessité entre autres d'insister sur les rapports en énergie aussi bien dans la prévention que dans le traitement de la malnutrition, l'importance de l'introduction de matières grasses pendant la période du sevrage et la nécessité de donner à l'enfant dès que possible de nourriture solide de type adulte. Ainsi, dans certaines ethnies en Afrique de l'Ouest et Subsaharienne, l'enfant ne reçoit pratiquement pas de bouillies et passe directement du lait maternel à l'alimentation du type adulte. Celles-ci correspondent pourtant à un besoin pour l'enfant et cette pratique à des conséquences désastreuses sur son état nutritionnel. Si l'enfant vit dans une famille où l'on prépare traditionnellement des bouillies, celles-ci sont souvent faites d'un seul aliment, mil le plus souvent en zone sahélienne. Ces bouillies en règle générale ne suffisent pas à couvrir les besoins en énergie d'un enfant. Inversement, si la mère prépare des bouillies plus épaissées et plus nourrissantes, l'enfant « cale » après quelques bouchées, bien avant que ses besoins soient couverts.

---

<sup>34</sup> Jean François Bouville, *la malnutrition infantile en milieu urbain africain : études des étiologies relationnelles*. Paris, Harmattan, 2003.pp19-40

L'étude des représentations de la maladie permet, d'emblée, de comprendre la difficulté d'un dialogue entre des interlocuteurs qui n'ont pas les mêmes catégories de pensée. Pour Briand, dans le cas de la malnutrition, la principale difficulté réside dans le fait que les populations ne l'associent pas à un problème alimentaire : c'est une maladie. Les causes primordiales de la malnutrition proviennent de facteur social tel que : séparation des parents, décès de la mère, contraception, sevrage brutal et autres.<sup>35</sup>

Bien que reconnue comme l'une des principales causes de mortalité infantile et comme un frein incontestable au développement, la malnutrition est encore en marge des politiques de santé des pays africains. Un tel paradoxe est d'autant plus étonnant que les discours internationaux soulignant les enjeux de cette problématique se multiplient depuis une quinzaine d'années. La malnutrition est un problème plus complexe qu'il n'y paraît, lié évidemment à la santé, mais aussi plus largement à la sécurité alimentaire, à l'assainissement et à des comportements sociaux inadéquats. Face aux questions que pose la malnutrition, les réponses sont pour l'instant beaucoup trop diffuses et désorganisées. Les multiples interventions, tant internationales que nationales, se focalisent sur une approche opérationnelle. Cette méthode est ponctuellement efficace, notamment dans le cadre d'urgences, mais ne peut être durable et applicable à grande échelle. Il s'agit donc d'entamer une nouvelle réflexion autour de cette problématique, une réflexion a même de proposer une réponse structurelle, hors de toute logique d'acteurs intéressés, et ramenant la malnutrition au cœur de la définition des politiques de santé.<sup>36</sup>

A travers le monde, et essentiellement dans les pays du sud, 20 millions d'enfants naissent chaque année avec un poids insuffisant, et 6 millions mourront avant l'âge de cinq ans. Près de 180 millions d'enfants de moins de cinq ans souffrent globalement de malnutrition chronique, 112 millions étant considérés comme en « sous-poids ». Cette notion est construite à partir de l'interprétation d'une série d'indicateurs utilisés par les agences humanitaires et qui portent sur les corrélations entre poids, taille et âge. Cependant, on ne peut en tirer aucune conclusion définitive permettant de dire s'il s'agit d'une situation de malnutrition chronique ou de malnutrition aiguë. Il faudrait, en effet, examiner chaque cas individuellement pour déterminer si la taille de l'enfant est inférieure à la normale ou s'il

---

<sup>35</sup> André BRIEND, *Prévention et traitement de la malnutrition*, éditions de l'ORSTOM, 1997. pp27-38

<sup>36</sup> ETIENNE Faubert., *La malnutrition dans les pays africains ou les limites structurelles des politiques de santé*. Dans *santé internationale*. (2011), pp. 377-385.

s'agit de son poids. De fait, une différenciation est à faire entre les deux formes de malnutrition. La « chronique » a pour conséquence principale un retard de croissance lié à l'histoire nutritionnelle de l'enfant, mais il résulte à l'origine soit d'une déficience cumulée sur le long terme en micronutriments, soit d'épisodes répétés de maladies ou de malnutrition « aiguë ». Précisément, cette seconde occurrence est la plus grave puisqu'elle reflète un statut nutritionnel en profond déséquilibre. Deux sous-catégories y coexistent : la « modérée » (ou le rapport entre le poids et la taille est compris entre 70 % et 80 % du ratio normal) et la « sévère » (rapport poids/taille inférieur à 70 % du ratio normal).<sup>37</sup>

La malnutrition infantile est une cause de mortalité élevée dans les pays en voie de développement. Selon cet auteur, les causes de la malnutrition sont connues et la maladie, dans de nombreux cas, « cliniquement » curable. L'enfant est confronté à un « cercle infernal » qui peut avoir parfois une issue fatale : amaigrissement, diarrhées, infections, etc. Dans bien des cas, ce processus est interactif et plurifactoriel. Dans une perspective thérapeutique, médecins et nutritionnistes favorisent des protocoles ou la prise en charge de l'enfant n'est pas uniquement médicale, mais globale même si certaines divergences s'observent selon les politiques de santé des pays du tiers monde. Malgré les consignes, de nombreux projets de récupération nutritionnelle échouent. L'enfant est « cliniquement » guéri mais retombe malade peu après le retour de l'hôpital, et les animateurs se plaignent de la non observance de leurs recommandations par les familles.<sup>38</sup> Dans le premier cas, la relation soignant/soigné est incriminée : le personnel médical a des difficultés à répondre aux interrogations des mères, a l'anxiété générée ou à l'origine de la maladie de l'enfant, à comprendre les problèmes d'organisation socio-familiale qu'impliquent leur recommandation alimentaire etc. Ainsi, depuis un certain nombre d'années, la notion de « négligence sociale » a été évoquée par des chercheurs en sciences sociales américains (anthropologues, démographes) comme pouvant exercer une influence sur la malnutrition.

Des études menées dans différentes régions d'Afrique ont montré que la mauvaise qualité des aliments de suppléments expliquerait en grande partie les taux de malnutrition relativement élevés qu'on observe. Il affirme à ce propos que la qualité des aliments joue un rôle important sur le statut nutritionnel des enfants. L'aliment de complément doit comprendre les farines, les aliments solides, les légumes, les œufs, la viande et les fruits, etc.,

---

<sup>37</sup> Philippe RYFMAN, *Perspectives historiques et enjeux contemporains*, (2011) n°13, P.60-70.

<sup>38</sup> Bonnet DORIS, *La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant*. Sciences sociales et santé. Dans présentation. Vol. 14, n°1, mars 1996.pp239-252

riches en micro nutriments. Lors que l'aliment de complément est pauvre, l'enfant est exposé à des risques élevés d'infections. En effet, en plus de l'allaitement au sein, une alimentation bien préparée, bien conservée et bien administrée à l'enfant à partir de quatre mois, augmente les capacités de résistance du système immunitaire à mieux défendre l'organisme contre les infections et les maladies.<sup>39</sup>

Les milieux urbain et rural sont diamétralement opposés en ce qui concerne les modes de vie et les types d'activités. Ces disparités se traduisent par des risques inégaux d'exposition à la malnutrition entre les populations urbaines et rurales. La proportion des enfants malnutris est en général plus élevée en zone rurale qu'en zone urbaine. Au Cameroun, la proportion des enfants présentant des carences nutritionnelles est de 32% en milieu rural contre 15% en zone urbaine (EDSC-II, 1998). L'avantage de la ville par rapport à la campagne s'explique par la disponibilité et la diversité des produits alimentaires sur le marché, par le niveau d'instruction plus élevé, par la présence des infrastructures socioéconomiques, socioculturelles et des équipements sanitaires. C'est dans les villes et en particulier dans les grandes villes que se concentrent les hôpitaux de référence. Du fait de la disponibilité de ces équipements, il est plus facile de mettre en œuvre des mesures de santé publique en ville que dans les campagnes. Une étude des Nations Unies (1985) a montré que l'avantage des enfants des cadres sur les enfants des autres catégories socioprofessionnelles inférieures est plus important en milieu urbain qu'en milieu rural. Cela s'explique en partie par l'accès en ville d'un éventail de choix des aliments plus important qu'en milieu rural. Le milieu de résidence exercerait ainsi une influence sur la pratique alimentaire des mères.<sup>40</sup>

La malnutrition des enfants est imputable à un certain nombre de facteurs, à savoir l'ignorance des populations des vrais besoins en matière d'alimentation et cela a pour conséquences le déséquilibre nutritionnel dont les enfants sont les premières victimes. Il y a une confusion entre plénitude gastrique et le fait de bien manger. Il faut ajouter à cela une série d'interdites alimentaires privant les enfants de certains nutriments essentiels. Le problème de sevrage se pose avec le décès de la mère ou de l'altération du lait maternel. En outre, la

---

<sup>39</sup> Akoto Eliwo, *Déterminants socioculturels de la mortalité des enfants en Afrique noire*. Hypothèses et recherche d'explication, Academia, Louvain-La-Neuve, 1993, pp269-279

<sup>40</sup> Dakam Ngatchou, (1987), *Les causes et les déterminants de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique tropicale*, Thèse de Doctorat en Démographie, Paris, INED, pp449-560

séparation des parents oblige un sevrage brutal, l'enfant passe ainsi du lait maternel au plat familial.<sup>41</sup>

Selon ces auteurs, les causes principales de la malnutrition proviennent de facteur social tel que : séparation des parents, décès de la mère, contraception, sevrage brutal et autres. Tandis qu'il est relevé d'autres causes comme : l'activité de la mère, le manque d'instruction de la mère, le mauvais revenu de parent, facteur environnemental etc. Donc qu'il est rarement de voir un seul facteur qui serait à l'origine de ce dernier.

De tout ce qui précède, dans le cadre de ce travail, portant sur le thème « dynamiques d'acteurs nationaux et internationaux face à la recrudescence de la malnutrition infantile au Tchad : cas de la ville d'Abéché », notre problématique s'annonce comme suit : qu'est-ce qui cause la persistance et l'accroissement de la malnutrition en dépit des actions menées par les acteurs dans la lutte contre la malnutrition infantile dans la ville d'Abéché ? Ainsi, de cette problématique, se dégagent quelques questions qui ont guidé cette recherche lors de la collecte des informations sur le terrain.

#### **IV. Questions de recherche**

Toute recherche en sciences sociales et particulièrement en sociologie, nécessite que le chercheur parte d'un questionnement qui est en réalité un fil conducteur de sa recherche. Raymond Quivy et Luc Campenhoudt rappellent que « la question de départ constitue normalement un premier moyen de mise en œuvre d'une des dimensions essentielles de la démarche scientifique ». <sup>42</sup>

Ainsi, pour soutenir l'argumentation, nous partons d'une question principale qui se décline en trois questions secondaires.

##### **IV.1. Question principale**

Qu'est-ce qui explique la recrudescence de la malnutrition infantile dans la ville d'Abéché après une décennie de prise en charge des patients par les différents acteurs ?

---

<sup>41</sup> Joaquin Cravioto et Elsa de Licardie, *La malnutrition chez l'enfant : les répercussions sur l'individu et la collectivité*. Revue Tiers Monde, 1975/ 63/ PP. 525-549.

<sup>42</sup> Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt: *Manuel de recherché en sciences sociales* 3<sup>eme</sup> édition, Paris. Dunod, 2006. P27

## IV.2. Questions secondaires de recherche

**QS1.** Quelle est la cartographie des acteurs intervenant dans la lutte contre la malnutrition infantile dans la ville d'Abéché ?

**QS2.** Quels sont les facteurs primordiaux favorisant la malnutrition infantile dans la ville d'Abéché ?

**QS3.** Comment les acteurs capitalisent-ils l'approche collaborative et intégrative face aux défis de lutte contre la malnutrition ?

## V. Hypothèses de recherche

Selon Madeleine GRAWITZ ; une hypothèse « *est une proposition de réponses à la question posée* ». Cette proposition de réponse ne signifie pas une explication achevée, mais un canevas à infirmer ou à confirmer après recherche sur l'objet d'étude.<sup>43</sup> Dans le cadre de cette étude, l'hypothèse générale ou primaire peut être formulée comme suit.

### V.1. Hypothèse principale de recherche

La recrudescence de la malnutrition infantile est causée par la paupérisation des ménages, le manque de suivi des enfants, la négligence sociale et le sevrage violent. Du coup, plusieurs mères des enfants malnutris vendent les nutriments comme (Plumpy-Nut et Plumpy-Cit<sup>44</sup>) distribués pour l'accroissement de leurs enfants.

### V.2. Hypothèses secondaires de recherche

- Pour éradiquer la malnutrition infantile dans la ville d'Abéché, plusieurs acteurs nationaux et internationaux sont mobilisés pour apporter leur soutien indéfectible. Ces acteurs sont entre autres : UNICEF, PAM, PUI, BASE, ASRADD et MSP.
- Les facteurs sont d'ordres socioculturels, socioéconomiques et environnementaux. Tel que : le traumatisme lié au sevrage soudain, l'absence de contraception, la pratique de puériculture et la mauvaise pratique d'alimentation des mères et des enfants.
- Face aux défis de lutte contre la malnutrition, tous les acteurs collaborent et travaillent conjointement pour un seul but qui est l'éradication de la malnutrition. Ils mènent leurs actions indirectement au niveau de CNT CNA et CNS dans la ville d'Abéché.

---

<sup>43</sup> Madeleine GRAWITZ, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 11<sup>ème</sup> édition, 2001, P. 398

<sup>44</sup> Plumpy-Nut ou Plumpy-Cit, est un produit dédié à la réhabilitation nutritionnelle des enfants à partir de 6 mois et des adultes souffrant de malnutrition aiguë sévère et modérée.

## VI. Cadre théorique et méthodologique

Selon Madeleine GRAWITZ, « *La méthode est un ensemble des opérations intellectuelles permettant par laquelle une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, le démontre et le vérifie* ». Pour vérifier ces hypothèses, il partait d'une approche pratique qui combine plusieurs méthodes<sup>45</sup>.

### VI.1. Cadre théorique

Selon MENDRAS, « *il n'y a pas d'observation de la réalité sociale sans minimum de théorie au départ, celle-ci constituant un manuel intellectuel pour comprendre et rendre compte de la réalité étudiée* ». Dès lors, la théorie se présente comme un système explicatif que l'expérimentation confirme ou non. Dans le cadre de la présente étude, il est convoqué deux modèles théoriques à savoir : l'analyse stratégique et l'approche dynamiste et critique, qui semblent les plus appropriés dans l'analyse, la compréhension et l'explication de ce thème de recherche.<sup>46</sup>

### VI.2. Analyse stratégique

Le courant analyse stratégique est développé par Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG dans leur étude sur le fonctionnement des organisations qu'ils étendent à tout système social. Cette analyse repose sur les concepts de pouvoir, de zone d'incertitude et de système d'action concret. Il existe dans les organisations des relations de pouvoir dans lesquelles les individus sont impliqués, afin de tirer le maximum de bénéfices des situations qui se présentent à eux, élaborent des stratégies en fonction de leurs possibilités ou de leur marge d'action.<sup>47</sup>

Les acteurs interviennent dans un système, l'organisation qui doit et peut s'ajouter à des contingences et des changements de natures diverses. Cependant il n'existe pas d'ajustement naturel c'est-à-dire automatique et incontrôlé mais uniquement des construits, ce qui suppose la présence d'une intentionnalité. Pour Crozier et Friedberg, ces mécanismes assumés constituent le système d'action concret. Si l'on retient comme idée ou concept initial, qu'un système est un ensemble d'éléments en interrelation en vue de répondre à une finalité, on peut écrire que ces acteurs (pris au sens d'éléments) sont globalement interdépendants. Ils

---

<sup>45</sup> Madeleine GRAWITZ, *Méthodes...* op.cit.p35

<sup>46</sup> Henri MENDRAS, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, Paris, Armand Colin, 1996, P.11.

<sup>47</sup> Crozier MICHELEt Erhard Friedberg, *l'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris, Seuil, 1977.

montrent que l'individu s'insère dans un contexte et que son action individuelle entre dans un ensemble d'actions, d'interactions. Par leurs travaux individuels, par les sous-groupes dont ils font partie, ils concourent à animer et à faire vivre/survivre une organisation. Cette interdépendance ne signifie pas pour autant une interaction : le fait que deux actions se coordonnent dans le but de remplir un objectif ne suppose pas forcément que les acteurs à l'origine de ces actions travaillent effectivement de concert, c'est-à-dire internationalement. L'analyse stratégique va de ce fait reconnaître l'existence de rationalités multiples. Car il y a autant de rationalités que d'acteurs, ou que de groupe d'acteurs. Ainsi, ce courant part de la constatation de base qu'aucun individu qui accepte d'être traité totalement et uniquement comme objet du fonctionnement ou de l'accomplissement des buts d'un système. Ainsi, quatre principes fondent l'analyse stratégique.

-L'acteur a une marge d'action : l'acteur est autonome. Son comportement est hésitant, il n'est pas déterminé à l'avance, il est porteur de sens. L'acteur est opportuniste et s'adapte aux circonstances. Il a sa propre logique d'action. Il existe des zones d'incertitude au sein des organisations et entre les organisations et leur environnement. Tout n'est pas rationalisé.

-L'acteur a une « rationalité limitée » : l'acteur choisit la meilleure solution à l'instant « t » dans une situation « s ». La situation dans laquelle il évolue n'est pas une entité abstraite, au contraire elle provient d'actions et réactions des uns et des autres, elle est un « construit social ».

- L'acteur négocie avec les autres le pouvoir : le pouvoir est une relation entre acteurs et non pas l'attribut de certains acteurs. Le pouvoir réside dans la marge de liberté de chacun des acteurs inscrits dans ce jeu de relations sociales, d'interactions.

Partant du postulat selon lequel, tout acteur social dispose d'une marge de manœuvre lui permettant de continuer le système, cette approche théorique nous a permis dans le cadre de notre recherche, a analysé les stratégies mises en œuvre par les différents acteurs nationaux et internationaux afin de faire face à la recrudescence de la malnutrition infantile dans la ville d'Abéché. Cette théorie aide davantage l'analyse, la compréhension et la persistance ou la recrudescence de ce fléau.

### VI.3. L'approche dynamiste et critique

L'approche dynamiste et critique dont la paternité peut être aisément attribuée à Balandier GEORGES, est une théorie qui se démarque par l'analyse critique des réalités sociales en particulier les mécanismes de domination symbolique et matérielle de classe.

Pour Balandier, tout aussi s'inscrit contre la conception ethnologique traditionnelle des premiers ethnologues européens notamment Claude LEVI-STRAUSS et Lévy-Bruhl qui considéraient donc les sociétés africaines comme des sociétés stables, statiques, sans histoires, incapables de tout mouvement donc inertes au changement pour affirmer qu'« aucune société n'est stable, toute société est dynamique par essence ». Toute société quelle qu'elle soit connaît à un moment ou à un autre de son histoire des mutations, des changements, des transformations dans ses structures sociales, changements qui bouleversent le cours de son évolution. A la lecture du découvreur de Brazzaville noire, il est désormais clair que les sociétés africaines ne sont pas des « sociétés statiques et immobiles évoluant en marge de l'histoire et de la civilisation. » Ces sont des sociétés en mouvements, dynamiques sujettes au changement.<sup>48</sup>

Ainsi, Touraine ALAIN, soutient que les sociétés ne sont pas des entités stables, inertes et donc immuables, mais plutôt des entités changeables, évanescentes et partant marquées du double sceau de l'historicité et du dynamisme. C'est non sans pertinence que l'auteur soutient : « la sociologie n'existe qu'à partir du moment où les sociétés ne sont plus situées par rapport à un ordre qui leur est extérieur. Mais saisies dans leur historicité, dans leur capacité de se produire ».<sup>49</sup>

Quant à l'aspect critique de l'approche dynamiste, celle-ci est héritière de l'école de Francfort dans les années 1930. Développée en sociologie par des auteurs tels que, Balandier GEORGES, Jean ZIEGLER, Berger PETER, etc. Cette perspective théorique a pour vocation de mettre en évidence deux aspects de la réalité, à savoir :

-L'aspect officiel : c'est-à-dire, la couche superficielle, l'interprétation communément acceptée, ou, encore, l'explication de surface, qui sert d'indicateur de la croyance idéologique ; c'est le visible, l'apparent et l'officiel.

---

<sup>48</sup> Balandier GEORGES : *sens et puissance. Les dynamiques sociales*, Paris, Nathan, 1971.

<sup>49</sup> Touraine ALAIN : *Pour la sociologie*, Paris, Seuil, 1974, P 88.

-L'aspect officieux : c'est-à-dire, la couche profonde, c'est l'interprétation cachée, ou encore, l'explication de fond, qui sert de révélateur de la vérité sociale ; c'est l'aspect invisible des réalités sociales.

A partir de ces deux niveaux de lecture de réalité sociale, le courant critique de la sociologie permet de démasquer, dévoiler, démystifier, décrypter les stratégies des acteurs, afin de découvrir le sens caché des pratiques et les logiques des rapports qui les sous-tendent. Dans cette perspective, nous concevons avec Berger PETER que : « les façades ne nous apprennent strictement rien. Elles témoignent seulement d'une caricature conforme aux goûts d'un groupe ou d'une classe, les systèmes sociaux se cachent derrière ces façades. Le désir de pénétrer ces mystères s'apparente de très près à la curiosité sociologique ». <sup>50</sup>

En effet, si le discours officiel occulte la réalité sociale, nous concevons avec Jean ZIEGLER que : « l'objectif premier de la sociologie est de faire critique permanente, inlassable, rigoureuse des superstructures, de multiples organisations, de rapports de production matériel, symbolique qui freinent, bloquent la libre créativité des hommes et les privent ainsi d'une part essentielle de leur vie ». <sup>51</sup>

Au cours de cette recherche, la posture de la sociocritique a été employé pour découvrir et mettre en évidence le système de gestion des aliments nutritifs par les différents responsables qui sont chargés par la distribution de ces derniers aux enfants malnutris de la ville d'Abéché.

Cette approche critique nous a permis également dans ce travail à travers lequel son utilisation paraît importante à relever et de dévoiler au-delà du fonctionnement de responsables et de leur dysfonctionnement en matière de gestion de nutriments.

#### **VI.4. Techniques de collecte des données**

Par collecte des données, on entend l'approche systématique qui consiste à réunir et à mesurer des informations en provenance de sources variées, afin d'obtenir une vue complète et précise d'un domaine d'intérêt. Selon QUIVY Raymond et VAN Luc Campenhoudt, la collecte des données « constitue la mise en œuvre de l'instrument d'observation [et] consiste à recueillir ou rassembler concrètement les informations prescrites auprès des personnes ou

---

<sup>50</sup> Berger PETER et Luckman THOMAS, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin, 1966.P103

<sup>51</sup> Jean ZIEGLER, *Retournez les fusils ! Manuel de sociologie d'opposition*, Paris, seuil 1980, P30

unités d'observation retenues dans l'échantillon<sup>52</sup> ». Il s'agit ici d'une étude quantitative et qualitative ou d'une étude mixte. Ainsi, les différents outils qui étaient mobilisés pour collecter les informations sur le terrain sont : entretien directif ; observation directe, recherche documentaire et questionnaire.

### **1- Entretien directif**

C'est la seule forme où le degré de liberté du répondant ou de l'enquêté est le plus réduit. C'est presque un questionnaire que l'on fait passer oralement à la seule différence que l'enquêté répond comme il souhaite à la question posée.

Dans le cadre de cette recherche, l'entretien directif, a permis d'interroger les responsables de différents organismes, les nutritionnistes et les mères des enfants malnutris ainsi que tous ceux qui sont impliqués dans la lutte contre la malnutrition dans la ville d'Abéché.

### **2- Observation directe**

Dans l'observation directe, le chercheur est physiquement présent face à son objet observé, il regarde se dérouler, construire ou se reconstruire en temps réel. Selon toutes les techniques de recherche utilisées en sociologie, l'observation est peut-être la plus importante<sup>53</sup>. Il faut dire que pour le chercheur, l'observation doit faire appel à tous ses sens (la vue, l'odorat, le touché, l'ouï etc.).

Le choix sur l'observation directe, préalablement d'assister ou d'observer pendant ou au moment de distribution des nutriments et de médicaments aux enfants malnutris dans les centres de santé et dans d'autres sites de distribution dans la ville d'Abéché.

### **3- Recherche documentaire**

Elle est définie par Bernard BERELSON comme une « technique de recherche pour la description qualitative et quantitative du contenu manifeste de la communication ». La documentation naturellement est incontournable en matière de recherche, en ce sens que le chercheur doit d'abord prendre connaissance des travaux élaborés dans le domaine où s'inscrit son thème de recherche. La recherche documentaire est un outil de collecte de l'information consistant à recueillir des informations des différentes natures (textuelles, graphiques, statistiques etc.

---

<sup>52</sup> Quivy RAYMOND et Luc Van CAMPENHOUDT...op.cit.p73

<sup>53</sup> CAPLOW Theodore, *l'enquête sociologique*, Paris, Armand Colin, 1972, PP150-151

Cette recherche documentaire s'est étendue à la consultation des plusieurs documents écrits, au nombre desquels se trouvent des rapports d'évaluations, des thèses, des articles, des mémoires, des livres de tout genre, sont susceptibles d'aider cette recherche. Ainsi, le parcours de ces documentations dans différents centres et bibliothèques tel que : bibliothèque de l'Université Catholique de l'Afrique Centrale (UCAC), bibliothèque de l'Association des Etudiants de Faculté des Arts Lettres et Sciences Humaines (AEFALSH), du Centre Catholique Universitaire (CCU), Cercle- Psycho-Philo-Socio-Anthropo ainsi que d'autres documents commandés et empruntés ont été consultés.

La recherche documentaire est une étape de travail à réaliser avant de se lancer dans une étude empirique. Elle permet de collecter des données informatives grâce à l'étude de documents officiels ou universitaires. Elle vise à identifier et localiser des ressources informationnelles déjà traitées, soit par des individus soit par les machines. Cette recherche a permis de recueillir des données factuelles et existantes pour répondre aux questions qui ont été posées.

#### **4- Questionnaire**

Le questionnaire est une technique d'enquête qui permet d'accueillir des informations en interrogeant directement le sujet. Ils répondent à la nécessité de construire à partir d'un ensemble des réponses des indicateurs préalablement définie en fonction de la méthodologie de recherche. La « passation » peut avoir plusieurs forme (individuelles ou collectif, écrite, orale, ou à distance). Ils peuvent comporter des questions ouvertes, des questions fermées, ou une combinaison des deux.

Pour ce fait, cet outil a permis d'interroger un nombre important d'individu en vue de recueillir d'informations auprès de la population mère. Concernant la taille de l'échantillon, nous avons enquêté 200 mères ou accompagnantes des enfants malnutris dans les cinq centres de prise en charge dans la ville d'Abéché. Par ailleurs, les questionnaires ont été administrés pendant 3 semaines, allant du 20 juillet au 11 août 2021.

## 5- L'échantillonnage

Notre échantillonnage porte sur la technique probabiliste ou aléatoire. Elle est une technique qui consiste à « donner à chaque individu non seulement une chance connue et non nulle d'être choisie, mais aussi une chance égale ». Elle implique un véritable tirage au hasard. Ainsi, dans le cadre de cette étude, il était privilégié l'échantillon stratifié, cela consiste à diviser la population à étudier en sous population ou strate, puis à tirer aléatoirement un échantillon dans chacune des strates de notre population mère.

Pour ce fait, cet échantillon, a permis d'interviewer un nombre important d'individu en vue de recueillir d'informations sur le sujet de recherche. Concernant la taille de l'échantillon, nous avons pu interviewer dans l'ensemble 25 enquêtés dans le cadre de cette recherche.

**Tableau n° 4:** sources orales

Catégories des répondants	Mode d'entretien	Nombre de répondants
Responsables des ONG	Entretien directif	06
Responsables de centres des distributions	Entretien directif	04
Relais communautaires	Entretien directif	05
Mères des enfants malnutris	Entretien directif	10
Total		25

## VII. Définition des concepts opératoires

DURKHIM Emile dans son ouvrage intitulé *les règles de la méthode sociologique*, affirme que : « la première démarche du sociologue doit être de définir clairement les choses doit-il traite, afin que l'on sache bien de quoi il est question. C'est la première, la plus indispensable condition de toute preuve et toute vérification ». <sup>54</sup>

**-Abéché :** elle est la troisième ville du Tchad après la capitale N'Djamena et Moundou la capitale économique du pays. Elle est le chef-lieu de la région du Ouaddaï et du département de Ouara. Son économie repose essentiellement sur le commerce et le vente de bétail.

**-Acteur :** Les sciences sociales contemporaines proposent plusieurs profils de l'acteur faisant correspondre à chacun d'eux, des modes d'action et des marges de liberté différents.

---

<sup>54</sup> DURKHEIM Emile, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Harmattan, 1985, P21

En général, le concept d'acteur évoqué non pas l'image d'un automate, mais, au contraire désigne un être doué de raison, disposant d'une certaine marge d'autonomie et porteur de valeurs, de projets et d'intentions.<sup>55</sup>

L'auteur passe en revue quatre (4) modèles essentiels qui oscillent entre plusieurs pôles qui font de l'acteur un être plus ou moins socialisé, plus ou moins autonome, guidé par ses intérêts ou piégé par sa subjectivité. Il accorde un concept ' ' d'idéaltype ' ' de Weber, l'origine d'une typologie aujourd'hui en vogue dans les analyses de l'action sociale, modifiée et affinée successivement par Parsons et Habermas. Dans « Economie et Société », Weber distinguait en effet, quatre (4) logiques d'action (pouvant par ailleurs coexister dans un même phénomène) : l'action traditionnelle, rattachée aux normes sociales ; l'action rationnelle, impliquant l'adéquation entre fins et moyens, et l'action rationnelle, orientée par des valeurs où le sujet défend des idéaux sans forcément chercher l'efficacité. Voici les quatre (4) modèles proposés :

- 1) L'homo economicus, promu par les tenants de l'utilitarisme anglais qui a conçu une doctrine morale et sociale dans laquelle l'homme est motivé essentiellement par ses intérêts privés qu'il chercherait à maximiser. Il correspond au profil du bourgeois égoïste et calculateur qui suppose ses coûts et ses avantages avec prudence.
- 2) Le stratège. Certains sociologues proposent cette acceptation plus complexe et réaliste (Crozier, Boudon, Friedberg). Si l'acteur conserve les caractéristiques principales de l'homo economicus, il possède surtout une autonomie d'action et est capable de faire des choix, mais il est aussi aux prises avec la logique d'un système qu'il a contribué à forger. Loin d'être loué d'un redoutable esprit de logique, cet acteur se contente de trouver des solutions acceptables à ses problèmes, dans le cadre des informations toujours partielles dont il dispose. Il est raisonnable plutôt que rationnel.
- 3) L'acteur engagé : héros ou militant. Dans cette conception du sujet, un acteur est celui qui agit au nom de valeurs, il combat sans calculer de façon prudente le solde de ses coûts et bénéfices et souhaite donner à sa vie un sens qui ne résume pas à la somme de plaisirs personnels. Le mouvement social est ici une notion clé

---

<sup>55</sup> Weinberg ACHILLE, *L'acteur et ses logiques*. Hors-série (ancienne formule) N°9-Main/Juin 1995. Cité par Nsoa...op.cit.

en tant qu'acteur collectif ou groupe organisé porteur d'une forte identité et d'un projet de transformation de la société.

- 4) L'acteur hyper-socialisé. Il est le prisonnier de ses rôles parce qu'il est un comédien soucieux de l'image qu'il donne de lui (Goffman) ou bien, il est sous le poids de "l'habitus", structurant des conduites (Bourdieu). Certains psychologues sociaux rappellent aussi que l'acteur est en fermé dans le moule de ses rôles par fort processus d'intériorisation des normes sociales.

- **Dynamique** : Au sens large, elle désigne ce qui implique un mouvement, une transformation et s'oppose à statique.<sup>56</sup>
- **Malnutrition** : par « malnutrition », on entend les carences, les excès ou les déséquilibres dans l'apport énergétique et /ou nutritionnel d'une personne.<sup>57</sup> Ce terme couvre trois (3) grands groupes d'affections.

La dénutrition, qui 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 ;

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).

- **Malnutrition infantile de 0-5 ans** : elle est définie comme un état pathologique résultant de la carence ou l'excès, relatif ou absolu, d'un ou plusieurs nutriments essentiels. Son évolution est très variable selon la gravité, la durée et l'âge auxquels elles suivent : plus l'enfant est jeune, plus sa vitesse de croissance est rapide et plus il est vulnérable. La malnutrition est plus souvent constatée à travers les mesures de poids et de hauteur relatives à une norme d'enfants américains du même âge. Les variations de poids tendent à refléter des déficiences nutritionnelles récentes, tandis que les variations de taille sont davantage liées à des déficiences chroniques. Le poids-pour-âge de la classification de Gomez est la mesure la plus employée en Afrique

---

<sup>56</sup> YVES Alpe, *Lexique sociologique*, 4<sup>ème</sup> édition, Dalloz, 2013, P110.

<sup>57</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2006. *Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition*. P 96-100

subsaharienne, associée parfois à une évaluation de la courbe de croissance pour détecter les formes chroniques. Selon cette classification, la malnutrition sévère, modérée ou légère correspondant, respectivement, à l'UNS poids-pour-âge inférieure ou égale à 60 %, de 61 à 75 %, et de 75 à 90 % de la norme de référence.<sup>58</sup>

## **VIII. Délimitation spatio-temporelle**

La délimitation spatiale et temporelle est indispensable dans tout processus de recherche. Les exigences méthodologiques de la discipline sociologique voudraient qu'un sujet soit situé dans un espace précis et respecte une chronologie bien déterminée.

### **1- Délimitation temporelle**

Cette recherche s'est intéressée à une thématique d'actualité qui est la malnutrition infantile. Ainsi, la phase de l'enquête de cette étude s'est débutée le 15 juillet 2021 et s'est achevée le 18 septembre de la même année.

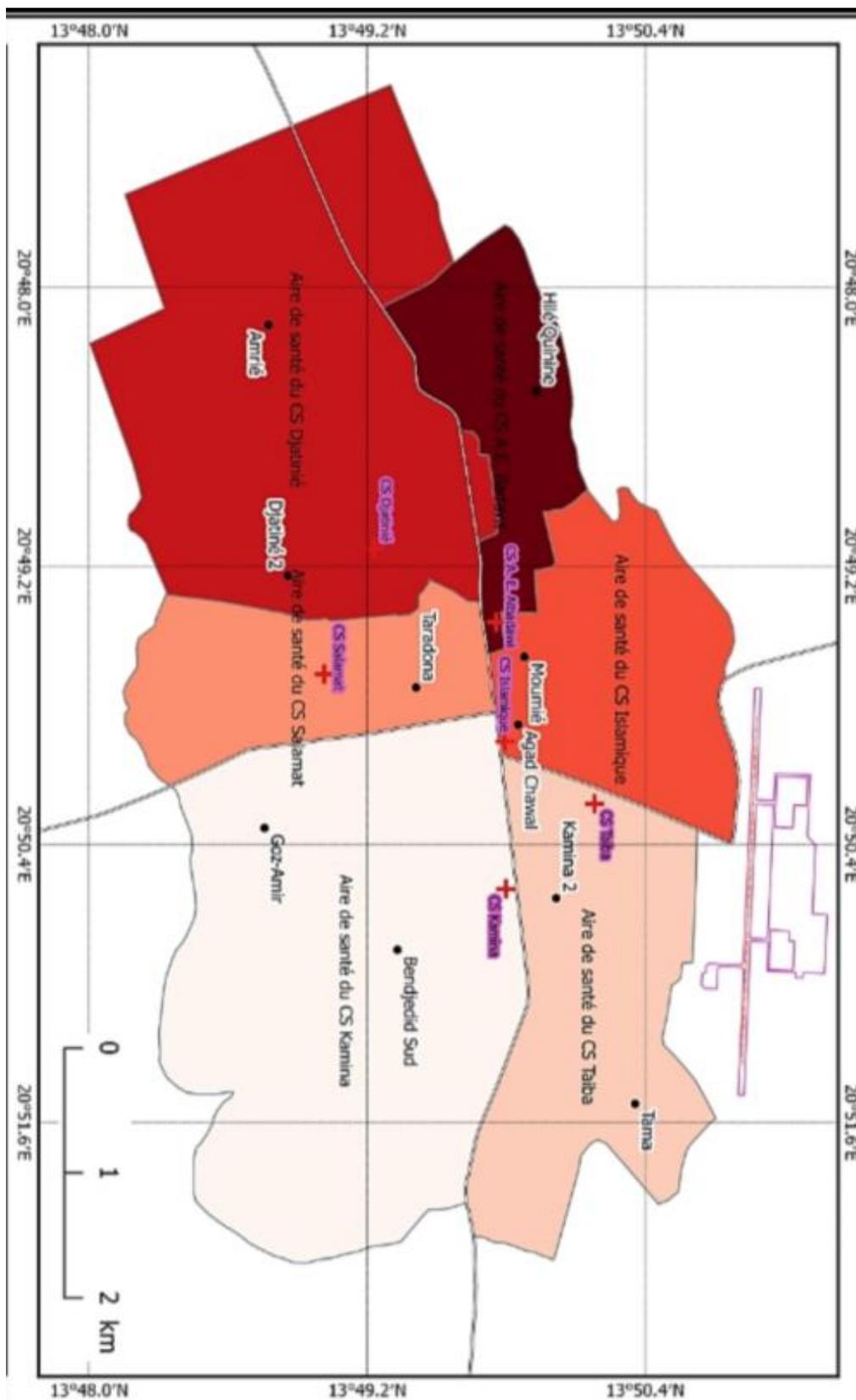
### **2- Délimitation spatiale**

Cette recherche s'est déroulée dans la ville d'Abéché, est une localité située à l'Est du Tchad. Elle est un département de Ouara et chef-lieu de la région du Ouaddaï. L'enquête s'est déroulée précisément dans cinq centres de distribution ou de prise en charge des enfants malnutris qui sont : centre de santé Salamat, centre de santé Djatinié, centre de santé Tayba, centre de santé Ahmat Al-Badawi et l'hôpital central d'Abéché.

---

<sup>58</sup> Michel Chauliac et Masse-Rainbault Anne Marie, *Etat nutritionnel : interprétation des indicateurs*. Paris : centre international de l'enfance, 1989, P73

Carte n° 1 : Carte de la ville d'Abéché



Source : Revue espace territoires sociétés et santé

## **IX. Plan du travail**

Ce travail est organisé en 4 chapitres plus une introduction générale et une conclusion générale. Chaque chapitre est divisé en quelques parties dont chacune a des sous parties ayant sous idées développées. Ceci a pour but de respecter les normes méthodologiques.

Le chapitre 1 est intitulé grandes crises alimentaires et nutritionnelles au Tchad. Il présente les sécheresses et crises alimentaires et nutritionnelles depuis les années 1970 jusqu'aux années 2018, comme sources majeures de la malnutrition dans ce pays.

Le chapitre 2 titré les acteurs nationaux et internationaux intervenant dans la lutte contre la malnutrition infantile dans la ville d'Abéché. Dans ce chapitre il avait présenté quelques acteurs qui sont en action sur le terrain pour lutter contre ce dernier.

Chapitre 3 quant à lui intitulé les facteurs contribuant à la malnutrition infantile dans la ville d'Abéché. Ici, il a pu ressortir les différents facteurs explicatifs qui contribuent énormément à l'accroissement de la malnutrition dans cette zone de recherche.

Enfin le chapitre 4 traite l'analyse des actions des acteurs face aux défis de lutte contre la malnutrition infantile. Tout d'abord, il présente la prise en charge intégrée de la malnutrition infantile et la participation communautaire dans le but de lutter contre la malnutrition infantile.

**CHAPTRE I : GRANDES CRISES ALIMENTAIRES ET  
NUTRITIONNELLES AU TCHAD**

Déjà à peu près un demi-siècle que le Tchad a connu tout au long de son histoire, des sécheresses plus ou moins prononcées. Celle de 1973 et 1984 ont été jugées les plus sévères<sup>59</sup>. Ainsi, les événements douloureux que le Tchad a connus durant la même période, ont fortement contribué à singulariser sa situation par rapport à celle des autres pays sahéliens. Egalement victimes des périodes de sécheresse de ces dernières décennies. La famine du début des années 1970 en Afrique sahélienne a suscité de multiples études sur la faim et la malnutrition au sahel, à un moment où ces phénomènes étaient largement sous-estimés par les acteurs institutionnels. Cette brusque production de savoirs a renforcé un effet de crise, quand leur enjeu résidait aussi dans la mise en valeur d'un problème alimentaire chronique.

C'est à partir de la famine du début des années 1970, selon les termes du démographe John CADWELL, qu'on se met à parler des « *pays sahéliens [...] pour se référer, comme le veut l'usage des Nations unies, au Sénégal, à la Mauritanie, à la Haute-Volta, au Niger et au Tchad, encore qu'à proprement parler, la majeure partie leurs populations vivent en dehors du sahel* ». Alors que le « sahel » était jusque-là un terme bioclimatique désignant la zone de transition entre Sahara et la zone soudanaise, il devient un terme géopolitique désignant un ensemble de pays africains dont l'un des dénominateurs communs est la faim. C'est dans le contexte de la famine qu'un large public découvre, par le biais de la presse internationale et des campagnes humanitaires, que cette partie du monde est affectée par de graves difficultés alimentaires. C'est également dans ce contexte que les institutions de développement font de la sécheresse et de l'alimentation plus des questions parmi d'autres, mais le problème central de l'Afrique centrale. L'effet de découverte paraît même jouer dans le champ scientifique : si la « géographie de la faim » n'accordait qu'une place de second rang au continent africain dans les années 1960, plusieurs ouvrages concourent à ériger « la faim au sahel » comme un objet spécifique au milieu des années 1970.<sup>60</sup>

Dans ce présent chapitre nous allons présenter les différentes crises alimentaires et nutritionnelles que le Tchad a connu depuis les années 1970 jusqu'à celle de 2017-2018.

---

<sup>59</sup> *La seconde communication nationale du Tchad sur les changements climatiques*. Rapport, Juin 2012

<sup>60</sup>Bonnecase VINCENT, *Retour sur la famine au Sahel du début des années 1970 : la construction d'un savoir de crise*. Politique africaine n°19 octobre 2010.p113

## I. Sécheresse de (1970-1973)

La période de la sécheresse (1970-1973) en Afrique tropicale n'est pas étudiée par les auteurs que pour l'année 1972 et uniquement en ce qui concerne la hauteur des précipitations annuelles et les débits observés dans les principales rivières<sup>61</sup>. C'est en 1973 que le monde industrialisé a pris conscience des conséquences dramatiques de trois années « à pluviométrie déficitaire » sur l'économie des pays situés immédiatement au Sud Sahara. La presse, la radio, et la télévision ont multiplié les reportages et tout dernièrement un premier bilan était publié : pour les six pays de l'Afrique francophone qui sont concernés par ce dernier (Tchad, Sénégal, Mali, Burkina Faso, Niger et Mauritanie). Le déficit en produits céréaliers atteindrait 600 000 tonnes et la mortalité du bétail se chiffrerait par millions de têtes<sup>62</sup>. Ce phénomène s'est étendu en Afrique sur une très vaste zone qui va du Sahara aux régions équatoriales et traverse tout le continent africain de l'Ouest et de l'Est. Des données précises sont fournies pour les totaux annuels des précipitations dans les stations les plus représentatives, les volumes annuels qui se sont écoulés dans les principaux cours d'eau, les valeurs maximales des débits et les valeurs minimales après la crue de 1972. En général, qu'ils examinent les précipitations ou les débits, qu'ils trouvent que la période de retour d'une telle sécheresse est de l'ordre de 50 ans.<sup>63</sup> Certaines régions ont été relativement épargnées avec des périodes de retour de 10 ans ou même de 3ans, d'autres par contre, ont été plus sévèrement touchées.

Cependant, les premiers travaux nous montrent aussi comment les végétaux et les animaux sahéliens autochtones s'adaptent au manque d'eau prolongée ; ils nous font entrevoir également comment la nature reprend ses droits quand les pluies deviennent plus abondantes. Cette recherche se continue en 1974 et l'on peut raisonnablement en attendre de précieuses indications qui permettront peut-être d'éviter à l'avenir certaines erreurs qui ont considérablement aggravé un phénomène qui a dû se reproduire déjà un certain nombre de fois dans le passé.

### 1. Productions agricoles et crises alimentaires

Les statistiques vivrières constituent le principal indicateur utilisé au début des années 1970 pour évaluer les niveaux d'alimentation des populations sahéliennes, comme c'étaient

---

<sup>61</sup> Joseph Alphonse Rodier et Maurice ROCHE (1973). *La sécheresse actuelle en Afrique tropicale*, quelques données hydrologiques, hydrological sciences journal, pp.411-418.

<sup>62</sup> François Bourlier, revue d'écologie, la terre et la vie 1974 n°1.pp49-51

<sup>63</sup> Ibid.p56

déjà le cas sous la période coloniale.<sup>64</sup> Pareil critère d'évaluation est étroitement lié aux priorités alors affichées en termes de politique alimentaire, que ce soit à l'échelle nationale ou internationale, l'objectif essentiel résidant dans l'augmentation de la production vivrière. Or, l'aptitude de ces statistiques à circonscrire l'état nutritionnel des populations paraît limité : en 1973, elles ont davantage confirmé rétrospectivement l'existence d'une crise qu'elles n'ont permise de la prévenir.

L'essentiel des données vivrières des pays sahéliens provient alors des services nationaux de l'agriculture. Ceux-ci établissent chaque année un bilan des récoltes qui, outre sa finalité de surveillance alimentaire, s'inscrit dans le cadre plus global de l'évaluation des richesses nationales et du développement économique. Si la précision de ces bilans céréaliers semble témoigner d'une forte maîtrise de la situation alimentaire, elle est en fait largement aléatoire au regard de la manière dont les chiffres sont établis. Ils reposent en effet sur les déclarations des agents locaux de l'agriculture, chargés de mesurer chaque année l'extension des cultures dans leur circonscription. Les données spatiales sont ensuite centralisées au ministère de l'agriculture où leur est appliqué un coefficient de rendement moyen, fonction de la pluviométrie annuelle. Ces évaluations sont loin d'être systématiquement réactualisées, ainsi que le montre le report courant, dans une même circonscription, des mêmes chiffres d'une année à l'autre : le chiffre précédent tend à faire jurisprudence pour un même agent agricole, à tel point qu'une brusque fluctuation annuelle traduit parfois non pas une évolution de la production mais un changement d'agent. Il existe peu de données alternatives à ces estimations nationales. Les principales d'entre elles remontent au début des années 1960. L'organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) lançait alors son deuxième programme décennal de recensement agricole, lequel était le premier à toucher les pays francophones d'Afrique de l'Ouest.<sup>65</sup>

Si les statistiques vivrières signalent à partir de 1968, dans l'ensemble des pays sahéliens, un fléchissement de la production corrélatif à la baisse des précipitations, ce n'est qu'au cours de l'année 1973 qu'elles s'effondrent véritablement. Cet effondrement se fait toutefois en plusieurs temps, comme si les chiffres étaient revisités à la lumière d'autres éléments que les données transmises au départ par les agents locaux de l'agriculture.<sup>66</sup>

---

<sup>64</sup> Vincent Bonnacase, *Retour sur la famine...*op.cit.p 122

<sup>65</sup> Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, *retour sur la famine au Sahel*, Août 1973. Sur <https://www.carin.info>

<sup>66</sup> Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, *La famine...*op.cit. p 32

Or, l'année 1973 est précisément celle qui voit se déployer une aide internationale d'envergure pour faire face à la famine, après que les chefs des gouvernements sénégalais, mauritanien, malien, voltaïque, nigérien et tchadien ont lancé un appel conjoint, le 26 mars pour que le Sahel soit déclaré sinistré par la communauté internationale.<sup>67</sup> Sans parler d'instrumentalisation systématique des chiffres, ceux-ci ont dans ce contexte une finalité éminemment pratique : ils expriment un besoin auprès des bailleurs internationaux. Revisiter les statistiques vivrières à la baisse comme c'est le cas au Mali, c'est tirer vers le haut aide alimentaire. La production de ces chiffres est ainsi l'objet de véritables négociations, au milieu de l'année 1973, entre les gouvernements sahéliens et la direction de FAO suppose coordonner les secours. Lorsqu'en 1973, Marcel Ganzin, directeur de la Division des politiques alimentaires et de la nutrition de la FAO, tire un bilan de l'aide nécessaire, il revoit systématiquement à la baisse l'évaluation des besoins céréaliers établie par les gouvernements sahéliens<sup>68</sup>. Cette relecture est justifiée par le « danger » que présente l'introduction d'une quantité excessive de céréales étrangères dans des pays vivant essentiellement de l'agriculture, vu l'effet dissuasif qu'une telle introduction aurait sur les producteurs locaux. Dans un contexte de forte incertitude de l'information vivrière, les statistiques n'ont finalement pas tant pour fonction d'évaluer l'ampleur de la crise que de peser sur les mesures prises pour y faire face.

Aujourd'hui, lorsqu'on regarde l'évolution de la production vivrière telle qu'elle peut être retracée dans les séries longues, des services statistiques des pays sahéliens, la crise du début des années 1970 apparaît évidente : des courbes bien lisses font apparaître une diminution à partir de 1968, un pic négatif en 1973 et une inversion de tendance à partir de 1975.<sup>69</sup> Cette « évidence » n'a cependant pas été perçue comme telle par les acteurs institutionnels au moment où les chiffres étaient établis. Alors que les statistiques vivrières font souvent autorité pour décrire rétrospectivement, faute de données alternatives, l'évolution de la situation alimentaire dans les pays africains, elles ne sont pas toujours prises au sérieux, dans leur fonction descriptive, par leurs contemporains.

---

<sup>67</sup> Ibid.

<sup>68</sup> ANBF, 9V 326, CILSS/FAO., *Rapport sur la situation nutritionnelle dans le sahel affecté par la sécheresse*, par Marcel Ganzin, août 1973.

<sup>69</sup> Vincent Bonnacase, *Retour sur la famine...*op.cit.p93

## 2. Enquêtes sur la malnutrition

Les premières grandes études portant sur l'impact nutritionnel de la sécheresse en Afrique sahélienne datent de 1973. Si de nombreux rapports internationaux sont écrits sur la question durant ces années-là, rares sont ceux qui reposent sur des données de première main : ils se réfèrent tous aux mêmes enquêtes de référence, constituant en cela « *une littérature à la fois très abondante et limitée [dont] le principal caractère [...] est la répétitivité* ». <sup>70</sup> Ces enquêtes ont pour point commun de partir du postulat d'une brusque dégradation de la situation alimentaire dans le contexte de la sécheresse. Elles sont en même temps incapables d'évaluer ce qu'aurait dû être l'alimentation des populations sahéliennes dans des conditions climatiques habituelles, faute de recherches équivalentes menées avant que la famine ne se manifeste. <sup>71</sup>

Ce corpus, tout en démontrant la présence de problèmes nutritionnels dans les zones étudiées, ne permettait pas pour autant d'attester l'existence d'une sous-alimentation globale. Les matériaux empiriques sur lesquels reposaient les enquêtes amenaient en outre à les utiliser avec prudence. Pour ne prendre que l'exemple de la zone nomade, principalement touchée par la sécheresse au début des années 1970, seules les données disponibles avant 1973 émanent d'une étude réalisée en 1965 sur 67 chefs de famille interrogés et observés chacun pendant trois jours. Les responsables de l'étude, Remy CLAIRIN et Fernand GANON, indiquent à son terme que « la présence d'une haute, en l'occurrence l'enquêteur, bouleversait totalement les habitudes des ménages ». <sup>72</sup> Si les rations calculées, comprises entre 1850 et 2900 calories par jour et par adulte, apparaissent « plausibles » aux enquêteurs, ceux-ci précisent bien qu'on « ne saurait affirmer qu'ils sont absolument exacts ».

Le savoir nutritionnel établi en 1973 est donc véritablement nouveau au regard de ces précédents. Trois études menées au cours de l'année font ainsi référence. A ces trois enquêtes, on peut ajouter le rapport sur la situation nutritionnelle dans le sahel, écrit en août par Marcel Ganzin pour la FAO. Il ne comporte pas de recherches originales mais fait la synthèse de

---

<sup>70</sup> Caldwell John., *La sécheresse dans le Sahel et ses conséquences démographiques*, séminaire du programme africain de l'école des affaires internationales, Carleton university, Ottawa, mars 1975

<sup>71</sup> Ibid.

<sup>72</sup> Vincent Bonnacase., *Retour sur la famine au Sahel...*op.cit.pp62-65

différentes enquêtes sur la consommation alimentaire et l'état sanitaire des populations, menées dans la première partie de l'année 1973 par les services de santé des pays sahéliens.<sup>73</sup>

Ce dernier rapport, est exemplaire de la difficulté à mesurer le caractère catastrophique de la situation dans le contexte de la sécheresse. Pour chaque pays sahélien, Marcel Ganzin s'interroge sur la « *couverture des besoins caloriques et des besoins protéiques dans les conditions normales et habituelles* ». Il mobilise pour cela les savoirs « hors crise » sur les niveaux d'alimentation des populations sahéliennes.

Cette difficulté à se référer à une norme antérieure à la sécheresse apparaît plus patente encore lorsque les enquêteurs appuient leurs recherches sur des critères cliniques. C'est le cas des enquêtes nutritionnelles menées à partir de 1973 : elles constituent à examiner un échantillon d'enfants pour y relever le rapport poids-taille ou un ensemble de données biométriques et de les rapporter à des « normes standard » est extrêmement volatile ; outre que les résultats peuvent considérablement évoluer selon qu'on choisit tel ou tel critère biométrique, le taux des indicateurs utilisés sur la dénutrition qui mesure une insuffisance quantitative et le taux de la malnutrition protéino-énergétique qui mesure à la fois une insuffisance qualitative et quantitative, sont eux-mêmes tributaires de définitions sans cesse revisitées par les nutritionnistes.<sup>74</sup>

Globalement, le constat d'une faim répandue en Afrique sahélienne apparaît bien établi à l'issue de l'année 1973, même si son ampleur diverge d'une étude à l'autre. La question reste cependant de savoir à quel point ce problème est lié à la sécheresse. Si nul ne conteste que l'état de dénutrition mesuré en 1973 soit plus grave qu'à l'accoutumé, personne n'est en mesure de préciser dans quelle proportion, la situation antérieure apparaissant rétrospectivement comme très mal connue.<sup>75</sup>

### **3. Réaction tardive des chefs d'Etats sahéliens face à la famine**

En 1974, Sheets et Roger dénoncent, dans un ouvrage très médiatisé, la lente réaction des gouvernements sahéliens et des organismes internationaux face à la famine qui touche le Sahel. De ce fait, les gouvernements Sahéliens ont tardé à faire appel à l'aide internationale, ce qui amène John ILIFFE à parler de « dissimulation délibérée » pour des raisons de

---

<sup>73</sup> Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. *La situation mondiale de l'alimentation et l'agriculture*, Rome, 1974.P73

<sup>74</sup> Ibid.p75

<sup>75</sup> Vincent Bonnacase., *Retour sur la famine au Sahel...*op.cit.p97

« prestige ». Cette réaction tardive tient cependant d'abord à la nature des savoirs sur lesquels les gouvernements se sont fondés pour juger de la situation. Ces savoirs se caractérisent par leur dimension fortement empirique, alors qu'il existe au début des années 1970, des indicateurs statistiques supposés donner la mesure de la situation alimentaire dans les pays sahéliens et, le cas échéant, prévenir une situation de crise, la perception de la famine par les pouvoirs publics sahéliens repose d'abord sur une accumulation de signes tangibles émanant des populations.<sup>76</sup>

#### 4. Conséquence de la sécheresse

En 1973, la question du nombre de morts de la famine occupe une place centrale pour juger de la gravité de la crise. En effet, on retrouve la même forme d'incertitude en matière de savoir démographique. Alors que cette dernière n'est pas encore résorbée, les chiffres n'ont pas seulement une fonction descriptive, ils peuvent justifier une action par exemple, celle que les organisations internationales auraient menée pour éviter le pire ou au contraire la dénoncer comme insuffisante. Mais quelles que soient les divergences, chacun s'accorde sur la difficulté à prendre la mesure de la situation.<sup>77</sup>

La plus élevée des estimations produites dans la première partie des années 1970 sur les conséquences démographiques de la famine au Sahel avance le chiffre de 100 000 morts.<sup>78</sup> Celui-ci est présenté en août 1973 par les chercheurs du center for Disease Control comme le « plafond de décès dus à la famine » au Sahel. Ce chiffre, largement repris dans la presse africaine et étrangère, apparaît également dans les ouvrages écrits sur la famine au milieu de la décennie. La démographe australienne Helen WARE a cité comme « limite supérieure absolue », limite dont elle juge « peu probable » qu'elle ait été atteinte. En France, il est repris dans qui se nourrit de la famine en Afrique ? Ainsi que dans la sécheresse et famine du Sahel où, pour Christine MESSIANT, les morts dépassent certainement 100 000 en 1973 et on estime que 200 000 à 300 000 personnes sont menacées en 1974.<sup>79</sup>

Ce chiffre de 100 000 morts, à peine avancé, fait en même temps l'objet de larges critiques. Pour le démographe John CADWELL, qui contribue à l'ouvrage collectif dirigé par David Dalby et Ronald Harrison Church, il n'est que « le fruit de l'imagination ». Dans un

---

<sup>76</sup> Hal Sheets et Roger Morris., *Désastre au désert, la sécheresse en Afrique Occidentale : échec des secours internationaux*, 1974. Compte-rendu Bugnicourt Jacques. Revue tiers monde, 1978.pp37-39

<sup>77</sup> Vincent Bonnacase., *Retour sur la famine au Sahel...*op.cit. P73

<sup>78</sup> John CADWELL., *La sécheresse dans le sahel...*op.cit.p43

<sup>79</sup> Ibid.p47

rapport établi en décembre 1973, pour le conseil de la population du conseil économique et social des Nations Unies, il affirme que « rien ne justifie la généralisation du taux de mortalité le plus élevé à l'ensemble de la population sahélienne, même pour une limite supérieure ». Il ne suppose pas moins qu'il s'agit « d'une des sécheresses les plus meurtrières que l'Afrique ait connue ». Marcel Ganzin met quant à lui en cause ce dernier point. Dans la conclusion du rapport qu'il écrit en août 1973 pour la FAO, il affirme qu'« il n'y a probablement pas de décès causés par les effets directs de la famine ». Il reconnaît en revanche des « effets indirects » liés à une fragilisation des populations devant des épidémies « probablement plus importantes » qu'à l'habitude.<sup>80</sup>

Cette divergence de positions apparaît également dans les études effectuées à l'échelle locale. La plus citée dans les rapports internationaux est menée sous la direction de Ralph FAULKINGHAN et de Peter THORBAHN dans un village nigérien de l'arrondissement de Madoua. Jusqu'à l'issue de la crise, la question des morts de la famine en Afrique sahélienne reste ouverte. « Quelles conclusions peut-on tirer de l'accroissement du taux de mortalité dû à la sécheresse du début des années 1970 ? », demande le démographe John CADWELL en 1975. « Essentiellement que personne ne sait exactement quelle est la situation ». Un consensus se dessine sur le fait que la famine affecte davantage les enfants que les adultes, les nomades que les sédentaires, ainsi que le nord que le sud des territoires, davantage en 1974 qu'en 1973. Mais l'importance de la surmortalité n'est pas avérée. L'organisation des premiers recensements généraux dans les territoires sahéliens, à partir de 1975, ne permet pas de trancher sur ce point.<sup>81</sup>

Ainsi, nous avons voulu montrer que cette brusque mise en lumière de la faim en Afrique sahélienne, loin de ne découler que de la dégradation réelle des conditions d'alimentation des populations en période de sécheresse, a aussi été le fait d'une nouvelle production de savoirs sur un phénomène jusqu'alors sous-estimé.<sup>82</sup> L'application d'un certain nombre d'acteurs institutionnels, en 1973, à définir rétrospectivement la norme à l'aune de laquelle évaluer la situation est significative de la manière dont ces savoirs ont participé à la mise en forme de la famine : celle-ci a paru d'autant plus grave qu'était grande l'ignorance de la faim ordinaire. A un moment où l'on parle beaucoup de « crise alimentaire mondiale », on pourrait s'interroger sur cette propension des savoirs à fonctionner par coups et à présenter

---

<sup>80</sup> ANBF, 9V 326, CILSS/FAO., *Rapport sur la situation...*op.cit.pp103-107

<sup>81</sup> Ibid.110

<sup>82</sup> Hal Sheets ET Roger Morris., 1974..., op.cit.p221

sous le prisme de la catastrophe des phénomènes chroniques, au-delà du cas du Sahel du début des années 1970, l'histoire du traitement institutionnel de la faim en Afrique au cours de ces quarante dernières années est ainsi jalonné de phases de soudaines focalisations institutionnelles qui ne dépendent pas seulement d'évolution réelle des conditions d'alimentation des populations africaines.

## **II. Sécheresse de (1984-1985) au Tchad**

Au début de l'année 1984 que le Tchad a connu la deuxième sécheresse le plus sévère de son histoire, qui a causé plusieurs cas des morts, des personnes déplacées ainsi que de cas de malnutrition. Elle est décrite comme le pire enregistré depuis un siècle. Plus de 2000 personnes sont mortes de la malnutrition dans les trois (3) derniers mois, avec un déplacement de population dépassant maintenant le chiffre de 150 000.<sup>83</sup> Un grand nombre de ces personnes est concentré dans la région de N'Djamena, et des rapports font état d'une certaine instabilité au sein des populations affamées.

Le 02 novembre 1984, le secrétaire général des Nations Unies a chargé le Bureau du Coordinateur des Nations Unies pour les secours en cas de catastrophe (UNDRO) de mobiliser immédiatement l'assistance internationale afin de venir en aide au gouvernement tchadien qui fait face actuellement à une situation critique due à une grave sécheresse. Situé dans la zone sahélienne et saharienne, sa situation géographique qui a évité les déplacements supplémentaires des populations.<sup>84</sup> Evacuation en cours des camps du « mur de N'Djamena » pour réinstallation des déplacés sur les sites agricoles. Des vivres ont été distribués aux plus nécessiteux, néanmoins le nombre de victimes a augmenté rapidement dans les prochains mois, et déplacements massifs ne pourront être évités que si une action rapide accompagnée de moyens matériels et supports logistiques. Les moyens de communications s'améliorent grâce au travail d'équipes mobiles qui communiquent régulièrement à N'Djamena des informations sur la situation des différents départements. Ainsi, la situation s'aggrave continuellement et le nombre de personnes assistées augmente dans la zone sahélienne.

### **1. Mutation de la population**

Suite aux déplacements de populations affectées vers le sud du pays, on dénombrait mi-mars dans les régions du Sahel, 112 791 déplacées, 96 247 réinstallées, 259 400 fixes sur les lieux d'origine. On estime que la population totale sinistrée dans le Sahel est à 1 500 000

---

<sup>83</sup> Situation 1-12. UNDRO-Tchad : *sécheresse et guerre civile*, rapport de novembre 1984.p39-43

<sup>84</sup> Ibid.p50

dont 468 438 sont assistées. Dans les régions du Sud, 91 000 assistées. Les régions les plus affectées sont : Batha avec camp d'Ati comptant 15 000 personnes dont 200 hommes valides seulement ; Kanem, Biltine, Ouaddaï, Chari-Baguirmi et Mayo Kebbi.<sup>85</sup>

Le 07 mai 1985, l'exode des populations se poursuit vers les centres d'assistance alimentaire en dépit des efforts de fixations lancé en avril par SECADEV, UNICEF et CARE. Dans le Sahel, la population sinistrée stationnaire avec la zone de fixation au camp d'Ati comptant 30 000 personnes en situation sanitaire préoccupante. Opération de recensement en cours pour fixer la population déplacée dans les zones d'origine avec la distribution de vivres sur place<sup>86</sup>. L'assistance actuelle est distribuée à :

**Tableau n° 5:** données d'assistance distribuée aux personnes en exode au Centre.

Personnes déplacées	205050
Personnes réinstallées	42150
Autres sinistrées	518 200

**Source :** situation n°5, rapport du 28 janvier 1985.

Dans le même mois, une stabilisation de l'exode des populations vers les camps de regroupement s'amorce. Le camp d'Ati est en train d'être démantelé. Des mesures de réintégration des populations dans leurs villages d'origine et distributions de semences sont prévues dans les quinze prochains jours avant la saison des pluies. L'assistance est distribuée à :

**Tableau n° 6:** données d'assistance distribuée aux personnes en exode au Camp d'Ati.

Personnes déplacées	252 514
Personnes réinstallées	42 150
Autres personnes sinistrées	621 122

**Source :** situation n°5, rapport du 28 janvier 1985.

En juillet 1985, la saison des pluies a amorcé, pluviosité enregistrée depuis le premier juillet, est supérieure à celle répertoriée à la même période de 1984 sur l'ensemble du territoire et au-dessus de la normale de 30 années d'observation. La pluviométrie favorise le retour des populations valides. Le camp d'Ati est démantelé avec le transfert des personnes

---

<sup>85</sup> Situation., 1-12 UNDRO...op.citpp11-98

<sup>86</sup> Situation n°5, rapport du 28 janvier 1985 : *Tchad- sécheresse et guerre civile*. P21.

dans leur village d'origine où leur intégration dans les projets de réinstallation. Un groupe de cent personnes sollicitées de la municipalité de N'Djamena son rapatriement vers les régions du Batha et du Guera. Ensuite, les pluies se détériorent gravement les axes routiers retardant les distributions des vivres et semences. Les localités Salamat, Guera et Ouaddaï ont été inaccessibles pour les convois routiers. A Bongor (Mayo kebbi) le pont sur le Logone est coupé.<sup>87</sup>

En août de la même année, la saison des pluies se poursuit bien, des bonnes conditions pour le développement de semences dans toutes les zones agricoles. Si la pluviosité favorable continue, la prévision de bonnes récoltes céréalières.<sup>88</sup> Ainsi, vu la distribution des semences insuffisante dans certaines régions, et une partie de la population déplacée n'a pas pu semer, dans quelques zones les problèmes nutritionnelles vont persister. Un nombre important des personnes affectées par ce dernier en zone sahélienne et soudanienne environ 1,5 million comprenant 500 000 personnes déplacées et 45 000 réinstallées.<sup>89</sup> De retour des personnes déplacées vers leurs places d'origine en cours en conditions de pluviosité favorable. 4000 personnes déplacées à N'Djamena sollicitent le retour à Ati et Oum Hadjer (Batha).

Cependant, la pluviométrie enregistrée jusqu'à mi-septembre 1985 reste déficitaire par rapport à la normale de l'année 1983, mais largement excédentaire à celle de 1984. La Récolte du Sorgho a débuté dans le sud et zone sahélienne et le mil dans la zone Sahel du pays. Des lacs et rivières retrouvent au niveau antérieur de la sécheresse. L'abondance de l'eau et des pâturages permet le redémarrage des activités pastorales. Aucune maladie parasitaire signalée, les éleveurs regagnent leurs villages d'origine, personnes touchées par la sécheresse toujours estimées à 1,5 million inclus 500 000 déplacées.<sup>90</sup>

## **2. Demande d'aide alimentaire**

A la demande du gouvernement tchadien, l'UNDRO délègue un fonctionnaire pour assurer la liaison avec les agences spécialisées de Nations unies et les ONG, pour déterminer les besoins prioritaires. Une autre mission regroupant le FAO et PAM est en train d'évaluer la situation alimentaire. Ensuite, la mission d'évaluation FAO/PAM qui a terminé ses travaux le

---

<sup>87</sup> Situation n°11, rapport du 22 août 1985 : *Tchad- sécheresse et guerre civile*. P79

<sup>88</sup> Ibid.p81

<sup>89</sup> Situation n°7, rapport du 21 mars1985 : *sécheresse et guerre civile au Tchad*. P 39

<sup>90</sup> Situation n°12, rapport du 09 octobre 1985 : *Tchad-sécheresse et guerre civile*. P93

1<sup>er</sup> novembre 1984, a évalué l'aide d'urgence requise pour 1985 à 100 000 TM.<sup>91</sup> Les secours qui serviront à couvrir les besoins de 1 458 000 personnes touchées seront repartis de la manière suivante :

- Pour une période de six mois en faveur de 948 000 personnes dans la zone sahélienne ;
- Pour une période de quatre mois en faveur de 510 000 personnes dans la zone soudanaise.

250 000 TM doit être cheminés immédiatement et 75 000 TM doivent être envoyés avant le mois juillet 1985.

En janvier 1985, le gouvernement du Tchad demande à la communauté internationale d'accélérer l'envoi d'aide d'urgence alimentaire qui devrait arriver avant la saison des pluies (juillet 1985). L'envoi du reliquat 25 000 tonnes de l'aide de 1984 et 25 000 tonnes d'aide de 1985 est particulièrement urgent.<sup>92</sup> Ainsi, le Ministère de la Lutte Contre les Calamités Naturelles (MLCCN) a créé un comité d'action de l'aide alimentaire d'urgence. En effet, le PAM informe sur ces besoins de campagne, 280 000 tonnes, dons annoncés et qui totalisent 123 000 tonnes, dont 96 000 prévues pour arriver avant mai 1985 par le port d'Apapa.

Le total d'arrivages des vivres de mois de juillet 1985 est de 18 220 tonnes dont 4140 tonnes est arrivé à Ndjamena par Cameroun, 7080 tonnes sont arrivées par Nigeria et 7000 tonnes à N'Gaoundéré pour expédition dans le Sud.<sup>93</sup> Selon PAM, la totalité d'aide alimentaire reçue au Tchad du 1<sup>er</sup> novembre 1984 au 20 août 1985 est à 146 300 tonnes de céréales alimentaires et 15 500 tonnes d'autres aides alimentaires (huile, lait, sucre, CSM). L'aide annoncée par les donateurs du 1<sup>er</sup> novembre 1984 au 31 octobre 1985, 202 800 tonnes de céréales et 25 000 tonnes des produits non-céréalières. Tandis que le déficit céréales pour la même période a été estimé par le FAO à 280 000 tonnes, l'aide annoncée correspond à quantité maximum qui puisse être acheminée malgré les contraintes logistiques.<sup>94</sup>

### **3. Conséquences**

Sur la base des informations de MSF et USAID/CDC, la situation médico-nutritionnelle se détériore. On se rappelle que le besoin minimal de survie, est de 1500 kilocalories, pour le travail est de 3000 kilocalories, tandis que la ration actuelle de 400 GR

---

<sup>91</sup> Situation n°1, rapport du 02 novembre 1984 : *Tchad - sécheresse et guerre civile*. P5

<sup>92</sup> Situation n°1, rapport...op.cit.p9

<sup>93</sup> Ibid.p11

<sup>94</sup> Situation n°7, rapport du 29 mars 1985 : *Tchad-sécheresse et guerre civile*.pp43-44

céréales est assurée à 1300 kilocalories seulement. Dans plusieurs localités, les rations sont même inférieures à 4000 GR en raison de retard d'acheminement. En effet, La malnutrition est généralisée et la mauvaise qualité des eaux accroissent la vulnérabilité.<sup>95</sup> La mission d'Office National de Développement Rural et UNDRO, est rentrée à mi-mars et rapporte la situation nutritionnelle dans le Guera paraît grave avec 50 000 déplacées non assistées, et une équipe mobile est partie pour l'évaluation. Ensuite, une aide aux personnes déplacées, y compris de fourniture d'eau potable, des commodités sanitaires de lutte contre les épidémies est arrivée. Les équipes médicales internationales sont en renforcement de système sanitaire surtout au sud du pays et le programme élargi de vaccination pour les enfants jusqu'à 4 ans.

Les missions que MSF a effectuées au début de mois d'avril dans la Tandjilé, Moyen Chari et le Logone Oriental dans les structures sanitaires nationales ne fonctionnant plus en raison de destructions locales. Le regroupement et redéploiement des infirmiers et médecins dans les zones moins exposées, MSF propose pour lancer une équipe mobile d'assistance sanitaire dans le Moyen Chari. Par raison de retard d'arrivée d'aide alimentaire, le taux de malnutrition est en progression. A cet effet, le MSF constate sur le pourcentage des enfants avec une malnutrition grave entre 25 et 35 % dans les régions suivantes : Cheddra (Kanem) 35 %, Haraz Djombo (Batha) 32 %, Oum Hadjer (Batha) 31 %, Amtiman (Salamat) 27 %, Ati (Batha) 25 %.<sup>96</sup>

Par ailleurs, la situation médico-nutritionnelle est préoccupante dans les localités des préfectures du Ouaddaï, Lac, Guera, Chari Baguirmi, et Logone Occidental. Quelques poches de malnutrition dans le Moyen Chari à Goundi et Logone Oriental à Doba. Dans certains endroits, le taux de mortalité est cinq fois supérieur à la normale.<sup>97</sup> Les centres de Bouillies sont nécessaires mais pas encore installés faute de personnel et de structures. Une autre équipe mobile de médecins sans frontières partira au début de mois de juin pour le Moyen Chari pour une évaluation médico-nutritionnelle, repérage des villages et zones à risque, d'une aide à répartition de secours d'urgence et suivi sanitaire. Une autre équipe des Etats Unis de 4 conseillers de santé publique et nutritionnistes médicaux arrivée à N'Djamena pour mobiliser et superviser le programme d'immunisation pour environ 40 000 enfants de (0-4 ans) dans les régions Kanem et Lac.<sup>98</sup>

---

<sup>95</sup> Ibid.p49

<sup>96</sup> Médecin sans frontière -Tchad, *Rapport sur la situation sanitaire*, 7 mai 1985.

<sup>97</sup> Ibid.

<sup>98</sup> Médecin sans frontière-Tchad...op.cit.

Fort risque de détérioration de la situation médico-nutritionnelle dans toutes les régions inaccessibles à cause des pluies. Le repositionnement de vivres effectués dans les préfectures touchées est insuffisant pour assurer l'approvisionnement de la population.<sup>99</sup> Le Ministre de la santé et les organismes concernés ont formés une sous-commission pour étudier le problème de risque des épidémies et implantation des stocks régionaux des médicaments anti-méningites et anti-rougeoles. Une méthode standardisée d'évaluation médico-nutritionnelle de population à risque est en cours d'élaboration sous tutelle de ministère de la santé publique avec la participation active des techniciens nutritionnistes des organisations spécialisées (MSF, LRCS, USAID, COOPERATION FRANCAISE, WORLD VISION, UNICEF etc.), son application est étendue à l'ensemble du pays et assurera l'identification la plus scientifique et évaluation plus détaillée de déficiences nutritionnelles localisées périodiquement par des équipes mobiles sur le terrain.<sup>100</sup>

Ainsi, avec la distribution de rations sèches et alimentation supplémentaire pour des groupes vulnérables, le taux de malnutrition se sont stabilisés et ont même baissé dans la zone sahélienne. Le taux de la malnutrition moyen est entre 10 et 15 %, sauf dans certains groupes : personnes déplacées à Abéché (Ouaddaï) 25 à 30 %, des personnes qui ont été déplacées à Ati (Batha) 47 %, à Djedda (Batha) 37 %, et à Bousso (Chari Baguirmi) 15 000 personnes en provenance de la Tandjilé, 20 à 25 %. La malnutrition persistante dans le Sud surtout à Gounou Gaya (Mayo Kebbi) et dans la sous-préfecture de Koumra (Moyen Chari) à Goundi, N'derguigui et Mouroungoulaye. Les missions d'évaluation en cours depuis 10 août au Tandjilé, Logone Occidental et Oriental dans les zones accessibles avec UNDRO, MSF LSCR, OXFAM et WORLD VISION. Le transport aérien de camions 4x4 pour la distribution secondaire au niveau cantonal est en considération.<sup>101</sup>

En octobre 1985, la situation nutritionnelle est stabilisée dans l'ensemble du pays. La situation est meilleure au Moyen Chari, la (malnutrition inférieure de 5 %) et au Mayo Kebbi la (malnutrition est entre 4-9 %). Les problèmes locaux persistent à Bousso et Bokoro (Chari Baguirmi) et parmi les personnes déplacées sont à Biltine.<sup>102</sup> L'augmentation de cas de rougeole et Bilharziose à Laï (Tandjilé) signalée par le LSCR, un comité d'action sanitaire d'urgence qui étudie la situation. LSCR distribue des rations sèches et bouillies dans 160

---

<sup>99</sup> Situation n°10, rapport du 19 juillet 1985 : *Tchad-sécheresse et guerre civile*. P64

<sup>100</sup> Ibid.p66

<sup>101</sup> Situation n°12, rapport...op.cit.p112

<sup>102</sup> Ibid.p117

centres nutritionnels, la population totale assistée est à 360 000 (230 000 rations sèches et 130 000 bouillies). Les contributions totales reçues ou annoncées dès le début des opérations est de 23 280 000, besoins restants à couvrir est de 1 200 000.

#### 4. Logistique

Le support logistique est globalement adéquat mais devra être renforcé par des actions rapides selon les arrivés et les requêtes de distribution. Des différentes aides ont été demandées pour un soutien logistique et projet de réinstallation :<sup>103</sup>

- Camions et entretien pour une année, coût total de l'opération : 106 382 us dollars ;
- Nécessité à compléter sur le terrain, réseau et radio pour la communication avec Ndjamena, seulement partie du territoire couverte par les médecins sans frontière et ligue pour les détails auprès UNDRRO pour 10 postes radio ;
- Projet hydraulique (voir para II de ce rapport de situation) ;
- Réinstallation de 75 000 personnes déplacées sur sites agricoles pour qu'ils puissent faire leur propre culture et produire leur nourriture.

**Tableau n° 7:** évaluation de coût total d'opération repartis en US 2 405 620 dollars.

Matériel pour réhabilitation	357 450
Equipement agricole	1 948 400
Semences maraichères	8300
Equipements pour 414 cantines	91 470

**Source :** situation n°4, rapport du 02 janvier 1985.

Cependant, une solution provisoire adoptée pour le passage de rivière à Logone qui sera terminée pour 10 février 1985. Sur le plan de distribution pour le mois de mars prévoyant 9000 tonnes plus le reliquat de 1000 tonnes de mois de février, jusqu'au 20 mars seulement. 3000 tonnes transportées en raison de rupture de stock, envois en cours doivent être accélérée au maximum. Les donateurs sont priés d'informer le PAM sur la date d'arrivée de tout envoi. Ainsi, la difficulté de déchargement de l'aide alimentaire au niveau des ports du Nigéria : Apapa<sup>104</sup> ; port Harcourt ; Calabar, qui étaient à l'origine de détournement des navires sur le port de Douala.<sup>105</sup> Une décision qui est prise le 16 avril 1985 de porter la capacité

<sup>103</sup> Situation n°4, rapport du 02 janvier 1985 : *Tchad-sécheresse et guerre civile*. P213

<sup>104</sup> Apapa, est une zone de gouvernement local de l'Etat de Lagos au Nigeria

<sup>105</sup> Situation n°5, rapport...op.cit.pp35-37

d'écoulement de Douala à N'Gaoundéré de 10 000 tonnes à 36 000 tonnes par mois par un travail interrompu du port à la rail, jour et nuit par une rotation de deux trains, block de 600 tonnes par jour, jusqu'à N'Gaoundéré . Ces efforts entrepris pour augmenter la capacité entre N'Gaoundéré et N'Djamena de 18 000 tonnes à présent par utilisation des camions supplémentaires.

L'acheminement de vivres en provenance de N'Gaoundéré se poursuit à un rythme mensuel de 20 000 à 25 000 tonnes. Ce ralentissement prévisible en raison du Ramadan (20 mai- 18 juin). En mai, 2000 tonnes expédiés directement dans le Sud. Le programme de distribution de vivres à l'intérieur du pays est en difficulté : en mois d'avril, 9200 tonnes distribués sur 14 000 tonnes de besoins exprimés. La prévision du mois de mai, 7500 tonnes seront distribuées sur 15 800 tonnes programmés pour la zone Sahel.<sup>106</sup> L'expédition de vivre de Douala-N'Gaoundéré sur N'Djamena est ralentie en raison de crue de Logone et Chari et la réactivation des envois dans le Sud est à partir de N'Gaoundéré. Depuis le début de mois de juillet, le radier sur le Logone ne fonctionne plus. Le transport de vivres est assuré par deux bacs à travers la Chari avec une capacité totale d'environ 600 tonnes par jour. La réception technique des travaux du pont sur le Logone est prévue pour 30 juillet 1985 par autorités tchadiennes et camerounaises.<sup>107</sup>

Le transport de vivres au Sahel est compromis en raison de mauvais état des pistes, à cause des pluies abondantes. Les transporteurs recherchent des nouvelles voies de transit moins dommageables pour les véhicules. La distribution locale effectuée à partir des stocks prépositionnels pendant la saison sèche. Suite à l'installation de bac supplémentaire à Léré, le transport de vivres au Sud se poursuit normalement. L'association UNDR0-BELACD assure la distribution dans les zones récemment encore inaccessibles. Dix camions ont été mis à la disposition par PNUD et OPE pour le transport secondaire dans les régions du Sud.<sup>108</sup>

## **5. Situation agricole**

Les dernières informations reçues de la FAO et du PAM indiquent la production de céréales pour l'alimentation en 1984/1985 est estimée à l'environ 290 000 tonnes, tandis que les besoins calculés sur la base d'une ration minimum sont de 615 000 tonnes de céréales et

---

<sup>106</sup> Situation n°10, rapport...op.cit.pp198-201

<sup>107</sup> Ibid.p208

<sup>108</sup> Situation n°11, rapport...op.cit.p239

de 15 000 tonnes supplémentaires de vivres.<sup>109</sup> Il n'y a plus de stock de vivres dans le pays et les 25 000 tonnes promises de l'année scolaire ne sont pas encore arrivées. Toute la population du nord du pays et une partie de celle du Sud, soit environ 3 millions de personnes sont touchées par cette situation, et un grand nombre de personnes, en particulier dans la région d'Ati, se déplace vers les grandes villes. La mission de FAO et du PAM recommande une aide extérieure de 6000 tonnes de semences et des équipements pour pomper l'eau et la création de points d'eau.<sup>110</sup>

Ainsi, le programme des semences est en retard par rapport aux prévisions, il n'y a pas de distribution en raison des pluies tardives et semences non disponibles sur les marchés extérieurs. Les besoins réévalués pour la zone sahélienne sont de 3500 tonnes. Les achats effectués en avril sont de 1785 tonnes. Les besoins évalués pour la zone soudanienne sont de 2500 tonnes et les achats effectués est de 715 tonnes. En mois de mai 1985, les distributions ont commencées avant la saison de pluies commence. 1000 tonnes de semences distribuées dans la zone sahélienne, 1000 tonnes encore sont distribués dans la zone soudanienne et 1000 tonnes en stock dont 600 tonnes à N'Djamena et 400 tonnes dans diverses préfectures. En octobre de la même année, 34 982 tonnes de semences distribuées pour la campagne agricole dans les zones sahéliennes et soudanienne. L'achat des semences Berbéré et le Blé est en cours. Selon le pronostic préliminaire de la mission FAO/CILSS du 09 au 23 septembre, la production en céréales en 1985/1986 atteindrait 600 000 ou 650 000 tonnes dépendant de pluviosité de fin septembre au début octobre 1985.

### **III. Crise alimentaire de 2009/2010 au Tchad**

La crise alimentaire de 2009/2010, s'est traduite au Tchad par une forte augmentation des prix céréaliers, particulièrement sensible dans le Centre et l'Est de la zone sahélienne du pays. Le choc a touché une population fortement dépendante des marchés pour son accès alimentaire. L'étude réalisée conjointement par le gouvernement tchadien, la FAO, le FEWS-NET et le PAM, vise à constituer un référentiel relatif à la dynamique du marché au Tchad, afin de permettre la mise en place de réponses appropriées et d'améliorer le dispositif de suivi de la sécurité alimentaire dans le pays.<sup>111</sup> L'étude réalisée entre novembre et décembre 2010, s'est basée sur l'analyse des données secondaires de prix du système d'information des

---

<sup>109</sup> Situation n°3, rapport du 21 novembre 1984 : *Tchad-sécheresse et guerre civile*. P17

<sup>110</sup> Ibid.p19

<sup>111</sup> Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture-Tchad, 2010 : *rapport sur la nutrition et protection des consommateurs*. P11

marchés (SIM) sur la période 2003-2010. Des données primaires, ont également été collectées auprès de 13 marchés, afin de caractériser de façon qualitative leur fonctionnement.<sup>112</sup>

Ainsi, la bande sahélienne du pays qui est trop confrontée par cette dernière. Pour cela, MSF lance un appel pour qu'une aide humanitaire plus importante et plus rapide soit mise en place pour subvenir aux besoins des plus vulnérables, en particulier les enfants de moins de cinq ans.

Plusieurs causes ont contribué à une augmentation de taux de malnutrition, notamment des précipitations irrégulières, de mauvaises récoltes, une hausse des prix des denrées alimentaires, un épuisement prématuré des stocks alimentaires et un accès insuffisant aux soins de santé. Dans la région de Hadjer Lamis, un dépistage rapide a montré que 5% des enfants de moins de cinq ans souffraient de malnutrition sévère aigüe et étaient en danger de mort. Aujourd'hui, dans cette seule région, près de 5000 enfants ont un besoin urgent d'assistance nutritionnelle.<sup>113</sup>

Docteur Benoit KAYEMBE, coordinateur médical MSF au Tchad expliquait dans un rapport disait ceci :

« Nous sommes extrêmement inquiets par le nombre d'enfants souffrant de malnutrition sévère aigüe que nos équipes voient à peu près de 3000 enfants ont été admis dans nos programme pendant le mois de mai. Cette augmentation de la malnutrition est un véritable signal d'alarme, car nous ne sommes qu'au début de la période de soudure. Plus d'enfants risquent de souffrir de malnutrition sévère dans les semaines à venir, jusqu'à la prochaine récolte en octobre ». <sup>114</sup>

Ensuite, les autorités tchadiennes ainsi que les acteurs locaux et internationaux ont mis en place des mesures pour répondre à cette grave crise alimentaire. Malgré ces efforts, des nombreuses communautés ne reçoivent toujours pas d'aide alimentaire ou nutritionnelle. MSF lance un appel pour une réponse humanitaire plus rapide afin de subvenir aux besoins alimentaires des plus vulnérables, en particulier les enfants de moins de cinq ans. MSF met en œuvre des interventions nutritionnelles d'urgence dans les régions de Hadjer Lamis, Batha, Guera, Salamat et Ouaddaï ainsi que dans la capitale N'Djamena. Ces activités comprennent la mise en place de centres nutritionnels thérapeutiques ambulatoires et hospitaliers, ainsi que

---

<sup>112</sup> Rapport-Tchad : *marchés et sécurité alimentaires*. Février 2011.P 44-48-50

<sup>113</sup> Médecin sans frontière -Tchad, *Rapport sur la crise alimentaire au Tchad*, 2010.Sur <https://www.msf.ch.pp12-19>

<sup>114</sup> Médecin sans frontière -Tchad, rapport...op.cit.p22

des distributions ciblées, de nourriture pour plus de 60 000 enfants dans les semaines à venir.<sup>115</sup>

#### **IV. Crise alimentaire et nutritionnelle au Tchad de 2017/2018**

La situation alimentaire et nutritionnelle se détériore. Au Tchad, plus de 4 millions de personnes sont affectées par l'insécurité alimentaire et la malnutrition chaque année.<sup>116</sup> Ne pouvant subvenir à leurs besoins alimentaires, et dans un contexte où l'accès aux services sociaux de base est extrêmement limité, leur santé, en particulier leur statut nutritionnel, peut se détériorer rapidement. La période de soudure agricole, de mois de mai à septembre, lors de laquelle les nouveaux produits agricoles ne sont pas encore disponibles sur les marchés alors que les stocks alimentaires issus de la campagne agricole précédente sont épuisés, et la saison des pluies qui détruit de nombreuses cultures de mois de juillet à octobre sont un moment critique pour les populations tchadiennes les plus vulnérables. Pendant et après ces périodes, de nombreux ménages, en situation de précarité, n'arrivent plus à s'alimenter correctement et peuvent adopter des stratégies de survie néfastes pour leur santé et leur état nutritionnel. La majorité de ces personnes se trouvent dans la bande sahélienne. Par ailleurs, la situation alimentaire de 2,6 millions de personnes restera précaire.<sup>117</sup> Sous pression, ces familles pourront basculer à tout moment dans l'insécurité alimentaire.

Par ailleurs, aux populations tchadiennes affectées, s'ajoutent plus de 410 000 réfugiés et plus de 66 000 retournées tchadiens qui ne disposent pas des moyens suffisants pour couvrir leurs besoins alimentaires et nutritionnels.<sup>118</sup>

La situation alimentaire est alarmante : le Tchad est en deuxième position dans l'Indice Mondial de la Faim (IMF) 2017 soulignant l'extrême vulnérabilité de sa population face à la crise alimentaire.<sup>119</sup> Cette crise chronique s'accroît, en raison d'une crise économique et sociale profonde et des aléas agro climatiques plus intenses dus au changement climatique, touchant les populations les plus vulnérables, dans la bande sahélienne mais aussi dans de nouvelles zones auparavant épargnées comme la Tandjilé. La situation des éleveurs est particulièrement précaire dans une partie du Sahel. Confrontés à un déficit de pâturages et

---

<sup>115</sup> Ibid.p27

<sup>116</sup> Tchad : *Crise alimentaire et nutritionnelle*, janvier 2018.Sur reliefweb.in.pp23-37

<sup>117</sup> Tchad, crise alimentaire...op.cit.p42

<sup>118</sup> Médecin sans frontière -Tchad, rapport...op.cit.

<sup>119</sup> Ibid.

de points d'eau ainsi qu'à la fermeture de la frontière avec le Nigeria empêchant l'exportation de bétail, leurs revenus ont dramatiquement chuté menaçant leurs moyens d'existence. La situation des populations déplacées et hôtes dans la région du Lac est préoccupante, suite aux mouvements de populations provoqués par la crise au Nigeria et en raison du changement climatique affectant directement la zone du Lac Tchad, près de 172 000 personnes seront « sous pression » pendant la période de soudure 2018, c'est-à-dire qu'elles pourront basculer à tout moment en insécurité alimentaire sévère. Plus de 18 700 personnes auront besoin d'une assistance d'urgence. Le lac est la seule région du Tchad où, au dernier trimestre 2017, deux départements ont été classés en « phase crise ».<sup>120</sup>

Cependant, la malnutrition compte parmi les principales causes de mortalité infantile, le Tchad ayant d'ailleurs le 6<sup>ème</sup> taux de mortalité infantile le plus élevé au monde. Un enfant sur sept meurt avant son 5<sup>ème</sup> anniversaire. Par ailleurs, la malnutrition a des répercussions irréversibles sur le développement cognitif et intellectuel de l'enfant ainsi que sur celles des générations futures par transmission génétique intergénérationnelle. En 2017, la situation nutritionnelle s'est sensiblement détériorée : la prévalence de la malnutrition aigüe globale (MAG) au niveau national est évaluée à 13,9% contre 11,9% en 2016.<sup>121</sup> Douze régions sur les 23 que compte le pays ont été déclarées en situation d'urgence nutritionnelle. Pour la malnutrition aigüe sévère (MAS) particulièrement, la prévalence dépasse le seuil d'urgence de 2 % dans 15 régions. Ainsi, ce sont près de 200 000 enfants qui souffrent de MAS. La malnutrition chronique a également augmenté, de 26 % en 2016 à 32,4 % en 2017, dépassant le seuil critique de 40 % dans cinq régions.<sup>122</sup>

---

<sup>120</sup> Ibid.

<sup>121</sup> Tchad, crise alimentaire...op.cit.

<sup>122</sup>Tchad, crise alimentaire...op.cit.

**CHAPITRE II : ACTEURS NATIONAUX ET  
INTERNATIONAUX INTERVENANT DANS LA LUTTE  
CONTRE LA MALNUTRITION INFANTILE DANS LA VILLE  
D'ABECHE.**

Compte tenu des changements qui s'opèrent dans le paysage nutritionnel et des nombreuses initiatives, liées de manière directe ou indirecte à la nutrition, qui sont entreprises par un large éventail d'acteurs étatiques et non étatiques aux niveaux national, international et infranational, il apparaît opportun que le « centre nerveux du système des Nations Unies » ayant comme mandat de définir la direction, l'ampleur, la cohérence et l'efficacité de la réponse du système aux problèmes alimentaires mondiaux.<sup>123</sup>

Les gouvernements nationaux sont, au bout du compte, les acteurs principaux chargés d'établir les cadres de décision nationaux qui régissent les interventions des autres acteurs public et privé. Les organismes du système des Nations Unies, par le truchement de leurs organes directeurs, de leurs mécanismes de coordination et de leurs plateformes nationales, apportent leur concours aux gouvernements à cet égard en leur offrant leur appui pour l'élaboration de politiques, en renforçant leur accès aux ressources sur les questions de nutrition, en développant et en renforçant leurs capacités techniques et fonctionnelles, mais aussi en appuyant les activités de mise en œuvre pour prévenir et réduire la malnutrition sous toutes ses formes.<sup>124</sup>

Ce présent chapitre s'intéresse sur la représentation de tous les acteurs nationaux et internationaux impliqués dans la lutte contre la malnutrition dans la ville d'Abéché. A cet effet, d'une part, il est important d'évoquer les organismes internationaux et d'autre part les organisations nationales.

### **I. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)**

Elle est une agence des Nations Unies, créée en 1946, dont le siège est à New York aux Etats-Unis. Elle est chargée dans le domaine entier de défendre les droits des enfants, de répondre à leurs besoins essentiels et de favoriser leur plein épanouissement.<sup>125</sup>

La priorité est donnée aux enfants les plus vulnérables, notamment victime de la guerre, des catastrophes naturelles, de la pauvreté extrême et de toute forme de violence ou d'exploitation dans les pays les plus démunis. Elle intervient également en cas d'urgence en coordination avec les organismes des Nations-Unies, les principales organisations humanitaires et les gouvernements nationaux. Pour appuyer son action au service des enfants

---

<sup>123</sup> *Gouvernance mondiale au service de la nutrition et rôle de l'UNSCN*, mars 2017.

<sup>124</sup> Ibid.

<sup>125</sup> <https://www.unicef.fr>. Unicef-France : *Qui sommes-nous, et comment agir à nos côtés ?* Consulté le 08 octobre 2021 à 20h- 15 mn

en difficulté, l'Unicef accrédite des comités nationaux dans les pays industrialisés. Des accords de coopération régissent les relations entre Unicef et ses comités.<sup>126</sup>

### **1. Les missions de l'Unicef**

L'Unicef est chargé par l'assemblée générale des Nations-Unies de défendre les droits des enfants, d'aider à répondre à leurs besoins essentiels et de favoriser leur plein épanouissement. Elle s'appuie sur la convention relative aux droits de l'enfant et œuvre pour que les droits de l'enfant s'inscrivent dans une éthique sociale et dans un code de conduite international en faveur des enfants. L'Unicef fait valoir que la survie, la protection et l'épanouissement des enfants sont des impératifs universels du développement dont le respect est indispensable au progrès de l'humanité.<sup>127</sup>

Elle mobilise la volonté politique et des ressources matérielles pour aider les pays en développement, à donner la priorité aux enfants et pour renforcer leur capacité de formuler des politiques appropriées et de mettre en place des services en faveur des enfants et des familles. L'Unicef s'attache à faire bénéficier d'une protection spéciale les enfants les plus vulnérables, notamment les victimes de la guerre, de catastrophes, de la pauvreté extrême et de toute forme de violence ou d'exploitation ainsi que les enfants handicapés.<sup>128</sup>

L'Unicef intervient durant les situations d'urgence pour protéger les droits des enfants. En coordination avec les organismes des Nations Unies et les organismes humanitaires, elle met l'infrastructure unique dont il dispose pour intervenir rapidement au service de ses partenaires afin de soulager la souffrance des enfants et de ceux qui en ont la charge. Du coup, l'Unicef est une organisation non partisane et sa coopération est exempte de toute discrimination. Dans toutes ses initiatives, la priorité est donnée aux enfants les plus désavantagés et aux pays les plus démunis.<sup>129</sup>

Elle s'efforce par l'intermédiaire de ses programmes de pays, de faire en sorte que les femmes et les filles aient des droits égaux à ceux des hommes et d'appuyer leur pleine participation au développement politique, social et économique des collectivités dans lesquelles elles vivent. L'Unicef œuvre avec le concours de tous ses partenaires, à la

---

<sup>126</sup> <https://www.unicef.org>. Missions. Consulté le 15 octobre 2021 à 20h 35mn

<sup>127</sup> Ibid.

<sup>128</sup> Ibid.

<sup>129</sup> Ibid.

réalisation des objectifs de développement humain durable que s'est fixé la communauté mondiale et de l'idéal de paix et de progrès social consacré par la charte des Nations Unies.<sup>130</sup>

## **2. Présentation et prévention de la malnutrition par l'Unicef**

Les enfants bien nourris ont de meilleures chances d'être en bonne santé, de se développer et de s'instruire. Le monde entier tire de bénéfices d'une bonne nutrition. A l'inverse, la malnutrition est dévastatrice tant physiquement qu'intellectuellement et représente une énorme charge pour les pays.

### **a- Présentation de la malnutrition**

La malnutrition entraîne des séquelles physiques et parfois mentales. Les 1 000 premiers jours de la vie de l'enfant sont les plus déterminants, car une mauvaise alimentation peut avoir des conséquences irréversibles sur sa croissance et sa santé : de la maladie à la mortalité infantile, en passant par le handicap.

Aujourd'hui dans le monde, 165 millions d'enfants de moins de cinq ans souffrent d'un retard de croissance. Les causes sont multiples : le manque d'alimentation, d'eau potable, de sanitaires, de soins médicaux et d'éducation ainsi que la pauvreté. Ainsi, un enfant de moins de cinq ans sur quatre souffre de malnutrition. Le retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans a baissé de 37 % au cours des 20 dernières années.<sup>131</sup> Chaque année, la malnutrition est responsable de plus d'un tiers des décès chez les enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement. C'est dramatique, et pourtant les solutions sont à notre portée.

Sachez que 75% des enfants qui reçoivent un traitement contre la malnutrition s'en sortent bien en bonne santé. C'est bien la preuve que ça fonctionne, surtout lorsque nous intervenons tôt et en temps.

Le retard de croissance (et les autres formes de sous-nutrition) reflète bien les inégalités sociales et met en évidence la pauvreté et le sous-développement de certains pays. C'est pourquoi l'amélioration de la nutrition, en particulier des enfants et des femmes, s'impose de plus en plus comme un impératif pour réduire la pauvreté, atténuer les inégalités, et promouvoir durablement le développement économique et social des pays. Des enfants bien

---

<sup>130</sup> [www.unicef...op.cit](http://www.unicef...op.cit).

<sup>131</sup> Ibid.

nourris, seraient de futurs adultes en bonne santé qui pourront œuvrer avec énergie pour leur société, leur pays et donc le monde.<sup>132</sup>

### **b- Prévention de la malnutrition**

Prévenir la malnutrition est notre priorité, y compris envers les femmes enceintes car il ne pourrait avoir plus grande injustice pour un enfant que de naître avec un handicap physique. L'état nutritionnel d'un enfant dépend de trois facteurs : l'alimentation, la santé et les soins. C'est pourquoi l'Unicef développe tout un éventail d'actions et des programmes qui agissent sur ces trois facteurs en même temps. Quelques exemples :

- Distribution d'aliments thérapeutiques, de vitamines et de micronutriments contre les carences ;
- Dépistage et prise en charge des enfants malnutris dans des centres de santé ;
- Prise en charge des femmes enceintes et suivi des rythmes de croissances des nourrissons ;
- Alimentation et soins de nourrissons ;
- Appui de programmes de prévention et de sensibilisation des populations ;
- Intervention dans les situations d'urgence, où le risque de malnutrition et de conséquences graves est encore plus élevé.<sup>133</sup>

### **3. Les actions de l'Unicef dans le domaine nutritionnel au Tchad**

La malnutrition infantile est une situation chronique au Tchad, particulièrement dans la bande sahéenne du pays où elle est la cause sous-jacente de plus de la moitié des décès des enfants de moins de cinq ans.<sup>134</sup> A cet effet, l'Unicef en collaboration avec le ministère de la santé publique, les agences des Nations Unies et les ONG, a initié la Prise en Charge Intégrée de la malnutrition Aigüe (PCIMA) à grande échelle en 2009 dans la bande sahéenne en réponse à une crise nutritionnelle. Le bureau d'évaluation du siège de l'Unicef, en collaboration avec le bureau de l'Unicef Tchad, a entrepris cette évaluation afin d'évaluer la performance du programme de PCIMA et de documenter sur les leçons permettant de faire l'extension du programme. Cette évaluation conduite au Tchad fait partie d'une évaluation

---

<sup>132</sup> [http://. www.Unicef....op.cit](http://www.Unicef....op.cit).

<sup>133</sup> Ibid.

<sup>134</sup> Organisation des Nations Unies pour l'enfance-Tchad : *Rapport de prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe*. Sur [www.Unicef.fr](http://www.Unicef.fr)

entreprise par l'Unicef dans cinq pays, et elle contribuera à la rédaction d'un rapport de synthèse globale.

Ainsi, il s'agissait d'une analyse descriptive du processus et des résultats de quatre principales composantes du programme, à savoir :<sup>135</sup>

- 1- Le volet communautaire pour le dépistage actif, la référence, le suivi et la sensibilisation communautaire ;
- 2- Les Centres Nutritionnels Ambulatoires (CNA) pour le traitement des enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère sans complications médicales ;
- 3- Les Centres Nutritionnels Supplémentaires (CNS) pour le traitement des enfants souffrant de malnutrition aigüe modérée ;
- 4- Les Centres Nutritionnels Thérapeutiques (CNT) pour le traitement des enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère avec complications médicales.

Les facteurs transversaux et les coûts du programme ont été également analysés. Les données primaires et secondaires ont été collectées à travers les entretiens individuels, les discussions de groupe, les observations directes et l'analyse des bases de données existantes. Les critères de pertinence, d'efficacité, d'efficience et de durabilité ont été appliqués à l'analyse des quatre composantes du programme, ainsi qu'aux facteurs transversaux.<sup>136</sup>

Cependant, en réponse à la crise nutritionnelle permanente dans la bande sahélienne du pays, l'Unicef appuie techniquement les délégations sanitaires par la désignation d'un Point Focal Nutritionnel dans chaque région sanitaire appuyée. Une de leurs principales activités est d'assurer la mise en œuvre de la PCIMA à travers le système national de santé, en complément aux autres programmes de survie de l'enfant. Le dépistage actif et passif a permis d'identifier et de référer les enfants malnutris dans les CNT, CNA et CNS, où ils ont été pris en charge avec les aliments thérapeutiques et les suppléments alimentaires. Dans certaines régions, le programme a permis d'améliorer la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans. Le Tchad n'a pas encore de politique nationale de nutrition qui donne une vision stratégique des priorités dans le secteur et qui définit un cadre harmonisé pour les interventions nutritionnelles. La nutrition n'est pas considérée comme une priorité par les autorités gouvernementales, et aucun budget n'est alloué par l'Etat à ce domaine ; par conséquent, bien que le protocole national soit disponible, il n'existe pas de guide ou de plan

---

<sup>135</sup> Organisation des Nations Unies pour l'enfance-Tchad : rapport de prise en...op.cit p53

<sup>136</sup> Ibid.

d'action de la mise en œuvre conjointe des différentes composantes et de leur extension dans le pays, en harmonie avec les autres programmes de survie de l'enfant. La PCIMA est donc une approche pertinente pour la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère et modérée ; mais son efficacité, son efficience et sa durabilité devraient être améliorés, à travers une implication plus accrue du gouvernement et l'élaboration d'un plan d'action de mise en œuvre conjointe.<sup>137</sup>

#### **4. La mise en œuvre du programme par l'Unicef**

L'Unicef assure la mise en œuvre cohérente du programme à travers un support technique et logistique, le suivi et la supervision sur le terrain, la collecte des données du programme et la publication des rapports. Pour ce faire, l'Unicef coordonne le cluster nutrition au niveau national. Les différents partenaires du cluster se rencontrent une fois par mois, et durant les réunions, les données et rapports consolidés du programme mis en œuvre dans les différentes régions sont discutés. Au niveau des régions des rencontres similaires appelées « réunions de coordination sectorielle » se déroulent entre partenaires, sous la coordination du Délégué Sanitaire Régional.<sup>138</sup>

Selon l'Unicef, la bande sahéenne du Tchad est la zone du pays qui souffre le plus des aléas climatiques et de ses conséquences, telles que l'insécurité alimentaire et la malnutrition. Pour des raisons d'équité, elle constitue une priorité pour l'implémentation de la PCIMA. Cependant il faudrait conduire des enquêtes nutritionnelles dans d'autres régions du pays qui pourraient contenir des proches de malnutrition, et agir en conséquence. Par ailleurs, il faudrait améliorer la couverture des populations nomades, des populations voisines des camps de réfugiés, les déplacées internes de retour dans leurs localités d'origine et les villages éloignés ou clairsemés.<sup>139</sup>

#### **5. L'intervention de l'Unicef dans le domaine nutritionnel dans la ville d'Abéché.**

L'Unicef intervient dans le cadre nutritionnel dans la ville d'Abéché depuis les années 2009, précisément dans le cadre de la prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe modérée et sévère. L'intervention de l'Unicef passe par des partenaires ONG (nationales et internationales) ou des structures étatiques pour atteindre les populations. Dans la ville

---

<sup>137</sup> Organisation des Nations Unies pour l'enfance-Tchad: rapport.... op.cit. p72

<sup>138</sup> Ibid.

<sup>139</sup> Ibid.

d'Abéché, l'Unicef travaille en collaboration avec la délégation régionale sanitaire du Ouaddaï, qui est représentée sur le terrain par le responsable de centre district d'Abéché.

Selon le nutritionniste de l'Unicef bureau d'Abéché Dr. Grégoire DJEKONBE :

L'Unicef donne des aliments nutritifs et des médicaments aux quatre centres de santé selon leur répartition, pour les enfants souffrant de la malnutrition aigüe modérée et à l'Hôpital central aux enfants qui souffrent de la malnutrition aigüe sévère.<sup>140</sup> Elle assure également le suivi et collecte des données en collaboration avec le responsable de centre district de la ville. La distribution de nutriment ça se passe chaque semaine dans tous les centres de santé selon leur calendrier hebdomadaire, aux enfants qui souffrent de la malnutrition aigüe modérée et les enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère seront hospitalisés dans l'hôpital central et suivre leur traitement médical.

Entant qu'organisme multisectoriel ayant une portée mondiale et une expérience de longue date dans le domaine du développement de la petite enfance, l'Unicef est particulièrement bien placé pour s'intégrer dans plusieurs programmes novateurs.<sup>141</sup>

Selon le vice coordinateur de l'Unicef bureau d'Abéché Dr. Israël ;

L'Unicef a réalisé de manière conjointe des activités de nutrition, de santé, de communication, d'eau, d'hygiène et d'assainissement dans les centres de santé d'Abéché. Ce qui a permis d'intégrer la nutrition aux autres activités du centre, en particulier l'examen clinique des enfants dans les centres selon l'approche de PCIME, ce qui permet d'identifier ceux qui souffrent de malnutrition aigüe. Cependant, le programme de PCIMA n'a pas de lien avec celui de sécurité alimentaire, bien qu'ils aient comme cible la même communauté. Une des difficultés dans ces cas est l'utilisation de critères d'admission différents pour chacun des programmes.<sup>142</sup>

## **II. Programme Alimentaire Mondial (PAM)**

Elle est créée en 1961 et son siège se situe à Rome en Italie. Le Programme Alimentaire Mondial (PAM), est l'organisme d'aide alimentaire de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et de FAO. Le PAM est la plus grande agence humanitaire qui lutte contre la faim dans le monde en distribuant une assistance alimentaire dans les situations d'urgence et en travaillant avec les communautés pour améliorer leur état nutritionnel et renforcer leur

---

<sup>140</sup> Entretien avec Dr. Grégoire DJEKONBE, nutritionniste de l'Unicef bureau d'Abéché. Le 09 septembre 2021 à 11h-30mn.

<sup>141</sup> *Orientation des programmes de l'Unicef relatifs au développement de la petite enfance* : division des programmes de l'Unicef 2017.

<sup>142</sup> Entretien avec le vice coordinateur de l'Unicef bureau d'Abéché. Docteur Israël, le 10 septembre 2021 à 12h-05mn

résilience. Chaque année, le PAM apporte une assistance à 80 millions de personnes dans près de 80 pays.

Le prix Nobel de la paix 2020 a été décerné au PAM, pour ses efforts dans la lutte contre la faim dans les différentes zones touchées par les conflits dans le monde.<sup>143</sup>

### **1. Les missions du PAM**

Le PAM est dans le système des Nations Unies, l'organe chargé de l'aide alimentaire. Cette aide est un des nombreux instruments qui peut contribuer à améliorer la sécurité alimentaire, laquelle se définit comme l'accès pour tous, quelles que soient les circonstances, aux aliments nécessaires pour mener une vie saine et active. L'objectif des politiques régissant l'utilisation de l'aide alimentaire du programme alimentaire mondial doit être l'éradication de la faim et de la pauvreté. L'aide alimentaire doit en définitive, viser à supprimer sa propre raison d'être.<sup>144</sup>

Des interventions ciblées sont nécessaires pour contribuer à améliorer directement le sort des plus pauvres de ceux qui, soit de façon chronique, soit en période de crise, sont incapable de produire de quoi se nourrir ou n'ont pas les moyens de se procurer autrement les aliments nécessaires pour que leur famille puisse mener une vie saine et active.

Conformément à son mandat, qui s'inspire aussi du principe d'universalité, le PAM continuera à :<sup>145</sup>

- Utiliser l'aide alimentaire à l'appui du développement économique et social ;
- Répondre aux besoins alimentaires d'urgence (refugiés et autres) et fournir l'appui logistique connexe ;
- Promouvoir la sécurité alimentaire dans le monde, conformément aux recommandations de l'ONU et de FAO.

### **2. Politiques et stratégies de base du PAM**

Les politiques et stratégies de base régissant les activités du PAM consistent à fournir une aide alimentaire en fonction des objectifs suivants :

- Sauver des vies pendant des crises d'urgence, qu'il s'agisse ou non de réfugiés ;

---

<sup>143</sup> Orientation des programmes de l'Unicef relatifs au... Op.cit. p53

<sup>144</sup> <https://documents.wfp.org>. *Définition de la mission du PAM*. Consulté le 16 septembre 2021 à 19h 15mn

<sup>145</sup> *Conférence internationale sur la nutrition*, FAO/OMS (1992)

- Améliorer la nutrition et les conditions de vie des populations les plus vulnérables pendant les périodes critiques de leur existence ;
- Contribuer à la création d'actifs et promouvoir l'autonomie des individus et des communautés pauvres, en particulier au moyen des programmes, des travaux à fort coefficient de main-d'œuvre.<sup>146</sup>

En situation de crise, l'aide alimentaire est essentielle pour assurer une protection sociale et humanitaire. Elle sera autant que possible, utilisée de façon à favoriser le développement. Pour autant que cela n'empêche pas de sauver des vies. Les secours alimentaires doivent être coordonnés au mieux avec les secours fournis par d'autres organisations humanitaires. S'agissant d'améliorer le sort des populations vulnérables, l'aide alimentaire est un pré investissement dans les ressources humaines. Quand elle est utilisée pour créer des actifs, elle consiste à tirer parti de la ressource la plus abondante dont disposent les personnes démunies, leur force de travail pour créer des emplois et des revenus pour construire les infrastructures nécessaires à un développement durable.<sup>147</sup>

Le PAM est bien placé pour jouer un rôle de premier plan dans le continuum secours-développement. Il donnera la priorité, dans ses programmes de développement, aux activités destinées à prévenir les catastrophes, à y faire face et à atténuer ainsi qu'à celles visant à assurer le relèvement après les crises. Inversement, il s'efforcera d'utiliser au maximum l'aide d'urgence tant à des fins de secours que de développement. Dans les deux cas, l'objectif principal est de renforcer l'autonomie.<sup>148</sup>

Dans l'accomplissement de son mandat, le PAM concentrera tous ses efforts sur les actions qu'il est le mieux à même de mener avec les ressources dont il dispose et en veillant au meilleur rapport coût-efficacité. Le PAM s'intéressera principalement aux aspects du développement dans lesquels des interventions alimentaires peuvent être le plus utiles. Il mettra tout en œuvre pour éviter qu'elles n'aient des répercussions négatives sur la production et les habitudes alimentaires locales et pour prévenir toute dépendance à l'égard de l'aide. Il continuera à jouer un rôle de premier plan en mettant à disposition ses compétences techniques et son assistance pour le transport et logistique afin d'assurer la rapidité et l'efficacité des livraisons d'aide humanitaire. Son caractère multilatéral est un des meilleurs

---

<sup>146</sup> Conférence internationale sur... Op.cit. p49

<sup>147</sup> Ibid.

<sup>148</sup> Ibid.

atouts. Il tirera le meilleur parti de sa capacité à intervenir presque partout dans le monde en développement, quels que soient les régimes politiques, a fourni une filière neutre pour l'acheminement de l'assistance dans ses situations dans lesquelles beaucoup de pays donateurs ne pourraient pas donner directement leur aide. Le PAM fournira des services comme : avis, bons offices, soutien et information en matière de logistique, prêter assistance à des pays pour qu'ils créent et gèrent leurs propres programmes d'aide alimentaire.<sup>149</sup>

Le PAM fournit sur demande des services bilatéraux aux donateurs, aux institutions des Nations Unies et aux ONG sur la base d'un recouvrement intégral des coûts ; la gestion et la compatibilité de ces prestations de services seront distinctes de celles du PAM. Ces services devront être au maximum complémentaire des opérations ordinaires du PAM. Elle concentrera ses efforts et ses ressources sur les populations et les pays les plus pauvres, conformément à la décision du CPA de concentrer 90% de l'assistance au développement fournie sur les pays à faible revenu et à déficit vivrier, et au moins 50% de cette assistance sur les pays les moins avancés.<sup>150</sup>

Le PAM veillera à ce que la conception et l'exécution de ses programmes d'assistance se fondent sur une très large participation. Les femmes, en particulier, sont le moteur du changement ; leur fournir des services, c'est assurer que ceux-ci seront utilisés pour le bien de la famille toute entière, et notamment des enfants. L'aide du PAM aura pour objectif de renforcer les capacités de résistance physique des femmes et leur aptitude à faire face à des situations difficiles. Pour être véritablement efficace, l'aide alimentaire doit être pleinement intégrée dans les plans et priorités de développement des pays bénéficiaires et coordonner avec les autres formes d'assistance. Elle prend en compte au départ les politiques, plans et programmes nationaux des pays en développement, y compris leurs plans de sécurité alimentaire. Le PAM intégrera ses activités au niveau des pays de façon à pouvoir répondre aux besoins urgents à mesure que ceux-ci apparaissent tout en conservant ses objectifs fondamentaux de développement. La note sur la stratégie du pays, lorsqu'elle existe, devra servir de cadre à une réaction intégrée du système des Nations Unies. Dans certains cas particuliers, le PAM adoptera une approche par groupe de pays ou par région, notamment pour la fourniture d'aide humanitaire.<sup>151</sup>

---

<sup>149</sup> Conférence internationale sur...op.cit. p103

<sup>150</sup> Ibid.

<sup>151</sup> Conférence internationale sur...op.cit. p54

Aucune institution ne dispose à elle seule des ressources et de la capacité nécessaire pour régler tous les problèmes de la faim et du sous-développement. D'où l'importance qu'attache le PAM en collaboration avec d'autres institutions, et en particulier avec ses organismes de parrainage, l'ONU et la FAO. Le PAM continuera de collaborer étroitement avec le bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU, avec le HCR, avec d'autres institutions compétentes et les Organisations Non Gouvernementales pour faire face aux situations d'urgence et aux crises humanitaires. Il collaborera aussi étroitement avec les organismes des Nations-Unies s'occupant d'alimentation et d'agriculture dont le siège est à Rome.<sup>152</sup>

Le PAM jouera son rôle en tant que membre actif du système des Nations-Unies pour faire en sorte que le problème de la faim soit au centre des préoccupations de la communauté internationale. Dans son dialogue avec les gouvernements des pays bénéficiaires et avec la communauté des donateurs, il préconisera des politiques, des stratégies et des opérations qui soient directement utiles aux pauvres et aux affamés.

### **3. L'intervention du PAM dans le domaine nutritionnel au Tchad.**

Le PAM intervient au Tchad dans le domaine nutritionnel comme dans tous autres domaines. Son intervention dans ce domaine pour soutenir les enfants de moins de cinq ans qui souffrent de toutes formes de malnutrition dans le pays. Son intervention passe par des partenaires ONG (nationales et internationales) ou des structures étatiques pour atteindre les populations. Une fois les régions prioritaires d'intervention déterminées, l'intervention du PAM n'est effective que s'il y a des partenaires compétents pour réaliser ses activités. Ainsi, l'intervention est limitée dans les zones où se trouvent très peu de partenaires potentiels compétents, comme le Kanem (faible présence d'acteurs du fait des conditions de vie et de transports plus difficiles) et le Wadi Fira (où les conditions sécuritaires réduisent la présence d'acteurs humanitaires).<sup>153</sup>

Dans un rapport publié en novembre 2017, le PAM fait appel à la nutrition. Ce rapport qui a été publié, suite d'une enquête nutritionnelle au Tchad, montre que la prévalence nationale de la malnutrition aigüe globale est de 13,9 % chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, proche du seuil d'alerte de 15 % de l'OMS. La malnutrition aigüe sévère atteint 4,2% chez les enfants, avec des niveaux alarmants dans toutes les régions sahéliennes. La

---

<sup>152</sup> Ibid.

<sup>153</sup> *Evaluation et opération*, PAM-Tchad, rapport, (2012-2014). Sur [www.fr.wfp.org](http://www.fr.wfp.org)

prévalence de la malnutrition chronique est estimée à 3,4 % dépassant le seuil de l'OMS de 30 %<sup>154</sup>.

Le PAM fait face à un grave déficit de financement pour cette intervention et a besoin d'au moins cinq millions de dollars pour acheter des aliments nutritifs spécialisés pour répondre aux cas les plus urgents de malnutrition chez les jeunes enfants, les femmes enceintes et allaitantes pour les 6 prochains mois. Par ailleurs, les personnes qui ont souffert d'un retard de croissance pendant l'enfance ont des capacités physiques et cognitives réduites à l'âge adulte. Elles sont susceptibles d'être moins éduquées, moins productives et moins aptes à contribuer au développement du pays. Au cours des cinq dernières années, plus de 183 000 enfants sont morts de causes directement liées à la sous-nutrition, plus de 40% des décès infantiles. Les facteurs socio-économiques et (climatiques) influencent les niveaux de malnutrition dans le pays (Tchad). Une faible production ajoutée à la crise économique et budgétaire, contribue à une augmentation des prix et de la pauvreté. Le manque d'infrastructures sanitaires se traduit par de faibles niveaux de sensibilisation autour des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, y compris l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois.<sup>155</sup>

Le PAM fournit une alimentation supplémentaire d'urgence pour traiter et prévenir la malnutrition aigüe modérée chez les enfants pendant la période cruciale de 1 000 jours (de la conception à deux ans).<sup>156</sup>

#### **4. L'intervention du PAM dans le domaine nutritionnel à Abéché**

Le PAM a commencé ses activités d'intervention dans le domaine de la malnutrition à Abéché dans les années 2016. Elle intervient indirectement à travers des partenaires ONG (nationales et internationales), structure publique (délégation sanitaire régionale) et une association (Al-abbassia). Elle assiste dans ce domaine, les enfants âgés de moins de cinq ans souffrant de toutes formes de malnutrition dans la ville d'Abéché. Ainsi, dans sa mission, le PAM intervient dans la prévention de la malnutrition. Ses activités consisteront en des distributions de produits alimentaires nutritifs spéciaux (Plumpy-Cit) à tous les enfants âgés de 6 à 23 mois. En outre, des activités de communication pour l'adoption de comportements alimentaires sains et hygiéniques seront mises en place pour les bénéficiaires ciblés. Ce projet,

---

<sup>154</sup> Evaluation et operation.....op.cit.p39

<sup>155</sup> Ibid.

<sup>156</sup> Ibid.

qui est essentiellement d'assise communautaire, permettra une meilleure implication de la population et favorisera une durabilité et un renforcement de la résilience de la communauté.<sup>157</sup>

Selon madame le responsable technique santé-nutrition de PAM bureau d'Abéché disait ceci :

Le PAM vise également à créer un lien plus étroit entre la population et les structures sanitaires par le renforcement de capacités du personnel sanitaire.<sup>158</sup> Par ailleurs, des actions seront menées au niveau politique et stratégique pour renforcer la capacité du gouvernement à mettre en place les programmes multisectoriels qui empêchent directement ou indirectement le retard de croissance.

Des évaluations du projet permettront de tirer des enseignements afin de développer et diffuser des meilleures pratiques alimentaires et nutritionnelles dans la ville.

### **III. Première Urgence Internationale (PUI)**

Première Urgence Internationale (PUI) est née de la fusion entre deux ONG françaises : Première Urgence et Aide Médicale Internationale. En 1992, alors que le conflit en Bosnie- Herzégovine sévit. Trois amis souhaitent agir pour venir en aide aux victimes de cette guerre meurtrière. Pour cela, ils créent une association qu'ils nomment « Première Urgence ». Ainsi, ils collectent des médicaments et des produits alimentaires, louent plusieurs camions et traversent l'Europe pour rejoindre Sarajevo, sous les bombes. Rapidement, ils acquièrent de l'expérience et décident de s'engager durablement dans l'action humanitaire.<sup>159</sup>

Ainsi, Première Urgence Internationale est une ONG internationale à but non lucratif, apolitique et laïque. Elle vient en aide aux victimes civiles, marginalisés ou exclues par les effets de catastrophes naturelles, de guerres et de situations d'effondrement économique. Elle a pour vocation de défendre les droits fondamentaux de la personne, tels que définis dans la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948.<sup>160</sup>

---

<sup>157</sup> <https://fr.wfp.org>. *Prévention de la malnutrition*. Consulté le 15 octobre 2021 à 07h-05 mn

<sup>158</sup> Entretien avec le responsable technique santé-nutrition de PAM bureau d'Abéché, Madame Solange Alladoum le 23 août 2021 à 11h-45mn

<sup>159</sup> <https://www.premiere-urgence.org>. *Première urgence internationale notre histoire*. Consulté le 12 octobre 2021 à 14h- 20 mn

<sup>160</sup> <https://www.premiere-urgence.org>. *Qui sommes-nous ?* Consulté le 12 octobre 2021 à 16h-00

## **1. Objectif de PUI**

Son objectif est d'apporter une réponse globale à l'ensemble des besoins fondamentaux des populations victimes de crises humanitaires dans l'urgence jusqu'à leur permettre de retrouver leur autonomie et dignité.<sup>161</sup>

## **2. Domaines d'intervention de PUI**

Pour répondre aux besoins des populations, Première Urgence Internationale développe son expertise d'année en année. Elle s'adapte aux besoins et à l'évolution des contextes des pays dans lesquels elle agit. Elle intervient actuellement dans 10 domaines complémentaires : la santé, la sécurité alimentaire, la nutrition, la réhabilitation et la construction d'infrastructures, l'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement, la relance économique et moyens d'existence, l'éducation, la protection, l'innovation et l'adaptation et la gestion des camps. Depuis quelques années, Première Urgence Internationale utilise les nouvelles technologies pour soutenir ses interventions sur le terrain.<sup>162</sup> Chaque année, elle affecte l'essentiel de ses ressources aux programmes qu'elle déploie sur ses différents terrains d'intervention et seulement 0,2 % à la recherche de fonds.

## **3. Les missions de PUI au Tchad**

Première Urgence Internationale est présente au Tchad depuis 2004, où elle s'est déployée auprès des réfugiés Soudanais fuyant le Darfour ainsi qu'aux côtés des populations hôtes tchadiennes. Depuis, l'ONG a développé des réponses en sécurité alimentaire et en relance économique. Toutefois, depuis 2016, la santé et la nutrition sont au cœur des interventions de Première Urgence Internationale au Tchad. L'ONG est déployée dans les départements de l'Assoungba (Adré) et de Ouara (Abéché) à l'Est du pays (région du Ouaddaï).<sup>163</sup>

## **4. L'intervention de PUI dans le domaine nutritionnel à Abéché**

Depuis 2016, L'ONG accompagne le district sanitaire d'Abéché dans la prévention et la lutte contre la malnutrition. En mai 2018, Première Urgence Internationale met en œuvre un projet de prévention et de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes allaitantes, dans la ville d'Abéché. L'objectif est de

<sup>161</sup> <https://www.premiere-urgence.org> *Nos domaines d'interventions*. Consulté le 03 octobre 2021 à 11h-05mn

<sup>161</sup> [www.premier-urgence.org](http://www.premier-urgence.org) Qui..., op.cit.

<sup>162</sup> Ibid.

<sup>163</sup> <https://www.premiere-urgence.org> *formation des mamans PB*. Consulté le 05 octobre 2021 à 13h-50mn

contribuer à réduire la morbidité et la mortalité chez les enfants âgés de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes. L'un des axes d'intervention est l'amélioration de la qualité de la prise en charge dans les unités nutritionnelles, l'amélioration de la couverture du programme nutritionnel par le dépistage communautaire et le référencement aux centres de santé. L'approche dite des « Mamans PB » apparaît comme l'une des plus efficaces pour le dépistage précoce de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans.<sup>164</sup>

Mesurer le tour de bras pour dépister la malnutrition des enfants, il s'agit d'une approche de dépistage et diagnostic de la malnutrition par les mères ou gardiennes d'enfants, ayant été au préalable formé à l'utilisation des bandelettes. Elles mesurent le périmètre brachial (PB), c'est-à-dire la circonférence du biceps, entre l'épaule et le coude. A la base, il s'agit d'un outil diagnostique utilisé dans les centres de santé, et dont l'usage a été élargi au sein des communautés.

Ce processus de référencement communautaire s'est mis en place à travers plusieurs étapes :<sup>165</sup>

- Information et mobilisation de la communauté ;
- Identification des groupements féminins ;
- Formation et sensibilisation des mamans PB à l'utilisation du brassard pour dépister la malnutrition ;
- Sensibilisation aux pratiques efficaces en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
- Suivi, évaluation et rapportage de l'activité.

Tout au long de cette approche, les mamans PB sont accompagnées par les relais communautaires et par les superviseurs santé de première urgence internationale. Entre mai 2018 et décembre 2019, plus de 1000 « mamans PB » ont été identifiées et formées dans les neuf (9) centres de santé d'Abéché. Pendant cette période, les mères ou gardiennes d'enfants ont pu dépister plus de 20 600 enfants, âgés de 6 mois à 5 ans. Parmi ces enfants, 2325 soit 10,5% ont été diagnostiqués en situation de malnutrition aigüe sévère, et référés vers une unité de prise en charge nutritionnelle.<sup>166</sup>

---

<sup>164</sup> <https://www.premiereurgence.op.cit.p53>

<sup>165</sup> Ibid.

<sup>166</sup> [https://. www.premiereurgence..., op.cit.p43](https://.www.premiereurgence...,op.cit.p43)

Les équipes de PUI notent une excellente performance des mamans PB dans la détection des enfants qui doivent être admis dans le programme nutritionnel (taux de détection est plus de 70 %). Cette réussite est due à la valorisation et à la participation des mères dans la prise en charge de la santé de leurs enfants. Elles se sont approprié cette démarche, qu'elles réalisent de façon bénévole. L'implication des mères dans le dépistage de la malnutrition leur permet de mieux comprendre les signes de malnutrition, de participer à la surveillance de l'état nutritionnel de leurs enfants et augmente la fréquence du dépistage des enfants au niveau communautaire. Au début du programme, l'objectif était une maman pour un enfant. Aujourd'hui, une maman PB dépiste environ 3 enfants par mois.<sup>167</sup>

Entretien avec le responsable technique santé-nutrition de PUI bureau d'Abéché, Jean Robert BWANAÏSSA SHABANI expliquait ceci :

Première Urgence Internationale est le principal acteur humanitaire de la prise en charge de la malnutrition dans le département de Ouara (Abéché). L'ONG y mené des projets multisectoriels en santé et nutrition en urgence et sur le long terme. Tous ces projets visent à renforcer le système de santé, à former les communautés au dépistage de la malnutrition et à la promotion des bonnes pratiques d'hygiène. En 2020, elle a mené, en consortium avec Care (ONG internationale), un projet pour améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents dans la ville d'Abéché. Dans ce dernier département, PUI a contribué à améliorer les indicateurs nutritionnels en consortium avec l'ONG BASE (Bureau d'Appui Santé et Environnement).<sup>168</sup>

#### **IV- ONG nationales : Alliance Sahélienne de Recherches Appliquées pour le Développement Durable (ASRADD) et Bureau D'appuie Santé et Environnement (BASE)**

L'Alliance Sahélienne de Recherches Appliquées pour le Développement Durable (ASRADD) et Bureau d'Appui Santé et Environnement (BASE), sont des ONG nationales qui interviennent dans plusieurs domaines au Tchad et précisément dans le domaine nutritionnel comme : la lutte contre la malnutrition et sa prévention.

---

<sup>167</sup> Ibid.p52

<sup>168</sup> Entretien avec le responsable technique santé-nutrition de PUI Ouaddaï : Jean Robert BWANAÏSSA SHABANI, le 25 août 2021.

## **1. Alliance Sahélienne de Recherches Appliquées pour le Développement Durable (ASRADD)**

Elle est enregistrée le 08/04/2011 au registre des associations de l'année 2011, folio 3776 au Ministère de l'Administration du Territoire et reconnu comme ONG nationale le 24 février 2015 sous le numéro d'enregistrement 0008/DCSAHA/ONG/2015 au Ministère du plan.<sup>169</sup> Les membres fondateurs sont des universitaires, chercheurs et agents de développement qui ont pour certains plus de 15 ans d'expériences de recherches et de développement dans le Sahel et ailleurs. Certains de ces membres actifs ont travaillé et/ou ont collaboré avec des grandes institutions de renommée internationale et ont participé à l'élaboration et à la mise en place de projets innovateurs. Leurs travaux de recherches et d'interventions holistiques et transdisciplinaires sont valorisés et publiés dans des grandes revues scientifiques.

### **1.1. L'Objectif de l'ONG ASRADD**

Son objectif consiste à mettre en place dans les villages des jardins potagers familiaux bien conduits par les mères d'enfants afin de produire et de consommer des légumes pour lutter contre la malnutrition des enfants de moins de 59 mois. De manière spécifique il consiste à la disposition de 400 mères d'enfants des outils techniques et intrants agricoles nécessaires à l'amélioration quantitative et qualitative des spéculations maraichères pouvant contribuer à assurer une bonne alimentation équilibrée nutritionnellement aux enfants âgés de moins de 59 mois dans les départements choisis.<sup>170</sup>

ASRADD en collaboration avec le PAM et la Délégation Régionale de Santé du Guera a mis en place un projet intitulé supervision formative des agents sanitaires et des volontaires dans les Unités Nutritionnelles Supplémentaires (UNS) du Guera. La prise en charge nutritionnelle est un vaste programme mis en œuvre par le ministère de la santé publique et ses partenaires pour venir en aide aux populations des contrées souffrant de la malnutrition aigüe. Les bénéficiaires de ce programme sont les enfants âgés de 6 à 59 mois, les femmes enceintes et les femmes allaitantes.<sup>171</sup>

---

<sup>169</sup> <https://www.td.linkedin.com> ONG ASRADD. Consulté le 30/09/2021 à 10h -25mn.

<sup>170</sup> Ibid.

<sup>171</sup> Rapport ASRADD-Tchad : prise en charge sur la malnutrition, septembre 2019.

## **1.2. Les actions liées à la malnutrition par ASRADD**

La prévention de la malnutrition par une approche à base communautaire centrée sur les 1 000 premiers jours à travers les Care Group (CG), Femmes Hommes Amis des Bébé (FHAB). La malnutrition constitue un problème majeur de santé publique dans la bande sahélienne du Tchad ; depuis 2010 les partenaires financiers et techniques du gouvernement tchadien ne cessent de doubler d'effort pour réduire le taux de la malnutrition.<sup>172</sup> Cependant, la situation reste toujours préoccupante, cette situation est due aux multiples déterminant de la malnutrition dont la faible connaissance de la communauté sur certaines actions essentielles pouvant contribuer à la croissance et au bon développement ( les actions essentielles de nutrition), un accès limité au service sociaux de base, une alimentation inadéquate pour les nourrissons et le jeune enfant, une pauvreté structurelle etc. plusieurs stratégies ont été adoptés par les différents intervenants dans le domaine de la santé et de la nutrition mais les résultats escomptés n'ont pas été à la hauteur des investissements. En effet, les leçons apprises que les projets souffrent d'une appropriation réelle par les communautés entraînant une faible pérennisation des acquis.<sup>173</sup>

Enfin, le niveau d'implication des communautés dans la dynamique de changement est souvent très peu pris en compte avec comme conséquence une déconnection entre les objectifs des projets et les attentes et considérations des populations. Aux vues de toutes ses difficultés, l'ONG ASRADD avec l'appui financier et technique de l'Unicef est en train d'expérimenter une approche novatrice dénommée de « prévention de la malnutrition par une approche à base communautaire centrée sur les 1 000 premiers jours ». Cette approche met les populations au-devant de la scène et comme acteurs principaux de la mobilisation sociale et d'impulsion d'une dynamique de changement. C'est ainsi qu'en 2018 l'accord de partenariat entre l'ONG et Unicef a permis en 12 mois, de dépister les enfants âgés de 6 à 59 mois dont 811 MAM et 410 MAS référés vers les centres de prise en charge.<sup>174</sup>

## **2. Bureau d'Appui Santé et Environnement (BASE)**

Le Bureau d'Appui Santé et Environnement (BASE) est une organisation non gouvernementale (ONG) tchadienne créée le 1<sup>er</sup> juillet 1996 par des enseignants chercheurs et des cadres qui partagent une même vision. Elle est une institution indépendante, privée, non

---

<sup>172</sup> <https://www.aidr.org> BASE-Tchad. Consulté le 03/10/2021 à 19h 00.

<sup>173</sup> Ibid.

<sup>174</sup> Ibid.

confessionnelle et sans but lucratif. Elle s'engage à promouvoir le droit de tous à la santé et au bien-être social.

### **2.1. L'objectif de BASE**

L'objectif de BASE est d'améliorer la maîtrise des conditions de vie par les populations en développant leur réflexion, leur choix, leur conduite et leur contrôle des activités en matière de santé, d'hygiène, d'assainissement et d'environnement.<sup>175</sup> La vision est de contribuer à l'émergence d'une société prospère, citoyenne, innovante, juste et équitable, engagée et responsable de la construction de son devenir. La mission du BASE est de développer les compétences de réflexion et d'action pour transformer le fonctionnement de la société en vue du bien-être individuel et collectif. Depuis 1996, le BASE renforce le système de santé tchadien. De ce fait, il est l'un des principaux partenaires du Ministère de la Santé Publique.

Selon le responsable technique santé-nutrition de BASE bureau d'Abéché Hissein Djibrine :

L'ONG s'appuie sur l'expertise de professionnels femmes et hommes, engagés à ses côtés pour réaliser ses activités et apporter leurs soutiens aux personnes à travers le pays. Elle intervient également auprès des populations les plus vulnérables et pour répondre de manière durable à des situations de pauvreté. Le personnel de BASE dans son ensemble agit pour amener de la différence dans la vie des autres<sup>176</sup>. Les équipes de bureau d'appui santé et environnement, œuvrent pour soutenir les plus vulnérables où cela est nécessaire, en plaçant au cœur de leurs actions, la motivation, l'engagement et un souci constant du résultat, en déployant des solutions innovantes et le plus profitables pour les bénéficiaires.

### **2.1. Plan d'orientation stratégique de BASE-Tchad**

Le Bureau d'Appui Santé et Environnement a élaboré son premier plan d'action triennal pour la période 2000-2002 qui reposait sur trois domaines prioritaires : la santé publique et communautaire, la protection et la promotion de l'environnement et le développement communautaire et social. Ce plan est resté le seul document de planification formel jusqu'en 2014. Dans le souci de se munir d'un document de planification stratégique, BASE s'est engagée dans l'élaboration d'un Plan d'Orientation Stratégique (POS) pour la période 2015-2019. Le processus d'élaboration de ce plan d'orientation stratégique a

---

<sup>175</sup> Rapport ASRADD-Tchad : *Prise en charge sur la malnutrition*, septembre 2019.

<sup>176</sup> Entretien avec le responsable technique santé-nutrition HISSEIN Djibrine bureau de BASE-Abéché, le 01 septembre 2021 à 12h-05mn

bénéficié de l'appui méthodologique et conceptuel d'une personne extérieure avec une forte implication de l'équipe de BASE. Il s'est déroulé en trois phases : l'analyse des contextes externe et interne ; l'élaboration du plan d'orientation stratégique ; le suivi et l'ajustement du POS 6 mois après son élaboration.<sup>177</sup>

En élaborant ce plan d'orientation stratégique, une question clef se posait : BASE est régulièrement reconnue pour la qualité de son travail technique, mais qu'en est-il de sa capacité en tant qu'acteur de changement dans la société tchadienne ? Telle est la vocation du POS qui veut replacer le BASE comme acteur sur la scène tchadienne autour d'une vision et d'une mission sociétale au cœur de ses activités opérationnelles. Se faisant, BASE ne devra plus être seulement un bon opérateur technique dans le secteur de la santé mais aussi une structure qui apporte sa contribution à la construction d'une société tchadienne nourricière d'avenir et de dignité pour tous les tchadiens. Pour y parvenir, l'élaboration du POS s'est reposée sur une démarche participative et itérative qui a facilité la formulation de la nouvelle vision et mission de BASE et garanti la cohérence de l'ensemble du plan.<sup>178</sup>

---

<sup>177</sup> *Plan d'orientation stratégique 2015- 2019 : BASE-Tchad*

<sup>178</sup> *Ibid.*

**CHAPITRE III : FACTEURS CONTRIBUANT A LA  
MALNUTRITION INFANTILE DANS LA VILLE D'ABECHE**

La malnutrition se définit par les carences, excès ou les déséquilibres dans l'apport énergétique et/ou nutritionnel d'une personne.<sup>179</sup> C'est un état nutritionnel qui est la conséquence d'une alimentation mal équilibrée en qualité et/ou en quantité. En effet, les facteurs de la malnutrition sont multiples : les conflits intercommunautaires et éleveurs agriculteurs, le changement climatique, le manque d'accès à l'eau potable, la pauvreté liée aux chocs économiques et aux inégalités sont autant d'éléments qui peuvent entraîner l'insécurité alimentaire dans des populations vulnérables. L'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans dépend de plusieurs facteurs dans la ville d'Abéché, dont les facteurs environnementaux, les facteurs socioculturels et socioéconomiques qui influencent la malnutrition des enfants par l'intermédiaire des comportements nutritionnels et sanitaires des mères.

Dans ce présent chapitre, il est important de présenter quelques facteurs majeurs qui menacent l'état nutritionnel des enfants âgés de moins de cinq ans dans la ville d'Abéché. Dans un premier temps, il est question d'abord les facteurs environnementaux suivi des facteurs socioéconomiques et enfin les facteurs socioculturels.

## **I. Facteurs environnementaux**

Suite à l'enquête qui a été menée dans le cadre de cette recherche sur la malnutrition infantile, l'environnement est appréhendé à travers les conditions climatiques et le milieu de résidence qui sont les facteurs affectant l'état nutritionnel dans la ville d'Abéché.

### **1. Le climat**

En l'espace de 30 ans, le nombre de désastres naturels : sécheresses, cyclones et inondations, liés aux changements climatiques ont augmenté de manière significative. Les effets de changement climatique sont souvent dramatiques, dévastant des régions déjà vulnérables.<sup>180</sup> Les infrastructures sont endommagées ou détruites, les maladies se répandent rapidement ; les gens ne peuvent plus faire pousser leurs récoltes et élever leur bétail. Selon des études des Nations Unies menées dans plus de 40 pays en développement, la baisse de la production agricole causée directement ou indirectement par les changements climatiques

---

<sup>179</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2006), *Rapport sur la malnutrition*. Disponible sur [www.actioncontrelafaim.org](http://www.actioncontrelafaim.org)

<sup>180</sup> Organisation mondiale de la Santé et Banque Mondiale (2017). Disponible sur <https://www.santénutrition.org>

pourrait augmenter drastiquement le nombre de personnes souffrant de la faim au cours des prochaines années.<sup>181</sup>

D'après l'analyse documentaire, très peu d'études analysent en détails les effets et les menaces liés à la nutrition et à l'insécurité alimentaire en Afrique. D'autre part, les prévisions sur le nombre supplémentaire d'enfants rachitiques ou dénutris (ou autres groupes de population) induit par le changement climatique étaient presque inexistantes dans la littérature. Quantifier ce problème demeure un exercice complexe, en raison de la nature intersectorielle de la nutrition. Les données les plus intéressantes ont été fournies par l'Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires (IFPRI), qui a déclaré que la disponibilité en calories en 2050 risquait de diminuer par tout dans le monde en développement, ce qui aura pour résultat d'augmenter de 24 millions le nombre d'enfants souffrant de malnutrition (0-5 ans), soit 21% de plus par rapport à un monde sans changement climatique, dont presque la moitié vivra en Afrique subsaharienne.<sup>182</sup> Ainsi, le changement climatique anéantira en grande partie l'amélioration des niveaux de malnutrition des enfants qui se serait produite sans changement climatique.

Il est important de noter que l'IFPRI n'a pris en considération que deux indicateurs pour faire ces prévisions : les chiffres de la consommation de calories par habitant et ceux de la malnutrition infantile. Compte tenu des multiples causes de la malnutrition, ce chiffre est une estimation prudente et donc, on pourrait atteindre beaucoup plus rapidement une augmentation de 20% de la malnutrition infantile, ou en d'autres termes, l'augmentation attendue de la malnutrition d'ici 2050 pourrait être bien plus forte.<sup>183</sup> En réalité, l'augmentation de la prévalence de la dénutrition serait plus élevée [que les estimations de l'IFPRI], parce que ce résultat fait uniquement référence à la cohorte d'enfants nés entre 2045 et 2050 ; beaucoup d'enfants nés avant (et après) ces dates seront également mal nourris (à cause de changement climatique) et beaucoup seront encore en vie sont en fait souvent irréversibles. On pourrait également avancer que l'estimation de l'IFPRI ne représente qu'un instantané limité ; une estimation du nombre cumulé des enfants malnutris de 0-5 ans suite au

---

<sup>181</sup> <https://www.actionagainsthunger.ca/les-causes-sous-jacentes-de-la-malnutrition>. Consulté le 28 octobre 2021 à 12h-00

<sup>182</sup> Nelson Erik et al. (2009) Modeling multiple ecosystem services, biodiversity conservation, commodity production, and tradeoffs at landscape scales; cité par MBOUMBA Arnaud, *facteurs explicatifs de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans*. IFORD 2010.

<sup>183</sup> Marcel Crahay et al, 2010. Cité par MBOUMBA Arnaud, *facteurs explicatifs...*op.cit.

changement climatique entre 2020 et 2050 aboutirait à des estimations encore plus alarmantes que celles de l'IFPRI.<sup>184</sup>

Le climat intervient considérablement dans la chaîne causale de la santé des enfants en Afrique subsaharienne pour l'amélioration ou la dégradation de l'environnement.<sup>185</sup> En effet, d'après la recherche sur le climat dans la ville d'Abéché, elle possède trois saisons climatiques : la saison sèche, la saison pluvieuse et la saison fraîche. Plus d'une décennie aujourd'hui que vers la fin de la saison sèche et le début de saison pluvieuse que le cas de la malnutrition infantile s'accroisse, c'est-à-dire en période pics-soudure (Mai – Septembre) de chaque année, suivit d'une accalmie lors de la période post-récolte (Octobre-Mars).<sup>186</sup>

Entretien accordé à ACHTA Haroun, cultivatrice et mère d'enfant malnutri disait ceci :

Depuis qu'on a constaté le changement climatique dans cette ville, aujourd'hui il faisait plus de 15 ans. Durant cette période il pleuvait que 2 à 3 mois seulement par saison et souvent la pluie n'était pas abondante, quand il pleut aujourd'hui, parfois on attend jusqu'à 2 semaines après qu'il pleuvait encore, tout ça, à cause de changement climatique. Auparavant, après chaque récolte on vend certains de nos produits pour subvenir d'autres besoins, mais toutes ces dernières années, les récoltes sont catastrophiques, et cela qui est à l'origine de sous-nutrition ou de la malnutrition nos enfants.<sup>187</sup>

De nombreux auteurs ont identifié le climat comme déterminant de la malnutrition, de morbidité et de la mortalité des jeunes enfants (Leton, 1979 ; Gaigbe, 1986 ; Akoto & Hill, 1988 ; Dackam & al, 1993 ; Cantrelle, 1996). Leurs études ont montré que le climat peut influencer directement en favorisant la régulation thermique ou indirectement, dans certaines régions que d'autres, en dégradant l'environnement par la pollution de l'eau et des ressources en alimentation. Cela favorise l'apparition de certaines maladies infectieuses qui affectent à leur tour l'état nutritionnel des enfants.<sup>188</sup>

Les fluctuations locales des conditions climatiques qui exercent une influence sur la qualité des sols peuvent induire des variations dans la production agricole. Cette dernière est

---

<sup>184</sup> Ainslie Jean BUTLER, *Impact sur la santé du réchauffement climatique dû au changement climatique : effets potentiels sur les maladies chroniques non transmissibles*. Revue internationale de santé publique 55 (2), 97-103, 2010

<sup>185</sup> Akoto Eliwo. (1993), *Déterminants socioculturels de la mortalité des enfants en Afrique noire : hypothèses et recherche d'explication*, Université Catholique de Louvain. ACADEMIA-ERASME, 25, Grand Rue, bte 115, B-1348 Louvain-la-Neuve, 269p.

<sup>186</sup> Enquête smart...op.cit.pp57-58

<sup>187</sup> Entretien avec ACHTA Haroun cultivatrice et mère d'enfant malnutri, le 07 septembre 2021 à 11h-00

<sup>188</sup> Lassana CAMARA. *Les facteurs associés à la malnutrition des enfants de moins de cinq ans en Guinée*. Mémoire de DESSD, IFORD, 2005.

susceptible d'affecter de façon inégale l'état nutritionnel des enfants, car chaque climat correspond à un type de végétation et des ressources végétales et animales spécifiques. Les individus se nourrissent différemment selon les ressources alimentaires disponibles dans leurs régions de résidence. Le climat détermine donc en partie la façon dont les populations se nourrissent.<sup>189</sup> L'étude des facteurs climatiques va donc de pair avec celle des facteurs de la malnutrition. Les aléas climatiques favorisent l'apparition de certaines maladies. Les périodes froides enregistrent la prolifération des affections diarrhéiques, a contrario, les périodes de sécheresse celle de la rougeole et l'on sait que ces infections affectent gravement l'état nutritionnel des enfants.<sup>190</sup>

L'abondance ou la rareté des précipitations a également une incidence sur la disponibilité des ressources en eau et des aliments. A Abéché, il existe deux saisons : une saison sèche plus longue, et une saison pluvieuse, plus courte. Cette situation des pluies renvoie à la saisonnalité de la malnutrition due à la variation des trois composantes climatiques citées plus haut. Celles-ci conditionnent la disponibilité en eau, surtout dans les zones sans adduction d'eau alors qu'on sait que la consommation directe de l'eau mauvaise qualité ou son usage pour la préparation des aliments, surtout les aliments de sevrage du nourrisson, expose à la morbidité.<sup>191</sup>

## **2. Le milieu de résidence**

Les milieux urbains et ruraux sont diamétralement opposés en ce qui concerne les modes de vie et les types d'activités. Ces disparités se traduisent par des risques inégaux d'exposition à la malnutrition entre les populations urbaines et rurales. D'après les données de l'enquête MICS, la proportion des enfants malnutris est en général plus élevée en zone rurale qu'en zone urbaine. La ville se distingue de la campagne par la diversité des produits alimentaires disponibles sur le marché, par un niveau d'instruction plus élevé, par la présence d'infrastructures socio-économiques, socioculturelles et d'équipements sanitaires. C'est dans les villes et en particulier dans des grandes villes que se concentrent les hôpitaux de référence. Du fait de la présence de ces équipements, il est plus facile de mettre en œuvre des mesures de

---

<sup>189</sup> Agbessi et al, 1987. Cité par Lassana CAMARA, *les facteurs associés à la malnutrition des enfants de moins de cinq ans en Guinée*, Mémoire de DESSD, IFORD, 2005.

<sup>190</sup> Gaigbe, 1986...op.cit.p99

<sup>191</sup> Maloum Doutoum. *Les différences régionales de la malnutrition infanto-juvénile au Tchad : recherche des facteurs explicatifs*. Mémoire de DESSD, IFORD, 2013.p73

santé publique en ville que dans les campagnes.<sup>192</sup> Une étude des Nations Unies a montré que l'avantage des enfants de cadres sur les enfants des autres catégories socioprofessionnelles inférieures est plus important en milieu urbain qu'en milieu rural.<sup>193</sup> Cela explique en partie par l'accès en ville à un choix d'aliments plus important qu'en milieu rural. Le milieu de résidence exerçait ainsi une influence sur les pratiques alimentaires des mères.

## II. Facteurs socioéconomiques

Le niveau de vie du ménage, dépend de la situation socioéconomique de chaque famille. La santé de l'enfant évaluée à travers l'état nutritionnel, de qualité des aliments consommés et des soins reçus en cas de maladie. Dans cette partie il allait évoquer en premier lieu l'activité économique du père suivi de l'activité économique de la mère.

### 1. L'activité économique du père.

L'activité économique du père de famille détermine le revenu du ménage de manière générale. Le salaire est souvent difficile à saisir, on utilise donc l'activité du conjoint pour réaliser des approximations de son revenu. Les études relatives à l'activité du père contrairement à celle de la mère ont beaucoup insisté sur l'apport financier et matériel qu'elle procure. L'activité du père peut affecter la qualité et la quantité des aliments donnés à l'enfant, l'accès du ménage à l'eau potable, aux soins médicaux et à l'amélioration des conditions sanitaires immédiates dans lesquelles ceux-ci vivent.<sup>194</sup>

**Tableau n° 8:** répartition des enquêtées selon l'activité socioprofessionnelle du mari

<b>Fonction du mari</b>	<b>Pourcentage</b>
Commerçant	23,12
Contractuel	8,54
Cultivateur	30,15
Débrouillard	33,17
Etudiant	0,50
Fonctionnaire	4,52
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

Le tableau ci-dessus résume l'activité socioprofessionnelle du mari par pourcentage. Ainsi, 23, 12 % des pères des enfants malnutris pratiquent les activités commerciales, 8,54 % sont en

<sup>192</sup> Frédéric Kobelembi. *La malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans. Dans l'enfant en Centrafrique : Famille, santé, scolarité, travail.* Collection : questions d'enfances. Karthala. 2004.pp123-125

<sup>193</sup> Nations Unies (1985). Cité par DACKAM Natchou R. (1990), *L'éducation de la mère et la mortalité des enfants en Afrique*, Yaoundé, les cahiers de l'IFORD n° 2.

<sup>194</sup> Nations Unies, 1985. Cité par Ngo Nsoa. *Les différences régionales de la malnutrition infanto-juvénile au Cameroun, recherches des facteurs explicatifs*, IFORD Yaoundé (2001).

état des travaux contractuels, 30,15 % ce sont des cultivateurs, 33,17 % sont des débrouillards, donc 0,50 % d'entre eux sont des étudiants et 4,52 % ce sont des fonctionnaires. Selon ce tableau, la majeure partie est dans les activités informelles, et cela explique leur incapacité de prise en charge du ménage ou d'assumer leur responsabilité.

## **2. L'activité économique de la mère**

L'activité économique détermine le comportement de la mère en matière de nutrition. Beaucoup de chercheurs utilisent souvent l'activité des deux parents ou seulement de la mère. De par sa nature, l'activité économique de la mère exerce une influence sur l'état nutritionnel et de santé de l'enfant. Deux approches sont souvent retenues pour étudier cette influence. La première envisage l'activité économique en termes de temps consacrés aux soins de l'enfant et la seconde en termes de revenu disponible pour assurer un mieux-être à son enfant. Selon le cas, elle peut exercer une influence négative ou positive sur l'état nutritionnel des jeunes enfants.<sup>195</sup>

Entretien avec HADJA FATIMA Mahamat, commerçante et mère d'un enfant malnutri affirme que :

J'ai commencé de faire le commerce juste après notre divorce. J'ai trois enfants avec moi sous mes charges. Deux mois après notre séparation que leur papa est décédé. Ainsi, avec le commerce que je faisais, là je nourris mes enfants, et aujourd'hui déjà 2 mois que mon dernier enfant-ci, souffre de la malnutrition. Auparavant, quand je partais au marché je laisse l'enfant avec sa tante et ses frères et depuis qu'il ne se sentait pas bien, là je le prenais souvent avec moi pour aller au marché malgré qu'il soit difficile pour moi. Depuis qu'il avait 6 mois, qu'il a refusé le sein et dès lors son sevrage a commencé. Souvent on le donne le biberon et on prépare aussi la bouillie qu'il mange et il mange la nourriture familiale. Depuis qu'on l'avait conduit au centre de santé, là-bas nous donne le plumpy-nut<sup>196</sup> et farine de céréale pour lui préparer la bouillie.<sup>197</sup>

Les besoins nutritionnels de l'enfant augmentent du fait de sa croissance et une mère ne disposant pas de moyens n'en est pas consciente. Son faible pouvoir économique ne lui permet pas d'améliorer en quantité et en qualité l'alimentation de son enfant et de lui offrir les soins nécessaires. C'est ainsi que plusieurs études mettent l'accent sur l'activité économique des femmes, même si celle qui leur conjoint détermine le pouvoir d'achat du ménage, son

---

<sup>195</sup> Frédéric Kobelembi, la malnutrition...op.cit. p63

<sup>196</sup> Plumpy-Nut, est un produit dédié à la réhabilitation nutritionnelle des enfants à partir de 6 mois et des adultes souffrant de malnutrition.

<sup>197</sup> Hadja Fatima Mahamat, commerçante et mère d'un enfant malnutri. Le 07 septembre 2021 à 12h-05 mn

accès à l'eau potable et d'autres infrastructures nécessaires.<sup>198</sup> En ce qui concerne particulièrement l'influence négative de l'activité de la femme sur l'alimentation, on note que les femmes qui travaillent sont souvent confrontées aux conflits d'intérêts entre le temps de travail et le temps à consacrer aux soins des enfants.<sup>199</sup> L'activité de la femme peut l'amener à écourter la durée de l'allaitement maternel et à pratiquer le sevrage précoce, cause majeure de malnutrition.<sup>200</sup> Si dans les pays développés, les femmes qui travaillent hors du foyer recourent aux structures organisées pour assurer la garde des enfants, en Afrique subsaharienne, elles n'ont pas d'autres moyens que de confier leur enfant à d'autres membres de la famille ou à une femme du ménage, qui souvent très jeune, ne maîtrise pas encore les pratiques d'hygiène alimentaires et corporelles. Cela a une incidence négative sur les soins apportés aux enfants notamment en ce qui concerne leur alimentation.<sup>201</sup>

Entretien avec une femme commerçante et mère d'un enfant malnutri affirme :

J'ai opté de faire le commerce, parce que je n'avais pas le choix. Mon mari est un débrouillard et il ne dispose pas de moyen, parfois ça arrive qu'il passe trois jours sans apporter un grain de mil à la famille, et ce qui est pire encore, quand la saison pluvieuse commence, pendant cette période, on commence à aller au champ. Ainsi, raison pour laquelle, j'avais opté de faire le commerce des condiments verts, afin de gagner quelque chose pour contribuer dans notre foyer. Le commerce me permet à travers le peu que je gagne, de s'occuper de certains besoins et surtout des enfants. Parfois je participe à la réunion entre les amies et cela me permet d'épargner davantage pour préparer la saison prochaine. S'agissant de l'occupation de mon enfant, il est difficile pour moi de faire le commerce et d'occuper ou tenir en même temps l'enfant. Tant qu'il est en bonne santé, il reste avec ses frères et surtout ma fille aînée s'occupe de lui et, parfois on l'amène chez sa grand-mère. Depuis qu'il est tombé malade, son état de santé ça se dégrade de jour en jour. Donc j'ai décidé finalement d'arrêter le marché et on suit son traitement dans le centre de santé. Dès qu'il aura la santé, je vais reprendre mes activités.<sup>202</sup>

En revanche, l'occupation de la femme constitue une source de revenu nécessaire à l'achat des biens et des services relatifs aux soins en général et à l'alimentation en

---

<sup>198</sup> Ngo Nsoa. *Les différences régionales de la malnutrition infant-juvénile...* op.cit.p45

<sup>199</sup> Rakotandrape, (1996). Cité par Frédéric Kobelemi, dans *l'enfant en Centrafrique ...* op.cit.

<sup>200</sup> Akoto Eliwo et Hill A. (1988), *Les inégalités socio-économiques et socioculturelles devant la mort*, in Pison G, Van de Wall E. et Sala-DIAKANDA D. (eds), *Mortalité et société en Afrique au sud Sahara*, Paris, travaux et document de l'INED n° 124.

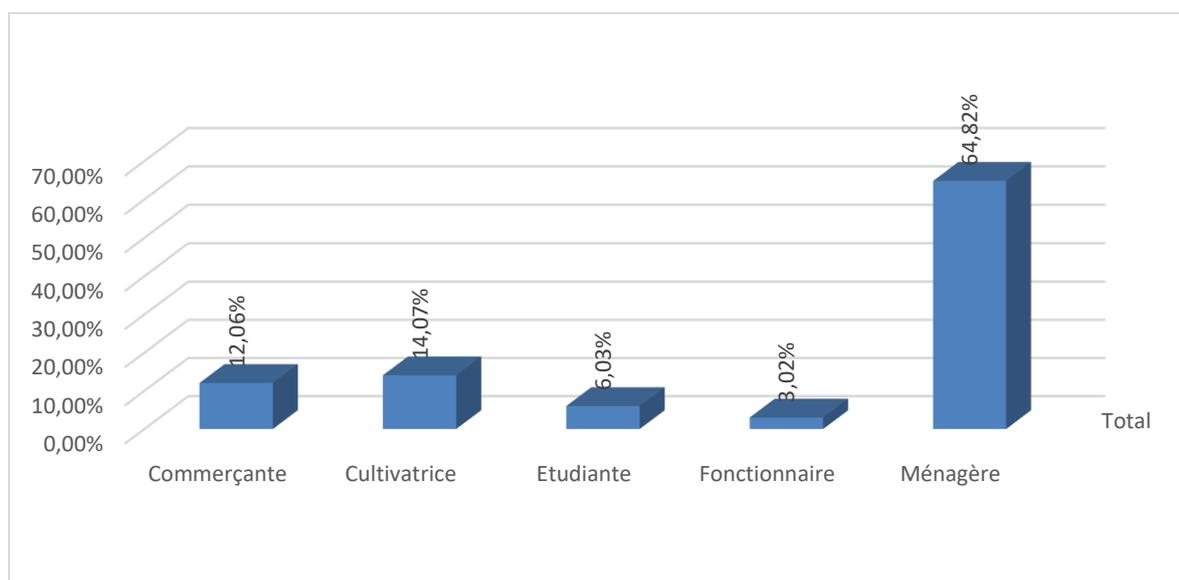
<sup>201</sup> M.C. Gregor (1987), *The significance of parasitic infections in Terms of Clinical Disease: a personal view*, in parasitology 94: pp. 78-159; cité par MBOUMBA Arnaud. Facteurs explicatifs... op.cit.

<sup>202</sup> Entretien avec FATOUMA Brahim commerçante et mère d'un enfant malnutri. Le 04 septembre 2021 à 10h 15mn

particulier.<sup>203</sup> Dans ce cas, l'exercice d'une activité économique par la mère sera bénéfique à la croissance de l'enfant, en venant renforcer le pouvoir d'achat de son conjoint. Il s'en suit un meilleur choix d'aliments à donner à l'enfant.<sup>204</sup> Ainsi, la personne chargée de gérer le budget a une influence intentionnelle ou pas, à la fois sur le régime alimentaire de la famille et sur celui des enfants.<sup>205</sup> Cet auteur trouve que quand le contrôle de la mère sur les finances du ménage est faible, cela agit négativement sur les combinaisons alimentaires.

Par ailleurs, l'activité économique de la mère peut avoir une influence positive sur l'état nutritionnel des enfants. A ces propos, certains auteurs pensent que le fait que la mère travaille ou non, et, si oui, dans la famille ou à l'extérieur, peut avoir des conséquences sur l'alimentation des jeunes enfants.<sup>206</sup> Ainsi, l'activité d'une mère constitue une source de revenu nécessaire renforçant celle du conjoint et influençant directement la sécurité alimentaire du ménage. Cette activité permet à la femme d'avoir un pouvoir d'achat élevé pour subvenir aux besoins alimentaires de l'enfant.

**Graphique n° 1:** répartition des enquêtées selon l'activité socioprofessionnelle.



Le graphique ci-dessus nous montre les activités socioprofessionnelles des mères des enfants malnutris par pourcentage. Ainsi, 12,06 % des mères pratiquent l'activité commerciale, 14,07 % sont de cultivatrices saisonnières, 5,03 % d'entre elles sont instruites,

<sup>203</sup> Noumbissi, 1993 ; Ngo Nsoa, 2001 ; cité par Frédéric kobelembi, sur la malnutrition...op.cit. p76

<sup>204</sup> Ngo Nsoa, 2001 ; cité par Frédéric .... Op.cit.

<sup>205</sup> LATHAM M, (2001), *La malnutrition dans les pays en développement*, FAO, Rome/Italie, 515 P.

<sup>206</sup> Akoto ELIWO et Dominique TABUTIN, *Inégalités socio-économiques en matière de mortalité en Afrique au Sud de Sahara*. Louvain-la-Neuve, Belgique : CIACO, cop.vol.1 1987 p. 45.

3,02 des mères sont de fonctionnaires et 64,82 % sont de ménagères. A cet effet, ce résultat prouve que la majeure partie des mères sont illettrées et n'ont moins de connaissances sur la malnutrition et plus de cinquante pour cent sont de ménagères, donc elles ne contribuent rien dans leur foyer sur le plan économique.

### III. Facteurs socioculturels

Les facteurs socioculturels regroupent l'ensemble des éléments qui agissent sur les valeurs, les normes traditionnelles et culturelles qui façonnent les attitudes et les comportements des individus face à leur survie. Certains auteurs soulignent que chaque société possède un ou des systèmes nosologiques et étiologiques qui leur permettront de générer des stratégies thérapeutiques selon l'origine de la maladie et les acteurs mis en jeu.<sup>207</sup> En Afrique en générale, on retrouve une dichotomie entre les maladies naturelles et maladies provoquées par la sorcellerie, les génies, etc. La prise en compte des facteurs naturels tels que l'ethnie, les croyances sociales et la religion s'avère cruciale dans une approche explicative de l'état nutritionnel des enfants en Afrique au sud du Sahara.<sup>208</sup> Il existe un grand nombre de croyances et coutumes qui exacerbent les carences nutritionnelles des enfants liées à une insécurité alimentaire chronique et ou saisonnière.<sup>209</sup>

Selon ces derniers, le fait de ne pas améliorer le régime alimentaire pourrait être dû à un manque de connaissance sur la vulnérabilité nutritionnelle et les besoins nutritionnels accrus par les mères. Ces tabous alimentaires privent souvent les enfants de nutriments favorables à leur croissance. La culture n'influence pas seulement les modes de vie des individus, elle détermine aussi leurs habitudes alimentaires, leurs préférences ainsi que leur mode de conservation des aliments.<sup>210</sup> L'auteur ira plus loin pour souligner l'importance de la culture et de l'organisation sociale, notamment pour la compréhension de certaines habitudes alimentaires. A ce propos, il propose la question sur l'importance pour un ménage de vivre décemment, si la culture à travers ses interdits sociaux ne permet pas à l'enfant de consommer un bien nécessaire à sa croissance.<sup>211</sup>

---

<sup>207</sup> Cantrelle et Lokoh, 1990, cité par LASSANA Camara, les facteurs associés...op.cit. p33

<sup>208</sup> Akoto ELIWO, *Déterminants socioculturels de la mortalité des enfants en Afrique noire, Hypothèses et recherche d'explication*. Louvain-la-Neuve, Academia, 1993.

<sup>209</sup> Beker et al, (1993), cité par Frédéric Koblembi, dans l'enfant...op.cit.

<sup>210</sup> Ibid.

<sup>211</sup> Beker et al, (1993), cité par Frédéric Koblembi, dans l'enfant...op.cit.

Ainsi, un autre auteur prouve d'ailleurs, en montrant comment les planificateurs de la santé font face à de nombreux problèmes, notamment les problèmes relatifs aux croyances et aux pratiques traditionnelles.<sup>212</sup>

Il existe donc une discordance entre les actions proposées et les conceptions populaires de la nutrition. Plusieurs mythes et rites sont établis autour de l'alimentation, à l'instar des interdits alimentaires liés au statut de la femme. Certains aliments, la plupart du temps riches en protéines, sont considérés comme les principales sources de malformations et de maladies observées chez les nouveau-nés. Or, pendant cette période par le cordon ombilical, la mère transmet des éléments nutritifs essentiels à l'enfant, éléments qu'il utilisera pendant ses six premiers mois de vie. En plus de ces proscriptions liées à la grossesse, certaines sont également présentées à l'enfant après sa naissance. Par ces pratiques, l'enfant est privé d'aliments de construction et devient mal nourri. Et quand bien même la malnutrition apparaît, on note encore, une dissonance entre les interprétations populaires et biomédicales des symptômes.<sup>213</sup>

### **1. Le niveau d'instruction de la mère**

Certaines études mettent aussi en évidence l'importance du niveau d'instruction de la femme sur le statut nutritionnel de l'enfant. Principal gestionnaire de la santé et de la nutrition familiale, la femme est garante de la qualité des aliments et des soins apportés aux enfants. Parmi les variables étudiées, le niveau d'instruction de la mère a le plus d'incidence sur l'état nutritionnel des jeunes enfants.<sup>214</sup> Certaines études montrent le rôle prépondérant du niveau d'instruction de la mère dans la baisse de la malnutrition. Son mécanisme d'action est multiple : d'abord, l'instruction de la femme favorise le rejet de certains comportements normatifs traditionnels défavorables à la croissance de l'enfant.<sup>215</sup> Ensuite, elle favorise le recours aux soins de santé modernes, à l'eau potable pour l'enfant, à la pratique d'une hygiène domestique appropriée.

### **Graphique n° 2 : répartition des enquêtées selon la situation matrimoniale**

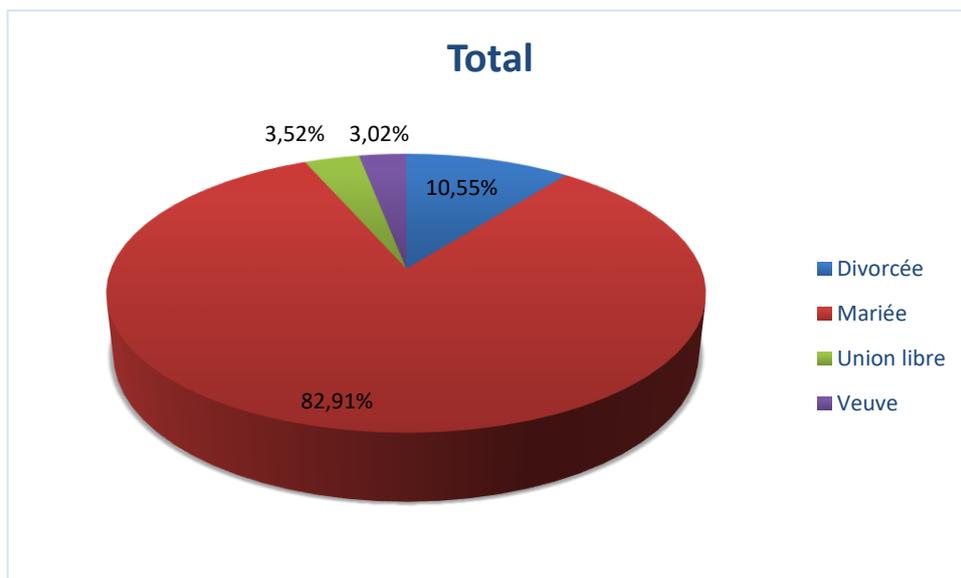
---

<sup>212</sup> JAFFRE Yves, (1996), Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger », Sciences sociales et santé, vol. 14, n°1, CNRS, PP 41-72.

<sup>213</sup> Caldwell, (1979) et (1980); Dackam, 1990; Ngo, 2001. Cité par Frederic Kobelembi...op.cit.

<sup>214</sup> Ibid.

<sup>215</sup> Ibid.



Le graphique ci-dessus explique la répartition de la situation matrimoniale par pourcentage des mères des enfants malnutris. Donc 10,55 % des mères sont divorcées, 82,91 % sont mariées, 3,52 % d'entre elles sont en union libre et 3,02 % sont de veuves. Ainsi, la majeure partie de ces mères sont dans leur foyer.

L'instruction de la mère permet d'accéder à des travaux rémunérés et donc de faire des choix orientés vers l'achat des biens et des produits de bonne qualité nutritionnelle.<sup>216</sup> Ainsi en Thaïlande, l'état nutritionnel des enfants s'est amélioré depuis vingt ans grâce à l'augmentation du niveau d'alphabétisation des femmes. De ce fait, leur proportion importante dans la main-d'œuvre leur confère un rôle décisionnel de premier plan dans la famille.<sup>217</sup>

Entretien avec un agent de centre de santé Salamat, chargé de sensibilisation de mères des enfants malnutris disait ceci :

La plupart de mères des enfants malnutris qui fréquentent ce centre de santé, ce sont des analphabètes, elles ne nous aident pas à l'amélioration de santé de leurs enfants malgré nos multiples efforts. Dans ce centre on n'a jamais cessé de prodiguer le conseil aux mères, tous les jours de distributions on est présent seulement qu'à réitérer nos mots. Par contre une mère instruite, doit au minimum veiller sur l'alimentation de son enfant, et surtout les aliments nutritifs que nous distribuons chaque semaine à leurs enfants.<sup>218</sup>

<sup>216</sup> SAHN, (1990), cite par NGO Nsoa, sur les différences régionales...op.cit.

<sup>217</sup> Rapport UNICEF, (1998).

<sup>218</sup> Entretien avec ABBA Abdelkerim, responsable communautaire dans le centre de santé Salamat. Le 09 septembre 2021 à 12h-00

Par ailleurs, l'instruction permet l'accumulation de connaissances médicales modernes. Un tel enseignement donné à la mère pour changer ses attitudes et modifier significativement l'état nutritionnel des jeunes enfants ; ceci sans toutefois exiger des ressources économiques supplémentaires.<sup>219</sup> On peut donc affirmer que le niveau d'instruction de la mère détermine son comportement en matière de soins de santé et en matière de nutrition des enfants (allaitement, sevrage, aliment de complément). En Centrafrique, l'instruction contribue à une réduction du retard de croissance. En effet, les enfants issus des mères non instruites ont une proportion de retard de croissance de 37 %, qui passe de 32 % lorsque la mère a un niveau d'instruction primaire et 24 % lorsqu'elle a un niveau secondaire ou plus. Sous sa forme sévère, elle est estimée respectivement, 17 %, 12% et 9%.<sup>220</sup> Ce résultat révèle une fois de plus la nécessité d'éduquer les femmes. Le niveau d'éducation de la mère indique aussi son degré d'assimilation de la technologie moderne. En effet, les parents instruits ont une forte proportion à acquérir des moyens d'information modernes (prospectus, journaux, radio et télévision). C'est à travers ces médias que sont souvent véhiculées les informations (conseils) sur l'alimentation du nourrisson et sur les nouvelles pratiques médicales. Le niveau d'instruction de la mère est aussi un indice de la catégorie sociale de la femme.<sup>221</sup> Plus une femme a un niveau d'instruction élevé, plus elle a de chances de disposer d'un revenu qui lui permette d'accéder aux biens modernes et aussi d'attirer les hommes aisés.<sup>222</sup>

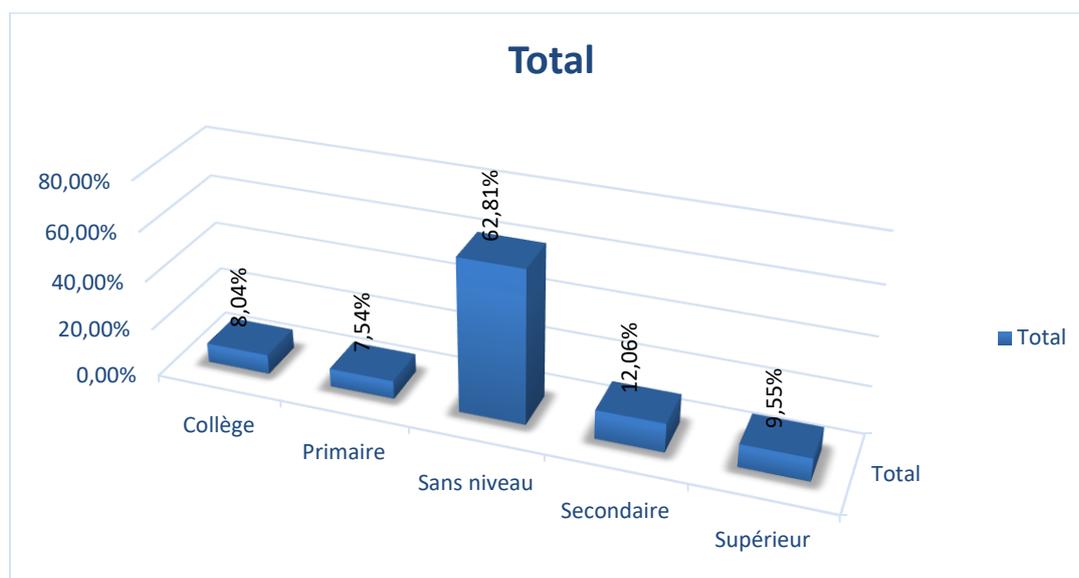
---

<sup>219</sup> Dackam Ngatchou (1990) ; Van der Pol, (1988), *Niveau d'instruction de la mère et mortalité : Une évaluation critique*, les Annales de l'IFORD, vol 12, n°1, PP 25-47.

<sup>220</sup> EDSR-CA, (1995). Cité par Frédéric Kobelembi. Sur la malnutrition.... Op.cit.

<sup>221</sup> Noubissi, (1996) ; Ngo Nsoa ; cité par Tanang TCHOUALA, *Facteurs explicatifs de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans au Cameroun*. IFORD, 2009

<sup>222</sup> Nations Unies, 1985...op.cit. p72

**Graphique n° 3:** répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction

Le graphique ci-dessus, nous montre la répartition de niveau d'instruction des mères des enfants malnutris ou des enquêtées. Parmi celles-ci, 7,54 % ont abandonné les cours au niveau primaire, 8,04 % d'entre elles sont arrivées jusqu'au collège, 12,06 % sont au niveau secondaire et certaines parmi elles, ont déjà abandonné, 9,55 % sont arrivées au niveau supérieur et 62,81 % restent sans niveau.

Les femmes instruites sont aussi celles qui épousent souvent des hommes instruits ayant un statut professionnel élevé, ce qui renforce le pouvoir d'achat du ménage, puis influence la qualité des aliments et des soins que reçoivent les enfants.<sup>223</sup> En Asie du Sud-Est, des études ont montré que l'élévation de taux de malnutrition est due essentiellement aux facteurs tels que le faible accès des femmes à la scolarisation.<sup>224</sup> Au Pakistan par exemple, le niveau élevé de la malnutrition s'explique par le niveau très élevé d'analphabétisme des femmes dû à la discrimination dont elles sont l'objet dans la société.<sup>225</sup> Ainsi, un auteur a souligné dans une étude portant sur 56 pays en développement, qu'il est plus important d'améliorer l'instruction maternelle que d'augmenter l'effectif du personnel médical pour

<sup>223</sup> Rakotondrabe F. P, (1996) *Facteurs de la mortalité des enfants à Madagascar*, les cahiers de l'IFORD n° 10. Cité par MBOUMBA Arnaud, facteurs explicatifs...op.cit.

<sup>224</sup> Rapport Unicef...op.cit.

<sup>225</sup> Ibid.

qu'il y ait une baisse de la mortalité des enfants, bien que la pénurie de personnel de santé soit parmi les principaux problèmes à résoudre pour améliorer la santé des enfants.<sup>226</sup>

## 2. Négligence sociale

Depuis de nombreuses années, la notion de « négligence sociale » est évoquée par des chercheurs en sciences sociales (anthropologues, démographes etc.) comme pouvant exercer une influence sur la malnutrition. Une première thèse sociodémographique suggérait que certains enfants des pays en voie de développement seraient moins investis que d'autres au sein de familles à descendance élevée. Avec de petits espacements de naissance entre les enfants, les derniers nés recevraient moins de soins médicaux que ceux qui ont passé le cap de la première année.<sup>227</sup> La négligence maternelle et sociale dans cette thèse place la mortalité infantile comme une réponse à une forte fécondité. La taille de la famille correspond au temps et aux ressources dont elle dispose.<sup>228</sup> Ainsi, pour cet auteur, le manque de compétence maternelle invoqué par certains organismes internationaux, précisément lors de la rééducation nutritionnelle de l'enfant, n'est pas un manque d'intelligence, de savoir ou d'habileté de la femme mais plutôt une absence d'engagement de la mère vis-à-vis de l'enfant.

Une deuxième thèse d'une anthropologue américaine, Scheper-Hugues, s'appuie essentiellement sur des critères culturels. Selon cet auteur, la négligence sociale est liée aux représentations de l'enfant et de la maladie infantile. Elle fonde son argumentation sur l'observation d'un manque de manifestation affective à la mort d'un enfant.<sup>229</sup> Cette mise en relation entre l'expression sociale de l'émotion et l'affect pose la question des relations entre le psychologique et le culturel. Par ailleurs, selon une ethnologue, l'absence de larmes à la mort d'un enfant témoigne de la construction sociale de l'attachement maternel, lui-même fondé sur les représentations de la maladie et de la mort, alors que, pour certains membres du personnel de santé, il révèle une moindre affectivité résultant d'un vécu répété de mort d'enfants.<sup>230</sup>

---

<sup>226</sup> Flegg ANTHONY, (1982), *Inequality of income, illiteracy and medical care as determinants of infant mortality in underdeveloped countries*. In population studies, vol 36 n°3, PP-458.

<sup>227</sup> Scrimshaw, (1978); cite par Tanang...op.cit.

<sup>228</sup> Frank ODILE, (1994), *Echanges intrafamiliaux et recul de la fécondité en Afrique : quelques réflexions sur les interactions mère-enfant*, in : Koffi N, Guillaume A, Vimard P, Zanou B. (eds), *Maitre de la croissance démographique et développement en Afrique*, ORSTOM, Coll. Colloques et séminaires, Paris, pp 83-96.

<sup>229</sup> Scheper-Hugues, (1991), cité par Frédéric Kobelembi, dans « L'enfant...op.cit.

<sup>230</sup> Crapanzano VINCENT, (1994), *Réflexions sur une anthropologie des émotions*, Terrain n°22, pp 109-117.

Si la problématique mise à jour par la notion de « négligence sociale » est critiquable, c'est parce que la culture est considérée comme un obstacle au développement ; un obstacle ici à l'amélioration de la santé de l'enfant et même à sa survie. La mort de l'enfant, attribuée à une négligence sélective de la mère, déresponsabilise les services de santé qui ont déjà tendance à culpabiliser les mères. Ce message de « mauvaise mère » ne peut avoir que des effets négatifs et conduire la femme à ne plus se présenter au service de santé. Toutefois, elle a l'intérêt de poser la question de la responsabilité sociale de la maladie de l'enfant (l'enfant-auteur, la mère, la famille, le groupe social, l'Etat) selon la place où se situe. La notion de négligence sélective introduit aussi l'idée que la malnutrition est une forme de maltraitance à l'égard des enfants par « délit » d'indifférence parentale.<sup>231</sup> Si cet argumentaire, pris au cas par cas, peut s'avérer parfois exact, il suggère, au regard de la protection de l'enfance, l'éventuelle condamnation des parents d'enfants malnutris pour « mise en danger de la vie d'autrui ».

L'étude des représentations de la maladie dans les différentes sociétés africaines permet, d'emblée, de comprendre la difficulté d'un dialogue entre des interlocuteurs qui n'ont pas les mêmes catégories de pensée. La principale difficulté dans le cas de la malnutrition, réside dans le fait que les populations ne l'associent pas à un problème alimentaire : c'est une maladie.<sup>232</sup> De fait, les mères ne se déplacent pas vers une structure de soins pour un amaigrissement de leur enfant, mais pour une diarrhée ou une fièvre persistante.

Un autre anthropologue aborde la question de certaines de ces catégories d'interprétation. Le déséquilibre physiologique de l'enfant est associé dans certaines sociétés africaines (Sogo et Séré par exemple dans le contexte du Burkina Faso) à une déviance sociale. Il rappelle aux parents, et donc à la société, l'exigence d'une maîtrise des rapports sexuels après la naissance d'un enfant. Cela ne signifie pas pour autant que toute malnutrition soit systématiquement associée à un désordre social. Ces catégories ont des causes variées et variables selon l'histoire du sujet et de sa famille, selon l'apparition des symptômes et l'évolution de la maladie.<sup>233</sup> Selon Jaffre, le système interprétatif n'est jamais ferme et il

---

<sup>231</sup> Mead MARGARET, (1962), *La carence maternelle du point de vue de l'anthropologie culturelle*, in : la carence de soins maternels : Réévaluation de ses effets, Genève, OMS (Cahiers de santé publique, n°14).

<sup>232</sup> Bonnet DORIS, (1996). *Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant*. Sciences sociales et santé, Vol 14, n°1. CNRS, pp 5-16.

<sup>233</sup> Myriam Roger-Petit Jean, (1996), *Représentations populaires de la malnutrition au Burkina Faso*. Sciences Sociales et Sante, 14-1, pp17-40

autorise aussi bien une explication mécanique (« l'enfant est né petit et menu ») que surnaturelle (sorcellerie) ou sociale (interdit sexuel du post-partum) et aujourd'hui médicale.

Akoto quant à lui, analyse les raisons qui conduisent les mères à ne pas « voir » la maladie de leur enfant. L'explication qu'il en donne s'appuie sur la théorie des étiologies sociales. A ce titre, il explore la notion de « danger », cause évoquée par l'entourage du malade pour justifier la maladie. Cette procédure méthodologique s'abstient là aussi, de tout jugement moral. Il n'y a pas « un qui sait » et « un qui ignore », il y a deux mises en perspective de la maladie. Progressivement, on mesure le malentendu qui peut s'installer entre les individus. D'un côté, le personnel soignant par ses recommandations, a appréhendé la malnutrition davantage comme un déséquilibre nutritionnel que comme une maladie ; de l'autre, la famille du malade qui ne comprend pas les raisons pour lesquelles on n'administre pas à l'enfant des médicaments. Supplémentation nutritionnelle et médicament n'ont pas le même statut : la nourriture est collective, le médicament individuel. Il est donc admissible d'un point de vue social, pour les populations d'acheter à l'enfant un médicament que de privilégier un membre de la fratrie au niveau alimentaire. La supplémentation nutritionnelle effectuée dans une famille rurale polygame au bénéfice de l'un des enfants risque de susciter des conflits entre les épouses. Ce qui peut être perçu comme un « favoritisme » risque de créer une jalousie entre deux ou plusieurs femmes aux relations déjà marquées par la concurrence.<sup>234</sup>

### **3. Le sevrage de l'allaitement**

Le sevrage est l'arrêt définitif de l'allaitement maternel, c'est aussi le passage de l'allaitement à une alimentation solide ou semi-solide. C'est le moment à partir duquel l'enfant reçoit autre chose en complément du lait de sa mère. Il s'agit d'aliments protéiques nécessaires pour l'enfant qui plus atteint.<sup>235</sup> On connaît surtout le sevrage de l'allaitement classique, celui mené par la maman lorsqu'elle décide d'arrêter d'allaiter son enfant. Dans ce cas, la maman décide d'allaiter son enfant aussi longtemps qu'il le désire, elle répond ainsi pleinement à ses besoins et se laisse guider. Lorsqu'il est vraiment prêt à se détacher du sein, il le demande de moins en moins, pouvant même passer une ou plusieurs journées sans le

---

<sup>234</sup> JAFFRE Yves (1996), *Dissonances entre...*op.cit. p48

<sup>235</sup> Akoto ELIWO, (1985), *Mortalité infantile et juvénile en Afrique : niveaux de caractéristiques, causes et déterminants*, CIACO Editeur, Louvain-la-Neuve, p273.

réclamer puis il revient parfois un peu en arrière et un jour il ne tète plus. Il est sevré sans heurt, ni pression, à son propre rythme.<sup>236</sup>

Pour plusieurs jeunes mères, l'allaitement au sein est le meilleur moyen d'établir une relation privilégiée avec leurs enfants. Plusieurs recherches ont d'ailleurs démontré que l'allaitement maternel pendant les premiers mois de vie avait de nombreux avantages, autant pour la santé physique du bébé que pour la création de liens d'attachement, voire pour le développement des capacités intellectuelles. Mais, comme même les meilleures choses ont une fin, le moment arrive éventuellement où il est nécessaire de sevrer le bébé. Et cette transition inévitable n'est pas toujours facile, tant pour la mère que pour le nourrisson. Ainsi, il n'y a pas de moment parfait ou d'âge idéal pour commencer le sevrage de l'allaitement maternel. Les opinions des spécialistes à ce sujet divergent, mais nombreux ceux qui s'accordent pour dire que ça dépend vraiment de la situation personnelle de chaque mère et de chaque enfant.<sup>237</sup> De façon générale, on considère qu'il est préférable que l'enfant soit allaité jusqu'à l'âge de six mois au moins, mais ce n'est pas qu'un ordre de grandeur. En effet, à partir de cet âge, les aliments solides entreront dans le régime de l'enfant petit à petit, mais on n'a pas arrêté l'allaitement pour autant, même s'il ne suffit plus à répondre à ses besoins.<sup>238</sup>

L'allaitement exclusif assure une alimentation optimale aux nourrissons jusqu'à l'âge de six mois<sup>239</sup>. Par la suite, les nourrissons ont besoin d'aliments complémentaires pour répondre à leurs besoins nutritionnels. C'est alors que le sevrage commence. Le sevrage désigne le processus graduel d'introduction d'aliments complémentaires au régime du nourrisson, tout en poursuivant l'allaitement. Il n'y a pas de moment universellement accepté ou scientifiquement démontré pour mettre un terme à l'allaitement. Le moment et le processus de sevrage doivent être adaptés par la mère et l'enfant. Le sevrage peut être soudain ou graduel, prendre plusieurs semaines ou plusieurs mois, être dirigée par l'enfant ou par la mère. Les médecins doivent orienter et soutenir les mères tout au long du processus de sevrage.<sup>240</sup>

Hadja BOURKOU, majeure de centre de santé de Djatinié affirmait que :

---

<sup>236</sup> Myriam Panard, *Le sevrage de l'allaitement naturel : un sevrage en douceur. Pourquoi opter pour cette solution ?* octobre 2021, dans Lansinoh.

<sup>237</sup> Geneviève Harbec, *Le sevrage de l'allaitement maternel*, mars 2021

<sup>238</sup> Ibid.

<sup>239</sup> Ibid.

<sup>240</sup> Barbara Grueger, *Le sevrage de l'allaitement*, société canadienne de pédiatrie, volume 18, Issue 4, Avril 2013, Page 211.

Beaucoup des mères des enfants confondent le sevrage graduel de la grève de la tétée. Les grèves de la tétée sont temporaires et peuvent s'expliquer par plusieurs causes, y compris le début des menstruations un changement dans le régime alimentaire de la mère, l'utilisation d'un nouveau savon ou d'un nouveau déodorant, la percée des dents ou une maladie du nourrisson. Le nourrisson peut décider en tout temps de refuser soudainement de téter, ce qui peut provoquer un sevrage complet. La mère peut interpréter la situation comme un rejet de l'allaitement et cesser d'offrir le sein.<sup>241</sup>

déjà également à divers titres.<sup>242</sup> Akoto et Hill, poursuivent en disant que l'aliment nouveau donné à l'enfant et la moindre fréquence des tétés diminuent la protection immunitaire, augmentent le risque de contamination et déjà celui de diarrhées et de malnutrition.<sup>243</sup> Ensuite, Bouville affirme qu'en milieu rural africain, ce n'est pas le sevrage des jeunes enfants qui pose problème, mais c'est plutôt la manière avec laquelle les aliments complémentaires sont administrés.<sup>244</sup> Des pratiques de sevrage inappropriées sont le plus souvent le facteur le plus important de la malnutrition infantile. Ce facteur est complexe parce qu'il dépend des aspects comportementaux, économiques et socioculturels particuliers à chaque collectivité.<sup>245</sup> La pauvreté nutritionnelle des aliments de sevrage allié à l'insalubrité entourant leur préparation font que généralement, le sevrage (total ou partiel) correspond au début de la période à haut risque de malnutrition.<sup>246</sup> La période qui suit le sevrage est caractérisée par la sensibilité accrue aux effets du milieu qui peut entraîner la mort. Après le sevrage, l'enfant vient de perdre sa source principale de protéines qui est le lait maternel et patauge par ailleurs dans la boue et boit indifféremment l'eau du marigot ou des torrents qui alimente les agents infectieux. Et les aliments à base de protéines sont rares dans son milieu soit à cause de la pauvreté, soit à cause des croyances et des tabous. Pour ces différentes raisons, les enfants souffrent souvent pendant cette période de la malnutrition et des autres maladies nutritionnelles graves.<sup>247</sup>

D'après Dr Yorongar Gibert, médecin nutritionniste à l'Hôpital central d'Abéché disait :

---

<sup>241</sup> Entretien avec Hadja BOURKOU, majore de centre de santé Djatinié. Le 31 août 2021 à 14h-00 mn.

<sup>242</sup> Akoto et Hill, 1988 ; cite par Ngo Nsoa...op.cit.

<sup>243</sup> Ibid.

<sup>244</sup> Grenier, (1987), cité par Barbara GRUEGER, DANS Sevrage...op.cit. p38

<sup>245</sup> Hendrata, (1987), cité par MYRIAM Panard, dans « le sevrage...op.cit.p56

<sup>246</sup> Ibid.

<sup>247</sup> Ibid.

Il arrive parfois qu'un sevrage abrupt ou urgent s'impose en raison d'une séparation prolongée et non qualifiée de la mère et de son nourrisson ou d'une grave maladie de la mère. On conseille à tort de nombreuses mères de server leur bébé lorsqu'elles doivent prendre des médicaments, même si très peu de médicaments sont contre-indiqués pendant l'allaitement. Les médicaments absolument contre-indiqués sont les antis métabolites, les doses thérapeutiques de radio pharmaceutiques et la plupart des drogues illicites. Il faut évaluer les autres médicaments sur une base individuelle. Il faut soupeser les avantages de l'allaitement continu par rapport aux risques d'exposer le nourrisson aux médicaments transmis dans le lait maternel.<sup>248</sup>

Selon un autre auteur, parfois, très vite après que le petit ait commencé à manger des aliments solides, il se détourne lui-même du sein, pour de bon. Mais ce n'est pas toujours le cas, et, pour certains petits, le sevrage naturel peut n'arriver que quelques années plus tard. Certaines femmes cessent d'allaiter très tôt, pour des raisons médicales ou autres, alors que d'autres continuent à donner le sein à leur enfant jusqu'à ce qu'il soit âgé de quelques années. Il n'y a pas de bonne réponse ou de bon moment absolu. Si vous êtes prête, si vous sentez que votre enfant est prêt, si votre situation personnelle ou professionnelle vous oblige à cesser l'allaitement, c'est probablement le bon moment de commencer à penser au sevrage.<sup>249</sup>

Les représentations courantes concernant le sevrage évoquent plutôt un passage difficile du point de vue de la mère, qui impose autant qu'elle s'impose une telle séparation corporelle d'avec le bébé, celui-ci réagissant avec plus ou moins de rage ou d'acceptation de ce passage.<sup>250</sup> L'expérience dont nous souhaitons témoigner nous a conduites à une autre perspective : nous avons été guidés vers l'hypothèse d'une propension personnelle du bébé vers le sevrage, comme s'il s'agissait d'un mouvement de développement dont le bébé prenait l'initiative, à partir du deuxième semestre et autour de la fin de sa première année de vie.<sup>251</sup> Notre hypothèse est donc celle d'un rythme de sevrage personnel au bébé, dont nous tenterons de montrer les manifestations observables, interactives et émotionnelles, dans la culture qui est la nôtre, où les besoins alimentaires des mères sont satisfaits, et dans laquelle l'allaitement maternel ne conditionne pas à ce point la survie du bébé. Ces conditions de base

---

<sup>248</sup> Entretien avec Dr YOROGAR Gilbert, médecin nutritionniste dans l'Hôpital central de la ville d'Abéché. Le 05 08 2021 à 14h-45mn

<sup>249</sup> Genevieve Harbec, *Le sevrage ....* Op.cit.p72

<sup>250</sup> Ibid.

<sup>251</sup> Marie-Aimée Hays, Mabel Guibert, *Le rythme du sevrage*. Dans Spirale 2007/4 pages 95 à 103.

(l'autoconservation est assuré) facilitent l'exploration des enjeux intra et intersubjectifs liés au sevrage du sein.<sup>252</sup>

Selon Hadja ACHTA Awada, majore de centre de santé Salamat :

Une maladie subite de l'enfant n'est pas nécessairement une raison pour sevrer. Ici nous encourageons et soutenons les mères pour qu'elles poursuivent l'allaitement ou pompe son lait et l'entrepose jusqu'à ce que le nourrisson puisse le prendre. Un nourrisson sevré abruptement peut refuser le biberon. On peut alors lui offrir une tasse. Il peut commencer par refuser tout autre type d'aliment de la part de la mère. Dans ce cas, quelqu'un d'autre devra peut-être le nourrir. Nous conseillons la mère de continuer de passer du temps en contact étroit avec le nourrisson, dans la mesure du possible, pour que le sevrage soit moins traumatisant sur le plan psychologique, à la fois pour elle et pour l'enfant. Selon toute probabilité, un sevrage abrupt provoque un certain inconfort à la mère, surtout s'il se produit au début de la période postpartum, lorsque la production de lait est élevée. Dans ce cas, on conseille toujours les mères allaitantes de prendre des analgésiques et d'exprimer juste assez de lait pour que ses seins soient moins douloureux.<sup>253</sup>

Ainsi, l'auteur a une formulation saisissante lorsqu'il définit le sevrage comme le moment où l'enfant devient capable de jouer à laisser tomber des objets ; c'est comme s'il disait à sa mère : « Maman, je suis sevré. » Il s'agit d'un jeu du deuxième semestre de la vie qui apparaît avec la position dépressive, c'est-à-dire la capacité du bébé à se sentir séparé psychiquement de sa mère, objet de ses premiers investissements. Ce qui va de pair avec l'angoisse de séparation, le chagrin attendant, et la préoccupation, le souci pour l'objet qui pourrait être perdu ou endommagé.

---

<sup>252</sup> Genevieve Harbec, "le sevrage .... Op.cit.pp72-73

<sup>253</sup> Entretien avec Hadja ACHTA Awada, majore de centre de santé Salamat. Le 07 novembre 2021 à 10h-00

**CHAPITRE IV : ANALYSE DES ACTIONS DES ACTEURS  
FACE AUX DÉFIS DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION  
INFANTILE**

L'organisation d'un programme de Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition aigüe (PCIMA) est cruciale afin d'assurer son succès. Son exécution exige un financement adéquat et un personnel qualifié à chaque niveau d'organisation.<sup>254</sup> En effet, la malnutrition participe directement ou de manière associée avec d'autres pathologies à environ 50% dans la mortalité chez les enfants. Inscrite dans le temps, elle évolue vers la forme chronique qui a des conséquences non seulement sur le développement physique, psychique des enfants mais aussi sur l'économie du pays.<sup>255</sup> C'est pour ces raisons que le Ministère de la Santé Publique de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale (MSPASSN) du Tchad avec l'appui techniques et financiers des partenaires, a élaboré en 2007 le premier protocole national de prise en charge de la malnutrition aigüe. Ce protocole a été révisé en 2011 et en 2014 au vu des remarques des acteurs sur le terrain et des nouvelles évidences scientifiques dans le domaine de la prise en charge de la malnutrition aigüe. Ainsi, compte tenu d'accroissement de ce fléau, les différents acteurs ont été collaborés et intégrés sous la coordination de la délégation sanitaire et le Médecin Chef District (MCD) qui présidait toutes les réunions mensuelles. Durant cette mission, l'Unicef assure la mise en œuvre cohérente du programme ; le suivi et la supervision sur le terrain, la collecte des données du programme et la publication des rapports.<sup>256</sup>

Dans ce chapitre, il est important de présenter les différentes étapes de prise en charge de la malnutrition infantile dans la ville d'Abéché. Dans un premier temps, nous présentons la prise en charge à l'unité nutritionnelle supplémentaire, en deuxième lieu la prise en charge à l'unité nutritionnelle thérapeutique, en troisième position la prise en charge des nourrissons de moins de 6 mois ou de moins de 3 kilogrammes (kg) et enfin la prise en charge à base communautaire.

### **I. Prise en charge à l'Unité Nutritionnelle Supplémentaire (UNS)**

Cette partie, fournit des orientations pratiques pour identifier et prendre en charge les enfants souffrant de Malnutrition Aigüe Modérée (MAM). Ces patients peuvent être traités aussi en ambulatoire des unités nutritionnelles supplémentaires. Ils ont un risque plus élevé de

---

<sup>254</sup> Protocole national de prise en charge de la malnutrition aigüe, mai 2014. Tchad. P40

<sup>255</sup> Ibid.pp40-41

<sup>256</sup> Ibid.p45

mortalité sur le long et moyen terme, mais contrairement aux enfants sévèrement malnutris, ils ne nécessitent pas un traitement d'urgence immédiat.<sup>257</sup>

Selon une mère d'enfant malnutri :

La prise en charge à l'UNS ça se passe très bien, ils nous accueillent bien depuis notre admission et ils n'ont pas cessé de nous prodiguer des conseils. Mais certaines mères qui ne sont pas conscientes ou préoccupées de l'état de santé de leur enfant. Dans ce centre plusieurs fois qu'on m'avait demandé de participer dans leur réunion des nutriments qu'on donne à nos enfants malades (c'est-à-dire à chaque distribution on donne à une femme la moitié des nutriments) mais j'ai refusé catégoriquement à ce propos inhumain et de sans foi<sup>258</sup>.

**Tableau n° 9:** répartition des enquêtées selon l'âge de l'enfant (en mois)

Âge de l'enfant (en mois)	Pourcentage	Âge de l'enfant (en mois)	Pourcentage
3	0,50	17	3,52
5	1,51	18	3,52
6	3,02	19	7,04
7	5,53	22	2,01
8	4,52	23	4,52
9	9,05	24	3,02
10	4,52	25	1,51
11	9,55	26	1,01
12	4,52	27	1,01
13	9,55	28	1,01
14	4,52	30	1,51
15	5,03	32	1,01
20	1,01	36	2,01
21	2,01	40	0,50
16	2,01		
<b>Total</b>		<b>100</b>	

Le tableau ci-dessus, résume l'âge des enfants malnutris par pourcentage.

<sup>257</sup> Protocole national de prise en charge...op.cit. p 45

<sup>258</sup> Entretien avec NAFISSA Ahamat une mère d'un enfant malnutri. Le 13 septembre 2021 à 10h-10mn.

## 1. Structure et organisation de l'UNS

L'unité nutritionnelle supplémentaire peut être mise en place dans une structure de santé, dans un centre social ou dans une structure communautaire. Il est important que la structure choisie dispose d'un magasin sécurisé, ventilé et protégé des rongeurs.<sup>259</sup> Si l'UNS n'est pas dans un centre de santé, il doit être localisé non loin de celui-ci, afin de faciliter la coordination entre les programmes, le transfert rapide des patients et le partage d'information entre personnels de santé.<sup>260</sup> Dans un contexte d'urgence, lorsque le nombre de malnutris aigües modérés augmente rapidement ou lorsque l'on prédit une détérioration de la sécurité alimentaire, un programme de prise en charge de la MAM doit être mis en œuvre si le nombre de patients MAM excède la capacité des services socio-sanitaires pour y répondre et si le risque de détérioration de ces patients Malnutris Aigüe Sévère (MAS) est élevé. Ceci doit être évalué en utilisant le nombre d'enfants MAM estimés ainsi que la capacité des services présents à pouvoir absorber cet excédant. L'échelle et l'ampleur de ce programme dépend de ces deux facteurs qui varient d'une situation à une autre.<sup>261</sup>

## 2. Admission des enfants à l'UNS

Tous les enfants qui remplissent certains critères doivent être admis à l'UNS. Par exemple les enfants âgés de plus de 6 mois et mesurent au Périmètre Brachial (PB) 115 mm et inférieur à 125 mm et n'ont pas d'œdèmes bilatéraux.<sup>262</sup> Dans la procédure d'admission y avait certains points comme :

- Les mesures anthropométriques : P B, poids (en utilisant toujours la même balance), taille, présence d'œdèmes bilatéraux ;
- Vérification des critères d'admission ;
- Explication à la mère ou accompagnant comment va se passer la prise en charge et les raisons d'admission à l'UNS ;
- Vérification de problème(s) médical (aux) ; si l'enfant présente une complication médicale, le référer immédiatement au centre de santé le plus proche pour un examen clinique et un traitement, référer immédiatement les patients dont l'état de santé est mauvais au centre de santé sans les faire attendre ;

---

<sup>259</sup> Protocole national de prise en...op.cit.pp47-48

<sup>260</sup> Ibid.p50

<sup>261</sup> Ibid.p53

<sup>262</sup> Ibid.pp54-57

- Vérification de façon systématique de statut vaccinal, en particulier la rougeole, pour tous les enfants de plus de 6 mois. Si l'enfant n'a pas été vacciné dans les 6 mois derniers, le référer au centre de santé le plus proche pour une mise à jour des vaccins ;
- Explication à l'accompagnant comment utiliser les produits de supplément et la périodicité des visites à l'UNS (régularité des visites, danger du partage intrafamilial de la ration, plat individuel pour l'enfant MAM, les aliments de supplément ne doivent pas être donnés en même temps que le repas familial, etc.)
- Enregistrement de tous les enfants éligibles dans le registre de l'UNS et administrer un numéro d'enregistrement ;
- Toutes les informations concernant l'admission sur la carte de bénéficiaire doivent être et donner la carte à l'accompagnant.<sup>263</sup>

**Photo n° 1:** Enfant malnutri aiguë modéré admis à l'UNS



**Source:** Cliché Hachim ABDERAHIM SAKHAIROUN. Août 2021.

---

<sup>263</sup> *Protocole national de prise en charge...op.cit.p58*

### 3. Les nutriments distribués aux enfants malnutris modérés

Le centre nutritionnel supplémentaire offre des rations sèches aux enfants malnutris. Les suppléments nutritionnels sont emportés pour être consommés à la maison. La distribution de la ration sèche se fait toutes les semaines ou toutes les deux semaines en fonction entre autres des conditions des patients, de sécurité ou du programme de centre. Des distributions bimensuelles sont préférables quand les bénéficiaires se trouvent loin du centre de distribution.<sup>264</sup>

**Photo n° 2:** Distribution de nutriment (plumpy-nut) hebdomadaire aux enfants malnutris modérés au Centre de santé Salamat.



**Source:** cliché Hachim ABDERAHIM SAKHAIROUN. Septembre 2021.

Dans certains cas, les bénéficiaires et les accompagnants peuvent recevoir une ration humide le jour de la distribution. Cette option permet d'organiser en même temps des séances d'éducation pour la santé et la nutrition et prend en considération le fait que certains bénéficiaires ont dû marcher sur une longue distance ; ceci rallonge le temps de distribution et contraint les bénéficiaires à attendre plus longtemps à l'UNS.<sup>265</sup>

<sup>264</sup> *Protocole national de prise...op.cit.p39*

<sup>265</sup> *Ibid.p40*

Les bénéficiaires de l'UNS reçoivent un supplément en ration sèche pour compléter le repas familial et non pas comme substitution au régime alimentaire quotidien. Pour une ration à base de farine enrichie, le supplément est de 750 à 1100 kilocalories par personne et par jour<sup>266</sup>. Cette ration supplémentaire prend en compte le fait qu'elle est bien souvent partagée avec les autres membres de la famille. Pour une ration à base d'Aliments de Supplémentation Prêts à l'Emploi (ASPE), le supplément est de 500 kilocalories par personne et par jour.<sup>267</sup> La date d'expiration et la composition doivent être clairement indiquées sur l'emballage de tout produit alimentaire.

D'après une mère d'enfant malnutri :

Mon enfant est admis au programme de prise en charge depuis déjà deux mois et, maintenant sa santé s'améliore bien jusqu'il a commencé par prendre de poids. Les aliments nutritifs que nos enfants bénéficiaient sont bénéfiques et énergisant. En fait je suis une commerçante et je passais toute la journée au marché, en allant je confiais le plumpy-nut à mes enfants pour donner à leur frère, mais ils profitent de partager avec lui, et à cause de ça qu'il a beaucoup duré dans le programme, parce que l'enfant ne bénéficiait pas totalement des nutriments. C'est-à-dire qu'on n'a pas respecté le conseil de nutritionniste. Donc depuis le dernier jours que j'avais constaté, je confiais seulement à sa grand-mère<sup>268</sup>.

**Tableau n° 10:** Ration sèche pour les enfants malnutris aigües modérés de 6-59 mois

Groupe cible	Aliments	Quantité			Composition nutritionnelle		
		g/pers/jour	g/pers/7jr	Kg/pers/14jr	Energie kcal/pers/jr	Protéine g/pers/jr	Lipide g/pers/jr
Enfants de 6-59 mois	ASPE	92	644	1.3	500	13	31
Enfants de 6-59 mois	Super céréale plus	200	1500	3.0	787	33	20

**Source :** protocole national de prise en charge de la malnutrition aigüe, mai 2014.

<sup>266</sup> *Protocole de prise en charge...*op.cit.p53

<sup>267</sup>Ibid.pp53-54

<sup>268</sup> Entretien avec Hawa Adoum mère d'un enfant malnutri. Le 07 septembre 2021 à 14h-00.

Le tableau ci-dessus, donne les quantités des rations sèches à base de super céréale, de super céréale plus et d'aliments de supplémentation prêts à l'emploi par personne. Ce tableau détaille davantage la composition nutritionnelle et limite l'âge de patients.

Par ailleurs, dans le cas où la supplémentation se fera avec des farines enrichies, la mère devra mélanger 1 volume de pré-mix avec 4 volumes d'eau potable. La bouillie doit être cuite pendant 10 minutes (pour éviter d'altérer les vitamines). Elle doit être épaisse afin que le bénéficiaire puisse avoir un apport calorique maximum pour un volume minimal de nourriture à absorber (densité idéale : 100 kilocalories pour 100 ml).<sup>269</sup>

Une mère d'enfant malnutri expliquait :

Nous avons admis au programme l'année dernière et après deux mois de prise en charge l'enfant s'est guéri et cinq mois après notre libération il a eu la rechute et déjà plus d'un moi qu'on est réadmis. Du coup nous sommes de cultivateur et la saison pluvieuse précédente était tellement mauvaise, et la récolte était catastrophique donc nous n'avons pas d'autre revenu pour subvenir à nos besoins et les enfants tombaient malade et par manque de moyen on ne leur conduit à l'hôpital, sauf s'ils deviennent malnutris là on leur prend en charge<sup>270</sup>.

Le conseil prodiguer à la mère et ce qu'elle va faire avant la préparation :

- Elle doit se laver les mains à l'eau et au savon avant la préparation de la bouillie ;
- Les ustensiles utilisés doivent être propres pour la préparation ;
- Elle et son enfant doivent se laver les mains avant de consommer la bouillie ;
- Une fois cuite, la bouillie ne doit pas être conservée pendant plus de 2 heures de temps ;
- Pour les enfants de 6 à 23 mois, il faut donner 100 g de bouillie 3 fois par jour et 150 g de bouillie 2 fois par jour pour les enfants de 2 ans ou plus ;
- La ration fournie à l'enfant n'est qu'un complément à la ration familiale, et doit être consommée en dehors des repas familiaux ;
- La ration est attribuée personnellement à l'enfant pour le réhabiliter et n'a d'effet que si elle est entièrement consommée par celui-ci ;
- L'allaitement au sein devra être poursuivi jusqu'à l'âge de deux ans ou plus.<sup>271</sup>

---

<sup>269</sup> *Protocole national de prise en charge...op.cit.p53*

<sup>270</sup> Entretien avec BOURNOUS Imran, mère d'un enfant malnutri, le 08 septembre 2021 à 12h-05 mn

<sup>271</sup> Sensibilisation des mères des enfants malnutris dans le centre de santé Djatinié sur la préparation de nourriture de patients.

Malgré ces différents conseils qu'on prodigue aux mères des enfants malnutris, il est constaté sur le terrain que beaucoup d'entre elles ne respectent pas le conseil, parce que les majorités sont illettrées et impropre à cause de rareté de l'eau potable.

#### 4. Surveillance

A l'admission de chaque enfant que les données suivantes soient notées dans le registre comme :

- Poids cible à la recharge ;
- Le poids qui va entraîner la référence de l'UNS vers l'UNA et UNT (poids critique) ;
- Pour les patients suivi MAS uniquement, les critères qui les déclassifient comme MAM.<sup>272</sup>

La surveillance de prise en charge des enfants MAM ça se passe comme suit :

- Mesure du PB à chaque visite et comparer avec les critères de décharge ;
- Prise de poids pour tous les enfants à chaque visite (et à la décharge) et le comparer avec le poids cible noté lors de l'admission et le poids qui va entraîner le transfert des patients vers les programmes MAS ;
- Prise de taille uniquement s'il y a eu un changement de poids important inattendu (pour rechercher les substitutions d'enfants) ;
- Vérification si l'enfant remplit les critères d'échec de réponse au traitement ;
- Vérification si l'enfant atteint les critères qui vont entraîner la référence du patient à l'UNA/UNT (P/T est inférieure moins 3 z- score/examen de la présence d'œdèmes) et si c'est le cas, le transférer immédiatement ;
- Pour les enfants suivi MAS, vérifier s'ils remplissent les critères pour être admis dans l'UNS. Si c'est le cas, l'enfant doit être réenregistrée comme une nouvelle admission dans le programme UNS. Il est alors comptabilisé comme un nouveau cas de MAM ;
- Vérification si l'enfant est malade, et si oui, le référer pour consultation médicale et un traitement ; pour toutes maladies aiguës, référer le patient rapidement au centre de santé pour une investigation de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) ;
- Les résultats doivent être noté dans le registre UNS et sur la carte de bénéficiaire de l'accompagnant ;

---

<sup>272</sup> Protocole national de prise en ...op.cit.pp52-53

- Le traitement médical doit être donné systématiquement en fonction des visites ;
- Explication à l'accompagnant le changement du statut nutritionnel de l'enfant ;
- Une ration doit être donnée à chaque visite et la noter sur la carte de ration de l'accompagnant.<sup>273</sup>

Selon le vice coordinateur de l'UNICEF bureau d'Abéché, Dr. Israël :

Lorsqu'une proportion importante d'enfants ne répond pas au traitement (ou abandonne le programme), l'application correcte du protocole et la formation du personnel au niveau du terrain doivent être systématiquement revues, si possible par une évaluation externe. Tout manque doit être corrigé. Le manque de respect vis-à-vis des accompagnants (être rude, impoli, stricte, etc.) est, dans la plupart des situations, la cause la plus fréquente d'abandon. Si l'on suspecte que les rations distribuées sont diminuées par rapport à la ration prévue ou qu'il y a détournement des rations, une visite de supervision non programmée doit être effectuée afin de repérer les rations données aux bénéficiaires après distribution, ou alors des visites aléatoires au domicile de quelques bénéficiaires doivent être effectuées pour examiner ou peser la ration reçue lors de la dernière distribution. Quand les aliments de supplément prêt à l'emploi (ASPE) sont utilisés et que les instructions concernant son utilisation ont été correctement données et suivies par l'accompagnant, ceci alors la cause la plus probable de non réponse au traitement est un problème social au sein du ménage.<sup>274</sup>

## II. Prise en charge à l'Unité Nutritionnelle Thérapeutique (UNT)

Les principes de prise en charge de la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS), quel que soit le type de programme, comprend trois phases :

### ✓ La phase aigüe

Les patients anorexiques avec ou sans complications médicales majeures sont admis en structure hospitalière (UNT) durant la phase aigüe du traitement. Le produit thérapeutique utilisé durant cette phase est le F75 qui permet d'amorcer le rétablissement des fonctions métaboliques et rétablir l'équilibre nutritionnel électrolytique. Ainsi, un gain de poids rapide à ce stade est dangereux, c'est pourquoi le F75 est formulé de façon à ce que les patients ne prennent pas de poids durant cette période.<sup>275</sup>

---

<sup>273</sup> Protocole national...op.cit.pp95-96

<sup>274</sup> Entretien avec le vice coordinateur de l'UNICEF bureau d'Abéché, Dr. Israël, le 10 septembre 2021 à 12h-05mn

<sup>275</sup> Ibid.p96

### ✓ Phase de transition

La phase de transition est introduite pour éviter au patient de prendre une trop grande quantité de nourriture brutalement, avant que ses fonctions physiologiques ne soient restaurées. En effet, ceci peut être dangereux et conduire à un déséquilibre électrolytique et au « syndrome de dénutrition ». Durant cette phase, les patients commencent à prendre du poids avec l'introduction du F100 ou d'Aliments Thérapeutiques Prêt à l'Emploi (ATPE). Ceci augmente de 30 % l'apport énergétique du patient et son gain de poids doit atteindre environ 6g/kg/jour. La quantité énergétique et le gain de poids attendu sont moins élevés qu'en phase de réhabilitation.

### ✓ Transfert vers l'UNA

Dès que les patients ont un bon appétit et ne présentent plus de complications médicales majeures, ils reçoivent des ATPE et sont transférés vers l'UNA. Ces produits sont faits pour favoriser un gain de poids rapide (en raison de 8 g/kg/jour et plus). Les tables de repas par classe de poids peuvent être utilisés quel que soit le poids et l'âge des patients.<sup>276</sup>

## 1. Structure et organisation de l'UNT

Les patients hospitalisés ont soit un appétit insuffisant traduisant une malnutrition métabolique sévère, soit une complication médicale cliniquement visible. Ils nécessitent l'hospitalisation, le plus souvent à l'hôpital du district.<sup>277</sup> Dans les situations d'urgence, lorsqu'un nombre important de patients doit être hospitalisés, une structure spécialement réservée à leur traitement doit être érigée (soit une maison, tente, salle de classe, etc.) afin d'accommoder au mieux la charge de travail supplémentaire ; cette structure doit être, dans la mesure du possible, le plus près possible de l'hôpital.<sup>278</sup> Il est recommandé de décentraliser la prise en charge du patient en phase aiguë le plus près de son domicile ; ceci diminue les problèmes de traumatisme dû au transport, les problèmes de visites, d'abandons et de transferts vers l'UNA. Néanmoins la mise en œuvre de ces UNT satellites ne peut se faire sans une bonne supervision régulière par le Responsable Nutrition District (RND) et le MCD, peu de rotation de personnel et une bonne formation pratique dans une autre UNT pilote.

Il y a différentes possibilités d'hospitalisation :

---

<sup>276</sup> Protocole national...op.cit.p97

<sup>277</sup> Ibid.p99

<sup>278</sup> Ibid.p102

- Hospitalisation 24h/24. Ceci, le traitement de nuit ne s'impose que les patients très malades, ou souffrant d'une « diarrhée de ré-nutrition » ou qui ne sont pas alimentés durant la journée. Huit repas par 24h, couplés avec une surveillance médicale complétée et le traitement des complications sont indispensables. Pour les autres patients, 6 repas par 24h est suffisant, même s'ils sont résidents. Même si l'hospitalisation est 24 sur 24, un traitement uniquement en journée est possible, surtout lorsqu'il y a un manque de personnel soignant formé, les patients reçoivent alors 6 repas par jour.<sup>279</sup>

Explication d'une mère d'enfant malnutri :

Nous sommes admis à l'UNS de Djatinié le mois passé et après plusieurs examens on nous a transféré à l'UNT, parce que mon enfant souffre de MAS et mérite d'être hospitalisé ici. Sa maladie a commencé par la diarrhée et le vomissement une semaine après. Ainsi, à l'intervalle de deux semaines seulement il a perdu tellement de poids. La prise en charge est bien pour le moment, ils nous donnent de la bouillie enrichie et du lait dilué. Mais souvent tard la nuit on a de difficulté à trouver l'infirmier (e) quand l'enfant aurait mal et pleur<sup>280</sup>.



**Photo n° 3:** Enfant malnutri sévère admis à l'UNT

---

<sup>279</sup> *Protocole national...*op.cit.p104

<sup>280</sup> Entretien avec NOURRA Barka, mère d'un enfant malnutri. Le 15 septembre 2021 à 14h-00 mn.

**Source:** Cliché HACHIM Abderahim Sakhairoun. Septembre 2021.

- Hospitalisation en centre du jour. Les patients ici peuvent aussi être traités en centre du jour (recevant un traitement nutritionnel basé sur 5 à 6 repas par jour). Les patients habitants loin de la structure des soins peuvent être hébergés dans une pièce attenante ou faisant partie intégrante de la structure de la santé, a même des matelas sur le sol ou lit.<sup>281</sup> Un tel centre est appelé « centre résidentiel de jour ». Il n'y a pas de personnel assigné pour le soin du malade durant la nuit. Beaucoup de patients n'ont pas besoin de soin sur 24h et ce genre de structure peut être instaurée en annexe des services de maternité si l'on est en mesure de former et superviser le personnel. Ainsi, les patients qui habitent ou sont hébergés par une famille ou des amis dans le voisinage immédiat de la structure peuvent venir chaque matin pour recevoir le traitement durant la journée et rentrer chez eux le soir. Un tel centre est appelé « centre de jour non résidentiel ».

Dès que l'appétit reprend, tous les patients doivent continuer leur traitement ambulatoire (UNA) après accord de l'accompagnant et lors qu'un programme ambulatoire existe. Dans certains cas exceptionnels, ils peuvent terminer leur traitement en structure hospitalière de 24h ou en centre de jour. Ceci s'applique pour les enfants abandonnés par leur famille, les ménages ou les circonstances familiales sont très difficiles, les enfants sans accompagnant ou avec accompagnant incapable de s'occuper de l'enfant. Ils sont pris en charge jusqu'à ce que les arrangements nécessaires pour assurer leur sécurité soient réalisés (orphelinat, famille adoptive, famille d'accueil, etc.). Ils n'ont cependant pas besoin d'occuper des lits dans les services de pédiatrie mais peuvent être suivis dans des services annexes attachés à l'UNT.<sup>282</sup>

L'unité nutritionnelle thérapeutique, nécessite les éléments suivants :

- Un espace de traitement : la prise des mesures anthropométriques, l'examen clinique des patients, la préparation du lait thérapeutique (F75) et des médicaments à préparer et à distribuer ;
- Une salle d'eau avec toilettes et douches, un emplacement pour que les accompagnants puissent faire la cuisine (et prendre les repas si possible), une pièce pour stocker les médicaments et les produits thérapeutiques (F75, F100 et ATPE) ;

---

<sup>281</sup> *Protocole national...*op.cit.p119

<sup>282</sup> *Ibid.*p121

- Une pièce ou section séparée des autres patients : il faut éviter de mélanger les patients souffrant de MAS avec les autres patients ;
- Les lits d'adultes ou matelas a même le sol doivent être préférés aux berceaux ; ils permettent aux mères de dormir avec leur enfant (et de reposer) et par conséquent d'éviter ou réduire les hypothermies, le stress émotionnel et l'interruption de l'allaitement. Chaque lit doit être équipé d'une moustiquaire imprégnée insecticide de longue durée.<sup>283</sup>

## **2. Admission des enfants à l'UNT**

A l'admission l'infirmier (e) enregistre le patient directement à l'UNT : il ne doit pas être traité dans le service d'urgence pendant les premières 24 à 48 heures, sauf si le personnel soignant du service d'urgence a eu une formation spécifique sur la prise en charge des complications de la MAS et ils connaissent les signes cliniques et le traitement propre aux patients souffrant de MAS qui est totalement différent du traitement de l'enfant normal.<sup>284</sup> La rotation rapide du personnel soignant, souvent ayant peu d'expérience (étudiant, etc.) la charge importante de travail font du service d'urgence une structure où les faux diagnostics, les mauvais traitements et le décès des causes iatrogènes pour les patients souffrant de MAS sont fréquents. Aucun traitement ne devrait normalement se faire dans ce département.<sup>285</sup>

Par ailleurs, toujours y aura des transferts internes de l'UNA ; ces patients ont déjà été diagnostiqués et sont sous traitement à l'UNA, mais, soit ils n'ont pas réussi leur test de l'appétit et/ou soit, ils ont eu une complication et/ou un échec de traitement. Ils remplissent les critères de transfert de l'UNA vers l'UNT et ont déjà un numéro de MAS. Une fiche de transfert ou toutes les informations sur le traitement reçu à l'UNA sont données au patient à l'UNA. Il ne s'agit pas d'une nouvelle admission, mais d'un « transfert interne » au programme PCIMAS. S'il arrive en salle d'urgence, il doit être immédiatement envoyé vers l'UNT. L'UNA doit téléphoner à l'UNT et prévenir de l'arrivée du patient ; demander une copie de la fiche de transfert au patient, celle-ci doit être attachée à la fiche de suivi UNT et le registre est complété avec les informations du patient.<sup>286</sup>

---

<sup>283</sup> Protocole national de prise...op.cit.p97

<sup>284</sup> Ibid.pp98-99

<sup>285</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2000), *La prise en charge...*op.cit.

<sup>286</sup> Ibid.

- Ils remesurent le poids, la taille, le PB et ils vérifient s'il y a présence ou non d'œdèmes bilatéraux. Faire un bref interrogatoire sur les intercadant et plaintes du patient, symptômes et signes cliniques. Examiner l'enfant ;
- Ils donnent à boire (F75, eau ou eau sucrée) et/ou ils donnent rapidement un repas après son arrivée au centre. Si l'enfant est identifié lors du dépistage passif à l'UNT, la procédure de tirage doit être faite.

### **3. Les nutriments distribués aux enfants malnutris sévères**

Les aliments nutritifs de la phase aiguë reposent sur le F75. Le F75 est différent du F100-dilué ; sa composition en nutriments est totalement différente et il a conçu pour les patients souffrant de malnutrition sévère compliquée, ayant souvent des infections et des fonctions hépatique et rénale endommagés. Ils ne doivent pas prendre de poids avec le F75. Ce produit permet aux fonctions biochimiques, physiologiques et immunologiques de commencer à se rétablir avant d'être exposés au stress additionnel de la reconstruction des nouveaux tissus.<sup>287</sup>

Activités :

- Ils demandent à la mère, une demi-heure avant le repas, de mettre son enfant au sein, si celui-ci est allaité ;
- Ils calculent la quantité totale de F75 à préparer selon le nombre de patients, leur poids et le nombre de repas par jour ;
- Ils préparent la quantité d'eau potable à bonne température (température ambiante) et de F75 nécessaire pour le repas ;
- Ils demandent à la mère de l'enfant de lever les mains de son enfant ;
- Ils donnent 6 ou 5 repas par jour pour la plupart des enfants.<sup>288</sup>

Ainsi, l'expérience montre que les enfants tolèrent 5 repas par jour. Si des diarrhées de ré-nutrition sont peu fréquentes, on peut continuer à donner 5 repas par jour ; mais cela pose un problème, l'UNT doit repasser 6 repas par jour. Mais il faut utiliser uniquement un horaire pour éviter toute confusion.<sup>289</sup>

Entretien avec mère d'un enfant malnutri expliquait ceci :

---

<sup>287</sup> Protocole de prise en charge...op.cit.p117

<sup>288</sup> Manuel de prise en charge de malnutrition aiguë sévère, Tchad 2014,pp39-40

<sup>289</sup> Ibid.p43

Dieu merci. Depuis notre admission à l'hôpital, l'état de santé de mon enfant est totalement amélioré, mais ce qui est marrant, la prise en charge n'est pas totale. Ils nous demandent de payer le lit alors qu'on n'avait pas le moyen pour payer à la sortie, parce qu'au début on nous a fait comprendre que la prise en charge est à cent pour cent. Depuis l'hospitalisation de cet enfant tout est arrêté, auparavant on se débrouillait, mais présentement nous avons de difficulté de nourrir les restant de famille qui est à la maison.<sup>290</sup>

Ils donnent 8 repas (ou plus) en 24h (de nuit comme de jour) en phase aiguë pour les enfants qui ont du mal à tolérer des volumes trop importants.<sup>291</sup>

- Aux enfants sévèrement malades ;
- Aux enfants développant une diarrhée de ré-nutrition à 5 ou 6 repas par jour ;
- Aux enfants ayant pris très peu de lait dans la journée (comme par exemple : les nouveaux arrivants) ;
- Aux enfants ayant vomi un ou plusieurs repas durant la journée ;
- Aux enfants ayant eu un épisode d'hypoglycémie ;
- Aux patients ayant eu une hypothermie ;
- Lorsque le personnel soignant de nuit est en nombre suffisant pour préparer les repas de nuit (ce qui n'est pas courant).<sup>292</sup>

Par ailleurs, ajouter un grand sachet de F75 rouge (410g) à 2 litres d'eau ou un petit sachet de F75 (102,5 g) à 500 ml d'eau dans un seau ou un récipient.<sup>293</sup>

**Tableau n° 11:** volume de lait F75 par classe de poids à donner durant la phase aiguë.

Classe de poids (kg)	8 repas par jour (ml par repas)	6 repas par jour (ml par repas)	5 repas par jour (ml par repas)
2,0 à 2,1 kg	40 ml par repas	50 ml par repas	65 ml par repas
2,2-2,4	45	60	70
2,5-2,7	50	65	75
2,8-2,9	55	70	80
3,0-3,4	60	75	85
3,5-3,9	65	80	95
4,0-4,4	70	85	110

**Source :** protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë, Tchad Mai 2014.

<sup>290</sup> Entretien avec BOUCHOURA Hassan, mère d'un enfant malnutri. Le 10 septembre 2021 à 15h-15 mn.

<sup>291</sup> *Manuel de prise en charge de malnutrition aiguë sévère*, Tchad 2014.p53

<sup>292</sup> *Protocole de prise en charge...*op.cit.

<sup>293</sup> Ibid.

Le tableau ci-dessus, montre les quantités de repas par jour, octroyés aux enfants malnutris aigües sévères avec complication. Il montre aussi que, ce repas doit être donné selon le poids de chaque patient.

Dans la technique de nutrition, la faiblesse maculaire et le ralentissement du réflexe de déglutitions chez ces enfants provoque facilement des pneumonies par aspiration (fausses routes). Disons à la mère ou son substitut de mettre l'enfant sur ses genoux et contre son thorax. Le bras de l'enfant doit être coincé derrière le dos de sa mère. Le bras de la mère encercle l'autre bras de l'enfant et sa main tient la soucoupe et reversé dans la tasse.<sup>294</sup> Expliquons également à la mère de ne pas forcer l'enfant à prendre son F75 et de ne jamais lui pincer le nez ou les joues pour le forcer de prendre le F75 par la bouche, l'enfant étant couché. Si l'enfant recrache son lait ou tousse durant le repas, dire à la mère que cela est probablement dû à une technique de ré-nutrition inadéquate. Mettre les mères et les enfants dans un endroit réservé aux repas des enfants, ou mères et enfants sont réunis ensemble. Les enfants peuvent ainsi s'auto-stimuler entre eux.<sup>295</sup>

Explication d'une infirmière dans la pédiatrie de l'hôpital centrale d'Abéché :

Si l'enfant retrouve l'appétit, c'est que le traitement a réussi. La phase initiale du traitement s'achève quand l'enfant a faim. C'est le signe que les infections sont jugulées, que la foie est capable de métaboliser les aliments et que les autres anomalies du métabolisme sont en voie d'amélioration. L'enfant est maintenant prêt à aborder la phase de récupération. Cela se produit d'ordinaire au bout de 2 à 7 jours. Ce sera plus long en cas de complications mais pour les enfants qui ont faim dès le début, on peut passer rapidement à la préparation de F-100. La transition doit néanmoins être progressive pour éviter tout risque d'insuffisance cardiaque, notamment lorsque l'enfant absorbe subitement des quantités importantes de nourriture. Substituer à la préparation F-75 une quantité égale de préparation F-100 pendant 2 jours avant d'augmenter la quantité proposée à chaque repas. Il est important de noter que ce sont l'appétit et l'état général de l'enfant qui déterminent la phase du traitement et non le laps de temps écoulé depuis l'admission.<sup>296</sup>

Les repas des accompagnants/mères ne doit jamais être pris à côté de l'enfant, car il est très difficile, sinon impossible de demander aux mères/accompagnantes de ne pas partager leur repas avec leur enfant. Or cela peut être dangereux pour celui-ci. En effet, l'adjonction de

---

<sup>294</sup> *Protocole de prise en charge...*op.cit.p135

<sup>295</sup> Ibid.p136

<sup>296</sup> Entretien avec ACHE Mahamat Zene, infirmière dans la pédiatrie de l'hôpital central d'Abéché, le 09 septembre 2021 à 14h-30 mn

sels ou de condiments peut être suffisante pour provoquer une défaillance cardiaque chez un patient malnutri. D'autre part, les repas des mères/accompagnantes ne sont pas équilibrés en nutriments pour traiter une malnutrition métabolique et ceci peut être fait au détriment de l'appétit de l'enfant et de sa prise du F75.<sup>297</sup> La seule nourriture que l'enfant peut prendre en plus du F75 est le lait maternel.

Après chaque repas, noter exactement le type de nourriture donnée, et les quantités proposées et absorbées ainsi que la date et l'heure de chaque repas. Si l'enfant vomit, évaluer les pertes par rapport au volume ingéré (par exemple, la totalité ou la moitié du repas) et les déduire de la consommation totale. Une fois par jour, déterminer l'apport énergétique des 24 heures écoulés et comparer cet apport au poids de l'enfant. Si l'apport journalier est inférieur à 80kcal, ou 336 kJ/kg. Augmenter la quantité proposée. S'il est supérieur à 100 kcal, ou 420kj/kg, réduire les quantités.<sup>298</sup>

#### 4. Surveillance

- Prise de poids chaque jour et le reporter sur le graphique de la fiche de suivi ;
- Evaluation de degré d'œdèmes (0 à + + +) cliniquement chaque jour ;
- Prise température deux fois par jour ;
- Evaluation des signes cliniques standards (selles, vomissements, déshydratation, toux, respiration et taille du foie) ;
- Prise de PB chaque semaine ;
- Notation toutes informations concernant les absences, vomissements ou refus de prendre les repas, la mise en place de Sonde Naso-Gastrique (SNG), de perfusion IV ou transfusion, les examens de laboratoire s'il y en a et leurs résultats.<sup>299</sup>

La fiche de suivi doit rassembler toutes ces informations quotidiennement aux remplacements réservés à cet effet. Toutes ces informations sont recueillies par un(e) aide-soignant (e) et non par l'infirmier(e).<sup>300</sup> Le travail de l'infirmier(e) est de former et superviser les aides-soignants et de vérifier que les informations cliniques sur la fiche de suivi soient justes. Si elle/il remarque des imprécisions ou erreurs, une formation doit être faite afin que

---

<sup>297</sup> Protocole national de prise...op.cit.pp137-138

<sup>298</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2000), La prise en charge de la malnutrition sévère : *Manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé a des postes d'encadrement.*

<sup>299</sup> Ibid.p138

<sup>300</sup> Ibid.p141

les aides-soignants puissent assurer un travail de qualité. Ne pas noter mettre à jour les dossiers ou fiche de suivi est souvent dû à un manque de personnel. Il est préférable d'avoir un personnel qui donne des informations fiables plutôt que des informations falsifiées par peur d'être sanctionné. Il faut que le personnel de base sache qu'il ne sera pas critiqué s'il ne prend les mesures anthropométriques par manque de temps et de personnel.<sup>301</sup>

### **III. Prise en charge des nourrissons de moins de 6 mois ou moins de 3kg**

Les nourrissons malnutris sont trop faibles pour téter de manière efficace et stimuler une production adéquate de lait maternel. La mère quant à elle, pense souvent qu'elle n'a pas suffisamment de lait et doute de son habilité et allaiter son enfant de façon adéquate.<sup>302</sup> La faible production de lait maternel est due à la stimulation insuffisante par un nourrisson affaibli. Les tentatives répétées d'allaiter ces nourrissons de façon exclusive s'avèrent un échec : ils continuent de prendre du poids et souvent la mère est persuadée que l'allaitement exclusif ne marchera pas notamment si son enfant est malnutri. Ceci est voué à l'échec.<sup>303</sup>

D'une part, traiter ces nourrissons avec des régimes diététiques artificiels conduit au sevrage, mais la mère voit les laits diététiques comme la seule alternative pour que son enfant guérisse. D'autre part, sevrer ces nourrissons lorsqu'il y a présence de malnutrition sévère augmente considérablement les risques de mortalité. Ceci n'est pas non plus recommandé. L'objectif du traitement de ces patients est d'arriver à ce que la mère reprenne l'allaitement exclusif par la stimulation de l'allaitement maternel. Cependant, il faut en même temps que l'enfant soit supplémenté pour qu'il reprenne des forces afin de stimuler la production de lait maternel et assurer une bonne croissance. La production de lait maternel est stimulée par la technique de supplémentation par succion ; cette technique demande la mise au sein très fréquent de l'enfant. Elle demande du temps et une certaine technicité et agilité, mais celle-ci est la seule technique possible efficace pour ces nourrissons.<sup>304</sup>

#### **1. Structure et organisation**

Ces nourrissons doivent toujours être traités à l'UNT et jamais à l'UNA. L'ATPE n'est pas commandé et les repas à base de lait ne doivent pas être donnés en traitement à domicile. Il faut un service ou programme spécifique qui assiste les mères ayant des

---

<sup>301</sup> Protocole national de prise...op.cit.p143

<sup>302</sup> Ibid.p145

<sup>303</sup> Ibid.pp145-146

<sup>304</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2000)...op.cit.p103

difficultés d'allaiter. Son but est de se focaliser sur tous les problèmes d'allaitement, et pour les nourrissons malnutris, rétablir l'allaitement exclusif et redonner confiance aux mères dans leur habilité à produire suffisamment de lait pour que leurs enfants grandissent bien.<sup>305</sup>

D'une part, la consultation externe pourrait conseiller et procurer un support pour toutes les mères ayant des difficultés d'allaitement ; d'autre part, l'hospitalisation pourrait soutenir les mères dont les nourrissons ont une croissance difficile avec des risques élevés de malnutrition.<sup>306</sup> Il est inapproprié d'admettre ces nourrissons dans des services généraux de pédiatrie ou de nutrition. Si ce genre d'unité n'existe pas, ils devraient à ce moment-là dépendre du service de néonatalogie. Une autre alternative serait d'avoir une section de l'UNT qui ne s'occupe que de ces nourrissons.<sup>307</sup> Le service dans la plupart des cultures, il doit être un peu à l'écart des autres services afin de garder une certaine intimité ; l'arrivée non annoncée d'un homme mâle devrait être interdite. Les mères doivent pouvoir se sentir en confiance et ne pas être surprises par l'arrivée soudaine d'un homme lorsqu'elles allaitent. Les rotations de personnel doivent être annoncées et il est important d'avoir une place séparée pour recevoir les visiteurs, et où les mères puissent rencontrer leur proche en toute confiance et sans qu'il soit obligé d'aller dans le service. Le personnel doit être féminin et avoir une formation professionnelle sur l'aide et les conseils pratiques de l'allaitement autant que sur les techniques de soins des services de néonatalogie et de malnutrition.<sup>308</sup>

## **2. Admission des nourrissons à l'UNT**

Il est important de prendre les mesures anthropométriques et examen clinique à l'admission des nourrissons à l'UNT :

- Prise de poids avec une balance de précision à 10 g près, l'âge, le sexe ;
- Prise de taille couchée avec une toise de qualité ;
- Examinassions de nourrisson au niveau clinique (présence d'œdèmes bilatéraux, infection) ;
- Examinassions des seins de la mère.<sup>309</sup>

---

<sup>305</sup> Protocole de prise en charge... op.cit.p146

<sup>306</sup> Ibid.pp146-147

<sup>307</sup> Enquête SMART...op.cit.

<sup>308</sup> Ibid.

<sup>309</sup> Ibid.

Les critères d'admission s'étaient selon l'âge de nourrisson. Nourrisson de moins de 6 mois étant allaités ou de moins de 3 kg et de plus de 6 mois étant allaités. Le nourrisson est trop faible pour téter de façon efficace (quel que soit son poids par taille, poids par âge, poids ou autre mesure anthropométrique ; ou le nourrisson ne prend pas de poids à domicile (après une série de prise de poids lors du suivi de la croissance, par exemple : changement d'indice poids par âge) ; ou encore présence d'œdèmes bilatéraux.<sup>310</sup>

Chacun de ces critères d'admission décrit l'échec de l'allaitement maternel qui ne permet pas au nourrisson de prendre du poids et de se développer normalement. De la naissance à 6 mois, l'indice poids par taille est la mesure la plus appropriée pour évaluer le statut nutritionnel. A cet âge, ne pas prendre de poids peut être qualifié d'une malnutrition aiguë.<sup>311</sup> Il existe cependant deux catégories de petits poids de naissance : les prématurés et les hypotrophies (petits poids à la naissance sans regard gestationnel) qui sont exclusivement allaités et gagnent du poids de façon satisfaisante ; ils se développent bien et n'ont nullement besoin d'être admis. Le meilleur moyen pour distinguer cette catégorie de l'autre est le suivi régulier de la prise de poids ; c'est toute la valeur des programmes de suivi de la croissance.

Si l'état clinique du nourrisson semble satisfaisant, ainsi que l'allaitement maternel, la mère doit pouvoir bénéficier d'un soutien psychosocial et d'un suivi sur une à deux semaines afin de surveiller les changements de poids du nourrisson (une balance précise à 10 grammes près est nécessaire, ne pas utiliser une balance Salter avec une précision de 100g). Si le nourrisson est malade ou semble cliniquement malnutri ou l'allaitement de la mère n'est pas satisfaisant, admettre le nourrisson et la mère dans le programme.<sup>312</sup>

### **3. Les nutriments distribués aux nourrissons malnutris**

Le lait utilisé par Technique de Supplémentation par Succion (TSS) peut être soit par un substitut du lait maternel, soit du F100-dilué. S'agissant du type de lait, pour les nourrissons avec présence d'œdèmes bilatéraux, donné du F75. Pour les nourrissons amaigris uniquement, donner du lait 1<sup>er</sup> âge ou du F100-dilué. Si vous avez le choix, utiliser les laits pour prématurés. La préparation pour le lait 1<sup>er</sup> âge, dilué le lait selon les instructions qui se trouvent sur la boîte pour le F100-dilué ; soit ajouter 670 ml d'eau potable (au lieu de 500 ml) à 38°C à un petit sachet de F100 (ou, si vous n'avez pas de petit sachet, ajouter 2,7 litres d'eau potable à 38°C (et non 2 litres) dans un sachet de 457 g de F100) , ou soit prendre 100ml de

---

<sup>310</sup> Protocole national de prise...op.cit.

<sup>311</sup> Ibid.

<sup>312</sup> Ibid.

F100 déjà reconstitué (selon les instructions sur le sachet) et ajouter 35 ml d'eau, vous aurez à ce moment-là 135ml de F100-dilué pour 100gcal. Jeter tout excès de lait non consommé.<sup>313</sup>

Selon une mère d'un enfant malnutri expliquait ceci :

Quatre mois après la naissance de mon bébé que je suis tombée gravement malade et quelque temps après je n'avais plus du lait pour téter ce bébé. On a commencé par l'allaiter avec le biberon, mais il l'avait refusé catégoriquement pendant trois jours, et une semaine après est tombé malade. Depuis lors, sa santé ça se dégrade de jour en jour et on l'avait conduit à l'hôpital, après l'examen on l'a hospitalisé suite de malnutrition. La prise en charge de nourrisson est totale seulement qu'on a payé le lit de l'hôpital<sup>314</sup>.

La quantité à administrer par la Technique de Supplémentation par Succion (TSS), consiste à donner les quantités de lait SS à chaque repas en respectant les quantités données lorsque le nourrisson commence à reprendre de la force, à téter plus fermement et à gagner du poids.<sup>315</sup> On encourage la mère lorsque le nourrisson prend du poids ; lui dire que « son enfant guérit grâce à son lait ». Aussi faut leur expliquer d'allaiter toutes les 3 heures pendant environ 20 minutes, et plus souvent si le nourrisson pleure ou semble avoir encore faim. Peu de temps après (30 à 60 minutes) avoir allaité, remettre le nourrisson au sein et aider la mère à lui donner le lait infantile 1<sup>er</sup> âge/F100-dilué en utilisant la TSS.<sup>316</sup>

**Tableau n° 12:** quantités de laits par repas et classe de poids, pour nourrissons.

Classe de poids (kg)	ML par repas (pour 8 repas/jour)
	Lait infantile 1 <sup>er</sup> âge ou F100-diluée
≥1,2 kg	25 ml par repas
1,3-1,5	30
1,6-1,7	35
1,8-2,1	40
2,2-2,4	45
2,5-2,72	50
2,8-2,9	55
3,0-3,4	60
3,5-3,9	65
4,0-4,4	70

**Source :** protocole national prise en charge de la malnutrition aigüe. Tchad, mai 2014.

<sup>313</sup> Protocole national de prise...op.cit.p139

<sup>314</sup> Entretien avec HABABA Saleh, mère d'un enfant malnutri. Le 17 septembre 2021 à 11h-00.

<sup>315</sup> Organisation Mondiale de la Santé (2000),...op.cit.

<sup>316</sup> Ibid.

Ce présent tableau montre les quantités de lait par repas et par classe de poids de nourrissons malnutris de moins de 6 mois et moins de 3kg.

Les nourrissons de moins de 6 mois avec œdèmes, doivent commencer du F75 et non du F100-dilué. Lorsque les œdèmes se résorbent et que le nourrisson tète avec fermeté, passé au F100-dilué ou au lait infantile 1<sup>ier</sup> âge.<sup>317</sup>

#### 4. Surveillance

Surveiller le nourrisson et noter les informations suivantes sur la fiche de suivi de la supplémentation par succion (SS) :

- Prise de poids une fois par jour ;
- Prise de température 2 fois par jour ;
- Evaluation les signes cliniques standards et les noter sur la fiche de suivi de SS chaque jour.
- Le rythme respiratoire ;
- Le nombre de selles ;
- Noter si le patient vomit, est absent, ou refus un repas.<sup>318</sup>

**Photo n° 4:** Suivi et signature de rapport hebdomadaire par les agents de l'Unicef et le responsable de centre district dans le centre de santé Salamat.



**Source:** Cliché HACHIM Abderahim Sakhairoun. Septembre 2021.

<sup>317</sup> Protocole national de prise...op.cit.p148

<sup>318</sup> Ibid.p150

**Tableau n° 13:** répartition des enquêtées selon la forme de malnutrition et l'âge de l'enfant (en mois)

Âge de l'enfant (en mois)	Pourcentage			Pourcentage cumulé		
	Forme de malnutrition		Total	Forme de malnutrition		Total
	MAM	MAS		MAM	MAS	
3	0,00	2,38	0,50	0,00	2,38	0,50
5	0,00	7,14	1,51	0,00	9,52	2,01
6	0,00	14,29	3,02	0,00	23,81	5,03
7	6,37	2,38	5,53	6,37	26,19	10,55
8	2,55	11,90	4,52	8,92	38,10	15,08
9	10,19	4,76	9,05	19,11	42,86	24,12
10	5,10	2,38	4,52	24,20	45,24	28,64
11	8,92	11,90	9,55	33,12	57,14	38,19
12	5,10	2,38	4,52	38,22	59,52	42,71
13	10,19	7,14	9,55	48,41	66,67	52,26
14	4,46	4,76	4,52	52,87	71,43	56,78
15	6,37	0,00	5,03	59,24	71,43	61,81
16	2,55	0,00	2,01	61,78	71,43	63,82
17	4,46	0,00	3,52	66,24	71,43	67,34
18	3,18	4,76	3,52	69,43	76,19	70,85
19	7,01	7,14	7,04	76,43	83,33	77,89
20	1,27	0,00	1,01	77,71	83,33	78,89
21	2,55	0,00	2,01	80,25	83,33	80,90
22	2,55	0,00	2,01	82,80	83,33	82,91
23	5,73	0,00	4,52	88,54	83,33	87,44
24	1,27	9,52	3,02	89,81	92,86	90,45
25	1,91	0,00	1,51	91,72	92,86	91,96
26	1,27	0,00	1,01	92,99	92,86	92,96
27	0,00	4,76	1,01	92,99	97,62	93,97
28	1,27	0,00	1,01	94,27	97,62	94,97
30	1,91	0,00	1,51	96,18	97,62	96,48
32	0,64	2,38	1,01	96,82	100,00	97,49
36	2,55	0,00	2,01	99,36	100,00	99,50
40	0,64	0,00	0,50	100,00	100,00	100,00
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>			

Le tableau ci-dessus présente les formes de malnutrition et l'âge par mois des enfants malnutris par pourcentage. Ce tableau cumulé regroupe les enfants âgés entre 3 et 40 mois, dont 78,89 % sont malnutris aiguë modérée (MAM) et 21,11 % sont atteints de malnutrition aiguë sévère (MAS).

#### **IV. Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë**

La malnutrition aiguë demeure une cause importante de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Il y a peu de temps encore, le traitement était uniquement dispensé dans des centres de santé, ce qui en limitait considérablement la portée et l'efficacité. De nouvelles données indiquent cependant qu'un grand nombre d'enfants atteints de malnutrition aiguë sévère peuvent être traités dans leur communauté même, sans avoir à être admis dans un centre de santé ou un centre d'alimentation thérapeutique<sup>319</sup>. Ainsi, l'approche à base communautaire consiste à détecter en temps voulu les cas de malnutrition aiguë sévère dans la communauté et à fournir, lorsqu'il n'y a pas de complications médicales, un traitement composé d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi ou d'autres aliments nutritifs, administré à domicile. Associé au traitement en centres de santé des enfants malnutris souffrant de complications médicales et mise en œuvre à grande échelle. La prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère pourrait prévenir le décès de centaines de milliers d'enfants. Des agents de santé communautaire ou des volontaires peuvent facilement identifier les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère à l'aide de simples bracelets.<sup>320</sup>

##### **1. La mobilisation communautaire**

La mobilisation communautaire est une composante fondamentale de la PCIMA. Selon le protocole national « un des objectifs de la mobilisation communautaire est le dépistage précoce des cas de malnutrition aiguë et l'amélioration de la couverture du programme<sup>321</sup>. C'est un processus continu qui doit démarrer en même temps que la planification des activités de prise en charge nutritionnelle. Les activités permettront de donner les compétences aux familles et aux communautés pour prévenir, et dépister les cas de la malnutrition aiguë ». Les personnes impliquées dans le dépistage communautaire sont désignées par la communauté selon une approche participative. Il s'agit des membres des Comités de Santé (COSAN), des Agents de Santé Communautaire (ASC), des accoucheuses traditionnelles, des agents de nutrition communautaire et de relais communautaires. Ces

---

<sup>319</sup> Déclaration commune de l'organisation mondiale de la santé, du programme alimentaire mondial, du comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance

<sup>320</sup> Protocole national de prise...op.cit.p69

<sup>321</sup> Ibid.

personnes doivent recevoir une formation sur la mesure du PB et la recherche d'œdèmes bilatéraux<sup>322</sup>.

**Photo n° 5:** Agents de santé et relais communautaire.



**Source:** Cliché HACHIM Abderahim Sakhairoun. Août 2021.

Cependant, dans la province d'Abéché, la mobilisation communautaire est mise en œuvre par les ONG, en général deux ou trois relais communautaires assurent les activités dans la Zone de Responsabilité (ZR) de chaque CNA/CNS. Ce sont des agents identifiés dans la communauté en collaboration avec les leaders et les membres influents de la localité. Certaines ONG qui les emploient à temps plein (bien qu'ils soient qualifiés de volontaires) leur procurent un salaire en plus de leur fournir des moyens roulants pour leurs déplacements. D'autres ONG ne les rémunèrent pas, mais leur offrent plutôt des rations alimentaires comme indicatifs en leur qualité de volontaires. Ceci est en accord avec le protocole national qui

<sup>322</sup> Plan stratégique de santé communautaire, Tchad 2015-2018.pp27-29

recommande que « les relais communautaires puissent être employés à plein temps s'ils sont totalement pris en charge ou à temps partiel s'ils sont volontaires ou reçoivent un appui partiel »<sup>323</sup>.

Entretien avec un relais communautaire volontaire expliquait ceci :

Depuis l'année dernière que je suis dans ce service, et je suis un volontaire non rémunéré, donc je désirai recevoir des primes ou un salaire, ainsi que de moyen roulant comme les autres relais communautaires que nous voyons ailleurs, parce que ce service est trop épuisant et demande beaucoup d'effort. Au début nous nous sommes engagés par notre volonté et en espérant avec le temps nous serons motivées par nos responsables, mais ce n'était plus le cas<sup>324</sup>.

Selon un relais communautaire volontaire expliquait :

Je suis un agent secouriste formé par la croix rouge du Tchad, j'ai reçu cette formation de 3 mois de cela 7 ans aujourd'hui, donc si je me retrouve avec les relais communautaires aujourd'hui, c'est par vocation et amour de ma communauté. Je suis titulaire d'une licence en droit et par manque d'emploi que j'ai décidé de venir en aide à la communauté mais pas à la quête d'un salaire comme beaucoup de mes camarades pensent.<sup>325</sup>

## **2. Le dépistage dans le volet communautaire**

D'après le protocole national, le dépistage de la malnutrition aiguë doit se faire aussi bien au niveau de la communauté que dans les formations sanitaires. Le dépistage actif dans la communauté doit se faire régulièrement, si possible une fois par mois. Il se fait par la mesure du PB et la vérification de la présence d'œdèmes bilatéraux des membres inférieurs. Suivant l'accessibilité et le nombre d'enfants souffrant de MAS dans les endroits éloignés, il doit y avoir des visites programmées de ces villages par les ASC à moto, ou par une équipe mobile. L'activité de dépistage actif à grande échelle n'est pas encore mise en place dans toutes les zones d'actions de l'Unicef dans la ville d'Abéché. Certaines mères d'enfants admissent au programme de l'UNS ont affirmé pour la plupart que leur enfant a été dépisté par un relais communautaire ; dans certains cas l'enfant a été dépisté au centre de santé<sup>326</sup>.

Entretien avec un responsable de programme communautaire :

---

<sup>323</sup>Ibid.p31

<sup>324</sup> Entretien avec un relais communautaire, Abderaouf Habib. Le 27 juillet 2021 à 10h- 25 mn

<sup>325</sup> Entretien avec Moussa Ahamat, relais communautaire. Le 21 juillet 2021 à 09h-30 mn

<sup>326</sup> Ibid.

Nous avons quelque fois fait le dépistage actif dans la communauté deux fois par semestre. Mais nous avons arrêté parce que nous sommes débordés par le nombre important d'enfants admis dans le programme, et les relais communautaires n'ont pas la motivation pour aller faire le dépistage régulièrement dans les villages.<sup>327</sup>

### **3. Admission des enfants malnutri au volet communautaire**

Un enfant dépisté comme malnutri ou soupçonné de l'être par le responsable communautaire, est référé au CNA/CNS le plus proche pour confirmation et admission au programme. D'après les enquêtes nutritionnelles SMART, la plupart d'enfants malnutris identifiés dans les villages sont référés et admis dans les centres où ils sont pris en charge. Cependant, certains parents référés n'emmèneraient pas leurs enfants dans les centres parce qu'ils préfèrent les guérisseurs traditionnels qui soignent à un coût plus faible que celui offert dans les centres de santé. Une autre raison serait le refoulement des enfants référés dans ces centres parce que d'après les responsables des centres de santé, les responsables communautaires et les responsables de villages ou localités réfèrent beaucoup d'enfants ne sont pas admis au programme et ceci cause parfois des tensions entre les responsables des centres de santé, les mères et les relais communautaires ou autres référents<sup>328</sup>.

### **4. Sensibilisation des parents par les relais communautaires**

La sensibilisation communautaire vise à :

- Faciliter la compréhension du problème de la malnutrition en informant la communauté sur ses signes, ses causes, ses conséquences et le rôle de la communauté dans sa prise en charge ;

Information sur les activités nutritionnelles existantes pour la prise en charge des enfants malnutris<sup>329</sup>.

---

<sup>327</sup> Entretien avec Abdoulaye Mahamat, responsables de programme communautaire à Abéché. Le 20 juillet 2021 à 10h-20 mn.

<sup>328</sup> Plan stratégique...op.cit.p71

<sup>329</sup> Etude de cas...op.cit.p31

**Photo n° 6:** Sensibilisation des mères des enfants malnutris par l'agent communautaire dans le Centre de santé Salamat (UNS).



**Source:** Cliché Hachim Abderahim Sakhairoun. Septembre 2021.

Entretien avec une mère d'enfant malnutri :

Nous sommes bien informées de l'existence du programme par les responsables communautaires et le chef de carré durant leurs activités de sensibilisation dans notre zone à travers des réunions avec les groupements féminins et via les informations diffusées par la radio locale. Nous avons aussi assisté à plusieurs séances d'éducation dispensée dans le centre de santé. L'éducation que nous avons reçue portait essentiellement sur l'hygiène corporelle, l'espacement des naissances, l'alimentation de l'enfant, le lavage des mains, l'utilisation et la conservation des ATPE, la consultation prénatale, l'allaitement maternel exclusif, l'eau potable et la vaccination.<sup>330</sup>

Explication d'un responsable communautaire disait ceci :

Ces enseignements sont en accord avec ceux recommandés dans le protocole national. Pour la plupart des mères, ces enseignements leur ont

<sup>330</sup> Entretien avec HARAM Annour, mère d'un enfant malnutri. Le 28 juillet 2021 à 11h-15mn

permis d'arrêter certaines pratiques dangereuses qu'elles acceptaient par ignorance, comme par exemple les scarifications des enfants malnutris et l'ablation de leur lèvre pratiquée par les guérisseurs traditionnels. Ces scarifications infectaient les œdèmes et aggravaient les complications déjà présentes chez l'enfant.<sup>331</sup>

Selon le vice coordinateur de bureau d'appui santé et environnement :

Les raisons expliquant le succès des activités communautaires dans les zones d'actions étaient entre autres la bonne formation et la supervision régulière des agents de santé communautaires, le fait que ceux-ci étaient connus de la population et qu'ils recevaient des indicatifs ou un salaire (pour ceux employés à temps plein).<sup>332</sup>

---

<sup>331</sup> Entretien avec le responsable communautaire, Mustapha Haroun, le 28 juillet à 14h-00.

<sup>332</sup> Entretien avec le vice coordinateur de bureau d'appui santé et environnement, Faustin Bernard. Le 27 juillet 2021 à 12h-05 mn

## **CONCLUSION GÉNÉRALE**

La problématique de la malnutrition infantile constitue un réel problème de santé publique dans les pays en développement en général et le Tchad en particulier. En effet, durant les dernières décennies, la zone sahélienne du pays était gravement touchée par la malnutrition infantile ainsi que la ville d'Abéché n'est épargnée de ce dernier. Face à ce fléau, des multiples acteurs se sont mobilisés pour conjuguer leurs efforts par des actions salvatrices en faveur des enfants malnutris. Aujourd'hui plus d'une décennie qu'on a mis en application le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë au Tchad, dont les patients de la ville d'Abéché bénéficiaient comme tous les autres patients du pays. En dépit des efforts fournis par les acteurs, la situation de cette dernière demeure préoccupante.

Le fil conducteur de notre étude s'est articulé autour de la question principale qui est celle de savoir, qu'est ce qui explique la recrudescence de la malnutrition infantile dans la ville d'Abéché après une décennie de prise en charge des patients par les différents acteurs ? Cette question était complétée par trois questions secondaires. Dans la première, il était question de savoir quelle est la cartographie des acteurs intervenant dans la lutte contre la malnutrition infantile dans la ville d'Abéché ? La deuxième quant à elle, se demandait quels sont les facteurs primordiaux favorisant la malnutrition infantile dans la ville d'Abéché ? Tandis que la troisième question secondaire, voulait savoir comment les acteurs capitalisent l'approche collaborative et intégrative face aux défis de lutte contre la malnutrition ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons formulé conformément à la démarche scientifique, un corps d'hypothèse répartie ainsi qu'il suit. Une hypothèse principale libellée de la manière suivante : la recrudescence de la malnutrition infantile, est due à la pauvreté des ménages, le manque de suivi des enfants, et la négligence sociale. Du coup, certaines mères des enfants malnutris vendaient les nutriments comme (Plumpy-nut et Plumpy-Cit) qui est destiné à l'accroissement de leurs enfants. Cette intuition de recherche a été complétée par trois hypothèses secondaires. La première postulait que, pour éradiquer la malnutrition infantile dans la ville d'Abéché, plusieurs acteurs nationaux et internationaux se sont mobilisés pour apporter leur soutien indéfectible. Ces acteurs sont entre autres : Organisations des Nations Unies pour l'Enfance (Unicef), Programme Alimentaire Mondial (PAM), Première Urgence Internationale (PUI), Bureau d'Appui Santé et Environnement (BASE), Alliance Sahélienne de Recherche Appliquées pour le Développement Durable (ASRADD) et le MSP. Quant à la seconde hypothèse, les facteurs sont d'ordres socioculturels, socioéconomiques et environnementaux. Tel que : le traumatisme lié au sevrage soudain, le manque de contraception, la pratique de puériculture et la mauvaise

pratique d'alimentation des mères et des enfants. La dernière hypothèse se formulait comme suit : face aux défis de lutte contre la malnutrition, tous les acteurs se collaborent et travaillent conjointement pour un seul but qui est l'éradication de la malnutrition. Ils mènent leurs actions indirectement au niveau de CNS, CNT et CNA dans la ville d'Abéché. Pour vérifier ces hypothèses de recherche, nous avons eu recours à une méthodologie particulière. Conformément aux exigences de la sociologie, qui se veut une discipline à la fois pragmatique et théorique, nous avons construit des modèles théoriques et des techniques de collecte des données que nous avons utilisés. Sur le plan théorique, nous avons utilisé l'analyse stratégique et l'approche dynamiste et critique.

L'analyse stratégique nous a servi à analyser et comprendre les stratégies développées par les acteurs dans le cadre de prise en charge des enfants malnutris dans la ville d'Abéché. A travers la théorie de l'analyse stratégique, au cours de notre investigation, nous avons pu interroger les différents acteurs sur la mise en œuvre des initiatives de mobilisation et de la sensibilisation des parents dans le domaine alimentaire et nutritionnel. Par ailleurs, nous avons utilisé ce modèle théorique pour la compréhension des stratégies développés par les mères et les relais communautaires pour soigner ce dernier. Tandis que l'approche dynamiste et critique a permis de mesurer les capacités des acteurs sur le terrain face aux défis de lutte. Cette théorie a permis également de décrypter, d'analyser, de démystifier et de dévoiler ce qui est caché derrière cette recrudescence de la malnutrition infantile dans la ville d'Abéché. Ainsi, pour collecter les données, cette étude a eu recours à la méthode qualitative et quantitative ou méthode mixte. Sur le terrain nous avons eu recours à l'observation semi directe, entretien directif, recherche documentaire ainsi que des questionnaires standardisés ont été adressés à 200 mères ou substituts des enfants sous-traitèrent.

En effet, généralement la problématique de la malnutrition au Tchad et particulièrement dans la zone sahélienne du pays date plusieurs décennies. Partir de la sécheresse des années (1970) que la plupart de la population abéchoise a connu l'existence de la malnutrition. Quelques années plus tard, que le pays a enregistré sa deuxième sécheresse la plus alarmante de son histoire et qui a causé la mutation de la population à l'intérieure du pays et quelques familles abéchoise ont traversé les frontières jusqu'elles ont installé au Soudan. La famine de (1984-1985) a laissé une trace ineffaçable et de séquelle interminable dans la communauté abéchoise. Par la suite, quelques acteurs internationaux informés de la situation dramatique qui nuisait la vie de Tchadien, ces derniers n'ont tardé à répondre à la demande afin de secourir et sauver des milliers de vie de la famine. Depuis lors, le pays continu à faire

face à des crises alimentaires et nutritionnelles. Ces crises se sont beaucoup plus épauler par les mauvaises récoltes agricoles, dû aux mauvaises saisons pluvieuses qui sont liée au changement climatique.

Cependant, la malnutrition infantile est liée aux plusieurs facteurs contribuant à sa recrudescence dans la ville d'Abéché. Ces facteurs sont d'ordres socioéconomiques, socioculturels et environnementaux. En effet, l'environnement de la zone d'Abéché est appréhendé à travers les mauvaises conditions climatiques. La majorité des populations autochtones vivaient à l'aide de récolte agricole saisonnier. Le nombre de cas de la malnutrition accroisse périodiquement et en fonction des récoltes des années précédentes. Plus d'une décennie aujourd'hui que vers la fin de la saison sèche et le début de saison pluvieuse que le cas de la malnutrition infantile accroisse, c'est-à-dire en période pics – soudure (mai et septembre) de chaque année, suivit d'une accalmie lors de la période post-récolte (octobre-mars). L'abondance ou la rareté des précipitations a également une incidence sur la disponibilité des ressources en eau et des aliments. Cette situation conditionne la disponibilité en eau, alors qu'on sait que la consommation directe de l'eau mauvaise qualité ou son usage pour la préparation des aliments surtout les aliments de sevrage du nourrisson expose à la morbidité.

Par ailleurs, le niveau de vie du ménage, dépend de la situation socioéconomique de chaque famille. L'activité économique du père de famille détermine le revenu du ménage de manière générale et celle de la femme souvent détermine le comportement de la mère en matière de nutrition et sur l'état nutritionnel de santé de l'enfant. Mais d'après cette recherche, la plupart des mères qu'exercent une activité économique, n'ont pas le temps d'améliorer en quantité et en qualité l'alimentation de leur enfant et de lui offrir les soins nécessaires. D'une part, l'activité économique de la femme peut l'amener à écourter la durée de l'allaitement maternel et à pratiquer le sevrage précoce, cause majeure de la malnutrition et d'autre part, elle constitue une source de revenue nécessaire renforçant celle du conjoint. Ensuite, les facteurs socioculturels regroupent l'ensemble des éléments qui agissent sur les valeurs, les normes traditionnelles et culturelles qui façonnent les attitudes et les comportements des individus face à leur survie. Plusieurs mythes et rites sont établis autour de l'alimentation, à l'instar des interdits alimentaires liés au statut de la femme. Certains aliments, la plupart du temps riches en protéines sont considérés comme les principales sources de malformations et de maladies observées chez les nouveau-nés. A travers l'investigation qui a été menée dans la ville d'Abéché, nous avons appris que certaines

femmes privaient leurs enfants des aliments riches en glucose, pour elles ces aliments seront à l'origine de diarrhée des enfants ; tandis que d'autres interdisent toute nature de viande aux enfants. Selon elles, si un enfant s'habitue à consommer les viandes, devient fureur au fil du temps. Donc certaines études montrent le rôle prépondérant du niveau d'instruction de la mère dans la baisse de la malnutrition. L'instruction de la femme favorise le rejet de certains comportements normatifs traditionnels de santé modernes, à l'eau potable pour l'enfant, à la pratique d'une hygiène domestique appropriée.

Compte tenu de ce qui précède, il a été enregistré d'énorme d'acteurs nationaux et internationaux qui sont actifs présentement sur le terrain pour bien mener leur combat qui l'ont engagé depuis plusieurs années. Parmi lesquels, il y avait le Fonds des Nations-Unies pour l'enfance (Unicef), Programme Alimentaire Mondial (PAM), Première Urgence Internationale (PUI), Bureau d'Appui Santé et Environnement (BASE), Alliance Sahélienne de recherches Appliquées pour le Développement Durable (ASRADD) etc. ces acteurs ont montré leur bonne volonté humanitaire devant cette maladie. Du coup, leur présence a été toujours remarquée aux côtés du gouvernement tchadien pour le soutenir en cas de crise ou autres évènements. Ainsi, ces présents acteurs, jouent de rôles différemment dans la prise en charge des enfants. Certains interviennent indirectement tandis que les autres fonctionnent dans la sous-traitance.

Par ailleurs, dans le cadre de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë dans la ville d'Abéché, les acteurs fonctionnent à base du protocole national de prise en charge qui a été révisé en 2014 au vu des remarques des acteurs sur le terrain et des nouvelles évidences scientifiques dans le domaine de la prise en charge de la malnutrition aiguë. Ainsi, le traitement et les distributions des aliments nutritifs se déroulaient dans les différents centres implantés dans la ville d'Abéché. Cette prise en charge a trois catégories d'admissions. La prise en charge à l'Unité Nutritionnelle Supplémentaire (UNS), elle fournit des orientations pratiques pour identifier et prendre en charge les enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée. Ces patients peuvent aussi être traités en ambulatoire de l'UNS. L'unité nutritionnelle supplémentaire peut être mise en place dans une structure de santé, dans un centre social ou dans une structure communautaire. Dans cette unité, les patients bénéficiaient des rations sèches et des suppléments nutritionnels sont emportés pour être consommés à la maison. La distribution de la ration sèche se déroulait chaque une ou deux semaines en fonction du programme de centre de distribution.

L'Unité Nutritionnelle Thérapeutique (UNT), c'est une unité de prise en charge de la malnutrition aiguë sévère. Les enfants malnutris admis dans cette unité, seront traités ou hospitalisés dans le département de pédiatrie de l'hôpital central d'Abéché. Ces derniers bénéficiaient des aliments nutritifs de la phase aiguë reposant sur le F75, F100 et d'autres nutriments et traitements médicaux. Ensuite, s'agissant de la prise en charge des nourrissons de moins de 6 mois ou moins de 3kg, ces nourrissons malnutris sont trop faibles pour téter de manière efficace et stimuler une production adéquate de lait maternel. Ils doivent être traités à l'UNT et jamais ailleurs. L'ATPE n'est pas commandé et les repas à base de lait ne doivent pas être donnés en traitement à domicile. Par ailleurs, quant à la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë, elle est une approche à base communautaire qui consiste à détecter en temps voulu les cas de la malnutrition aiguë sévère dans la communauté et à fournir, lorsqu'il n'y a pas de complications médicales, un traitement composé d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi ou d'autres aliments nutritifs administrés à domicile. La mobilisation communautaire est une composante fondamentale de la PCIMA. Du coup, c'est un processus continu qui doit démarrer en même temps que la planification des activités de prise en charge nutritionnelle. Les activités permettront de donner les compétences aux familles et aux communautés pour prévenir et dépister les cas de la malnutrition aiguë.

Enfin, les résultats que nous avons eu sur le terrain révèlent que : dans l'activité socioprofessionnelle des enquêtées, 12,6 % des mères des enfants malnutris pratiquent le commerce, 12,07 % d'entre elles sont des cultivatrices, 6,03 % sont des étudiantes, 3,02 % sont des fonctionnaires et 64,82 % sont des femmes ménagères. S'agissant de la situation matrimoniale, 10,55 % des mères sont divorcées, 82,91 % se sont mariées, 3,52 % d'entre elles sont en union libre et 3,02 % sont des veuves. Concernant le niveau d'instruction des mères des enfants malnutris, 62,81 % sont illettrées, 9,55 % sont au niveau supérieur, 12,06 % sont au niveau secondaire, 8,04 % d'entre elles étaient au collège et 7,54 % étaient à l'école primaire. Ensuite, plusieurs enfants restent opprimés par leur propre mère. Le résultat révèle que les mères des enfants malnutris vendent les nutriments qui sont distribués pour l'accroissement de leurs enfants afin de subvenir d'autres besoins sociaux. Également le changement climatique, les mauvaises saisons pluvieuses, les paupérisations des ménages et les raretés d'eau potable dans la ville d'Abéché contribuent énormément aux mauvaises récoltes agricoles et aux situations alimentaires actuelles.

**Perspectives de recommandations**

- Un suivi des enfants malnutris après leurs sortis de programme de prise en charge pour éviter le cas de rechute ;
- accompagnement des familles démunis dans leurs activités agricoles et quotidiennes ;
- Formation et accompagnement des mères veuves et divorcées dans leurs activités quotidiennes ;
- Renforcement de campagne de sensibilisation contre la malnutrition infantile.

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

### - 1 - Ouvrages généraux

- **ALPE, Yves et al.** *Lexique de sociologie*, 4<sup>ème</sup> édition, Dalloz, 2013.
- **BALANDIER, Georges**, *Sens et puissance. Les dynamiques sociales*, Paris, Nathan, 1971.
- **BERGER, Peter et LUCKMAN, Thomas**, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin, 1996.
- **CROZIER, Michel et FRIEDBERG, Erhard**, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*. Paris, Seuil, 1997.
- **DURKHEIM, Emile**, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Harmattan, 1895.
- **MONTOUSSE, Marc et RENOIRD, Gilles**, *100 fiches pour comprendre la sociologie*, édition Bréal, 2006.
- **TOURAINÉ, Alain**, *Pour la sociologie*, Paris, Seuil, 1974.
- **ZIEGLER, Jean**, *Retournez les fusils ! Manuel de sociologie d'opposition*, Paris, Seuil, 1980.

### 2 - Ouvrages méthodologiques

- **GRAWITZ, Madeleine**, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 11<sup>ème</sup> édition, 2001.
- **HENRI, Mendras**, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, Paris, Armand Colin, 1996.
- **QUIVY, Raymond et VAN Campenhoudt, Luc**, *Manuel de recherche en sciences sociales* 3<sup>ème</sup> édition, Paris, Dunod, 2006.
- **THEODORE, Caplow**, *Enquête sociologique*, Paris, Armand Colin, 1972.

### 3 - Ouvrages spécialisés

- **BENOIT, Jean**, *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, PUF, 1994.
- **BOUVILLE, Jean François**, *la malnutrition infantile en milieu urbain africain : études étiologies relationnelles*. Paris, Harmattan, 2003.
- **BRIEND, André**, *La malnutrition de l'enfant des bases physiopathologie a la prise en charge sur le terrain*, Institut Danone Belgique, 1998.
- **BRIEND, André**, *Prévention et traitement de la malnutrition*, édition de l'ORSTOM, 1997.
- **ELIWO, Akoto**, *Déterminants socioculturels de la mortalité des enfants en Afrique noire*. Hypothèses et recherche d'explication. Academia, Louvain-La-Neuve, 1993.

- **ELIWO, Akoto**, *Mortalité infantile et juvénile en Afrique : niveaux de caractéristiques, causes et déterminants*, CIACO éditeur, Louvain-La-Neuve, 1985.
- **JUDITH et RICHARD Brown**, *La lutte contre la malnutrition. Un guide au niveau de communauté*. Bureau d'études et de recherche pour la promotion de la santé. BP 1977 KANGU-Mayombe-République du Zaïre.
- **LATHAM, Michael**, *La malnutrition dans les pays en développement*, FAO, Rome, 2001.
- **MAZET, Conquy, LATOCH, Roseblum**, *Autisme et psychoses de l'enfant*, Paris, PUF, 1990.
- **MICHEL, Chauliac, et MASSE-RAINBAULT, Anne, Marie.**, *Etat nutritionnel, interprétation des indicateurs*, Paris, centre international de l'enfance, 1989.
- **UNICEF**, *Enfant en Centrafrique : famille, santé, travail. Questions d'enfance*, Kartala, 2004.
- **WALTER, John et ROGER, Schofield**, *Famine, maladie et ordre social au début de la société moderne*, 1989.

#### 4 – Articles scientifiques

- **ELIWO, Akoto et TABUTIN, Dominique.**, « Les inégalités socioéconomiques en matière de mortalité en Afrique au sud de Sahara », Louvain-La-Neuve, Belgique : CIACO, Cop, Vol.1, PP. 99-135, 1987.
- **ELIWO, Akoto et TABUTIN, Dominique.**, « Les inégalités socioéconomiques et socioculturelles devant la mort », in mortalité et société en Afrique, in Cahier n°124, INED/ PUP, Paris, PP. 35-63, 1989
- **BARBARA, Grueger.**, « Le sevrage de l'allaitement », société canadienne de pédiatrie, Vol 18, Issue 4, pp.92-103.avril 2013
- **BARBIERI, Marco, Antonio.**, « Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers monde », Les dossiers du CEPED, Vol.3, n°18, 1991, pp10-40
- **BONNET, Doris.**, « La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant », in sciences sociales et santé. Dans présentation, Vol. 14, n°1, CNRS, pp5-16.
- **BOUVILLE, Jean, François.**, « Etiologies relationnelles de la malnutrition infantile en milieu tropical », *in devenir*, 2003/1 vol. 15, pp 27-47, 2001.

- **BUTLER, Jean, Ainslie.**, « Impact sur la santé du réchauffement climatique dû au changement climatique : effets potentiels sur les maladies chroniques non transmissibles », in *revue internationale de santé publique* 55 (2), 97-103, 2010.
- **CRAPANZANO, Vincent.**, « Réflexions sur une anthropologie des émotions », terrain n°22, pp109-117, 1994.
- **DAKAM, Ngatchou.**, « Niveau d'instruction de la mère et mortalité : une évaluation critique », in *les annales de l'IFORD*, Vol.1, n°1, pp25-47, 1990.
- **ETIENNE, Faubert.**, « La malnutrition dans les pays africains ou les limites structurelles des politiques de santé », in *santé internationale*, pp377-385, 2011.
- **FAFFERY, Yves.**, « Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger », in *sciences sociales et santé*, Vol, 14, n°1, CNRS, 1996, pp41-72.
- **FLEGG, Anthony.**, « Inequality of income, illiteracy and medical care as determinants of infant mortality in under developed countries », in *population studies*, vol. 36, n°3, 1982, pp458-472.
- **FRANCOIS, Boulier.**, « La terre et la vie », *Revue d'écologie*, Vol.3, n°1, pp225-237.1974.
- **FRANK, Odile.**, « Echanges interfamiliaux et recul de la fécondité en Afrique : quelques réflexions sur les interactions mère-enfant », in : Koffi N, Guillaume, Vimard P. Zanon B. (eds), *Maitre de la croissance démographique et développement en Afrique*, ORSTOM, Cool, in Colloques et séminaires, Paris, 1994, pp83-96.
- **GENEVIEVE, Harbec.**, « Le sevrage de l'allaitement maternel », mars 2021, pp73-99.
- **JOAQUIN, Craviato et ELSA de Licardie.**, « La malnutrition chez l'enfant : les répercussions sur l'individu et la collectivité », in *revue tiers monde*, vol, 63, 1975, pp525-549.
- **JOSEPH, Alphonse, Rodier et MAURICE, Roche.**, « La sécheresse actuelle en Afrique tropicale » quelques données hydrologiques, hydrological sciences, in *Journal*, 1973, pp511-418.
- **KONE, Mariatou.**, « Stratégies des ménages et malnutrition et malnutrition infantile dans la région de Madorounfa », in *Afrique contemporaine*, Vol.1, n°225, 2008, pp161-197.

- **MARIE, Aimée, Hays, MABEL, Guibert.**, « Le rythme du sevrage », in *Spirale*, 2007, pp95-103.
- **MEAT, Margaret.**, « La carence maternelle du point de vue de l'anthropologie culturelle », in : la carence de soins maternels : révolution de ses effets, Genève, OMS, in *Cahiers de santé publique*, n°14, 1962, pp238-253.
- **ODILE, Ake, Tano, ISSAKA, Tiembere, Yao Eugene KONAN, Philippe DONNEN, N'cho Simplicie DAGNAN, Kouamé KOFFI, Alimata Jeanne DIARANAMA, Michèle DRAMAIX.**, « Malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans au nord de la Côte d'Ivoire », in *santé publique*, Vol.22, 2010, pp213-220.
- **PANARD, Myriam.**, « Le sevrage de l'allaitement naturel : un sevrage en douceur. Pourquoi opter pour cette solution ? » in *Lansinoh*, octobre 2021, pp7-23.
- **ROGER, Petit-Jean, Myriam.**, « Représentations populaires de la malnutrition au Burkina Faso », in *Sciences sociales et santé*, Vol. 14-1, 1996, pp17-40.
- **RYFMAN, Philippe.**, « Perspectives historiques et enjeux contemporains », Vol.4, n°13, 2011, pp60-70.
- **SHEETS, Hal et ROGER, Morris.**, « Désastre au désert, la sécheresse en Afrique occidentale : échec des secours internationaux, 1994 ». Compte-rendu Bugnicourt Jacques, in revue tiers monde, 1978, pp23-37.

**VINCENT, Bonnacase.**, « Retour sur la famine au Sahel du début des années 1970 : la construction d'un savoir de crise », in *Politique africaine* n°19, octobre 2010, pp73-92.

## 6 - Thèses

- **DACKAM, Ngatchou.**, « *Les causes et les déterminants de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique tropicale* », Thèse de doctorat en démographie, Paris, INED, 1997.
- **FOUSSEYNI, Traore.**, « *Prise en charge de la malnutrition aiguë chez l'enfant dans un hôpital secondaire sahélien* », CHU Gabriel TOURE, département de pédiatrie, centre de santé de référence de Nara, Thèse.

## 7 - Mémoires

- **DEADU, Lucienne.**, « *Les organisations humanitaires face à la prise en charge socio-sanitaire en RCA (Bangui)* » Mémoire de sociologie, Université de Yaoundé I, 2016.

- **LASSANA, Camara.**, « *Les facteurs associés à la malnutrition des enfants de moins de cinq ans en Guinée* », Mémoire de DESSD, IFORD, 2005.
- **NGO, Nsoa.**, « *Les différences régionales de la malnutrition infanto-juvénile au Cameroun : recherche des facteurs explicatifs* », master de DESSD, IFORD, 2001.
- **TANANG, Tchouala.**, « *facteurs explicatifs de la malnutrition des enfants de cinq ans au Cameroun* », Mémoire de DESSD, IFORD, 2009.

## 8 - Chapitres d'ouvrage

- **FREDERIC Kobelembi.**, *La malnutrition chronique chez les enfants de moins de cinq ans*. Dans l'enfant en Centrafrique, 2004, p.156-200.

## 9 - Rapports et documents officiels

- Analyse de l'indice de prix à la consommation de la malnutrition aiguë, août 2019 et mai 2020.
- ANBF., 9V 326, CILSS/FAO, Rapport sur la situation nutritionnelle dans le Sahel affecté par la sécheresse, par Marcel GANZIN, août 1973.
- ASRADD-Tchad : Rapport de prise en charge sur la malnutrition, septembre 2019
- Banque mondiale et Organisation Mondiale de la Santé 2020.
- BASE-Tchad : Plan d'orientation stratégique 2015-2019.
- Enquête nutritionnelle nationale SMART Tchad 2015-2016.
- Enquête nutritionnelle nationale SMART Tchad 2017.
- Enquête nutritionnelle nationale SMART Tchad 2018.
- Enquête nutritionnelle nationale SMART Tchad 2019.
- Enquête nutritionnelle nationale SMART Tchad 2020.
- Gouvernance mondiale au service de la nutrition et rôle de l'UNSCN, mars 2017.
- Guide pratique pour l'ouverture d'une unité nutritionnelle pour la prise en charge de la malnutrition aiguë, mai 2009.
- MSF-Tchad, Crise alimentaire au Tchad, 2010. Disponible sur <https://www.msf.ch>
- MSF-Tchad, situation sanitaire, 07 mai 1985.
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), famine au Sahel, 1973.
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture : L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde, 2018.

- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture : La situation mondiale de l'alimentation et l'agriculture, FAO-Rome 1974.
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture : Rapport alimentaire 2014.
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et l'Organisation Mondiale de la santé : Conférence internationale sur la nutrition, 1992.
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture – Tchad : Rapport sur la nutrition et protection des consommateurs, 2010.
- Organisation Mondiale de la Santé : La prise en charge de la malnutrition sévère : manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement, 2000.
- Organisation Mondiale de la Santé et Banque Mondiale (2017), rapport sur la malnutrition dans l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Disponible sur [www.santénutrition.org](http://www.santénutrition.org).
- Organisation des Nations Unies pour l'enfance et l'Organisation Mondiale de la Santé (2020). Estimations communes sur la malnutrition infantile-édition 2020.
- Organisation des Nations Unies pour l'enfance (2020), malnutrition/U Disponible sur <https://www.unicef.org>
- Orientation des programmes de l'Unicef relatif au développement de la petite enfance : division des programmes de l'Unicef 2017.
- PAM-Tchad : Rapport d'évaluation et opération 2012-2012.
- Plan stratégique de santé communautaire au Tchad, 2015-2018.
- Politique nationale de nutrition et d'alimentation 2014-2025, novembre 2013.
- Protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë, mai 2014, Tchad.
- Rapport annuel de la malnutrition de centre district d'Abéché 2020.
- Situation n°1, rapport de 02 novembre 1984 : sécheresse et guerre civile au Tchad.
- Situation n°10, rapport de juillet 1985 : sécheresse et guerre civile au Tchad.
- Situation n°11, rapport de 22 août 1985 : sécheresse et guerre civile au Tchad.
- Situation n°12, rapport de 09 octobre 1985 : sécheresse et guerre civile au Tchad.
- Situation n°3, rapport de 21 novembre 1984 : sécheresse et guerre civile au Tchad.
- Situation n°4, rapport de 02 janvier 1985 : sécheresse et guerre civile au Tchad.
- Situation n°5, rapport de 28 janvier 1985 : sécheresse et guerre civile au Tchad.
- Situation n°7, rapport de 29 mars 1985 : sécheresse et guerre civile au Tchad.

- Situation n°8, rapport de 07 mai 1985 : sécheresse et guerre civile au Tchad.
- Tchad : Crise alimentaire et nutritionnelle, janvier 2018.
- Tchad : Marchés et sécurité alimentaire, février 2011.
- Tchad, la seconde communication nationale sur les changements climatiques, juin 2012.
- Tchad-Unicef, étude de cas 2012.
- Unicef-Tchad : Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë.

## 10 - Webographies

- <https://www.documents.wfp.org> définition de la mission du PAM. Consulté le 16 septembre 2021 à 09h-15 mn
- <https://www.org> prévention de la malnutrition. Consulté le 15 octobre 2021 à 07h-05 mn
- <https://www.premiere-urgence.org> première urgence internationale notre his Consulté le 12 octobre 2021 à 14h-20 mn
- <https://www.premiere-urgence.org> qui sommes-nous ? Consulté le 12 octobre 2021 à 16h-00
- <https://www.premiere-urgence.org> nos domaines d'interventions. Consulté le 03 octobre 2021 à 11h-05 mn.
- <https://www.unicef.fr> dossier nutrition. Consulté le 02 novembre 2020 à 11h-00
- <https://www.unicef.fr>. Unicef-France : qui sommes-nous et comment agir à nos côtés ? Consulté le 08 octobre 2021 à 20h-15 mn
- <https://www.unicef.org> missions. Consulté le 15 octobre 2021 à 20h-35 mn
- <https://www.universalis.fr> consulté le 2 novembre 2021 à 17h 10 mn
- [https://www.who\(features\)malnutrition](https://www.who(features)malnutrition) consulté le 25 novembre 2021 à 14h- 00 mn
- <https://www.editions-harmattan.fr> consulté le 30 octobre 2021 à 15 h- 25 mn
- <https://www.google.com> à partir du 08 octobre- 20 décembre à différentes heures
- <https://www.wikipedias.com> consulté le 13 septembre 2021 à 19h-45mn

## **ANNEXES**

## ANNEXE 1 : Autorisation de recherche

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix - Travail - Patrie  
\*\*\*\*\*

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I  
\*\*\*\*\*

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES  
ET SCIENCES HUMAINES  
\*\*\*\*\*

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE  
\*\*\*\*\*

BP : 755 Yaoundé  
Siège : Bâtiment Annexe FALSH-UYI, à côté AUF  
E-mail : depart.socio20@gmail.com



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace - Work - Fatherland  
\*\*\*\*\*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*

FACULTY OF ARTS, LETTERS  
AND SOCIAL SCIENCES  
\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY  
\*\*\*\*\*

### ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur LEKA ESSOMBA Armand, Chef de Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiant HACHIM ABDERAHIM SAKHAIROUN, Matricule 16W653, est inscrit en Master II, option Population et développement. Il effectue, sous la direction du Professeur DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand, un travail de recherche sur le thème : « *Dynamiques d'acteurs nationaux et internationaux face à la recrudescence de la malnutrition au Tchad : cas de la ville d'Abeche* ». <sup>M. Leont de</sup>

Je vous serais reconnaissant de lui fournir toute information non confidentielle, susceptible de l'aider dans cette recherche.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le 20 JUIN 2021



Le Chef de Département

Pr Armand LEKA ESSOMBA  
Maître de Conférences

**ANNEXE 2 : sources orales**

<b>N°</b>	<b>Noms et prénoms</b>	<b>Âges</b>	<b>Qualité</b>	<b>Lieu d'entretien</b>	<b>Date</b>
1	ABBA Abdelkerim	57 ans	Responsable communautaire	Salamat	01-09-2021
2	ACHE Mahamat Zene	38 ans	infirmière	Hôpital central	10-09-2021
3	ABDERAOUF Habib	32 ans	Relais communautaire	Djatinié	15-09-2021
4	ABDOULAYE Mahamat	35 ans	Responsable. c	Djatinié	09-09-21
5	ACHTA Haroun	29 ans	Mère d'enfant	C.S. Salamat	08-09-2021
6	BOUCHOURA Hassan	32 ans	Mère d'enfant	Centre .Ahamat Badawi	04-08-2021
7	BOUCHOURA Imran	22 ans	Mère d'enfant	Centre de santé Ahmat Badawi	04-08-2021
8	Dr Grégoire DJEKONBE	40 ans	Nutritionniste Unicef	Bureau Unicef d'Abéché	07-09-2021
9	Dr Israël	43 ans	Vice coordo a l'Unicef	Bureau Unicef d'Abéché	07-09-2021
10	Dr. Yorongar Gilbert	55 ans	nutritionniste	Hôpital central	18-08-21
11	FATOUMA Brahim	19 ans	Mère d'enfant	Centre.S. kamina	17-08-21
12	FAUSTIN Bernard	53 ans	Vice coordo ASRADD	Bureau ASRADD	20-07-2021
13	HADJE Achta Awada	45 ans	Majore de centre sante	Centre de santé Salamat	12-09-2021
14	HADJE FATIMA Mahamat	33 ans	Mère d'enfant	Centre santé Djatinié	25-09-2021
15	HARAM Annour	32 ans	Mère d'enfant	Centre de santé kamina	22-07-2021
16	HISSEIN Djibrine	50 ans	Responsable technique. S.	Bureau BASE	20-07-2021
17	Jean Robert BWANAISSA	56 ans	R.T.S. PUI	Première Urgence Inter	17-09-2021
18	Moussa Ahmat	28ans	Relais communautaire	Centre de santé Kamina	17-08-2021
19	Mustapha Haroun	32 ans	Responsable communautaire	Centre de santé Kamina	16-08-2021
20	Noura Barka	40 ans	Mère d'enfant	Pédiatrie de l'hôpital central	02-09-2021
21	Solange Alladoum	37 ans	Nutritionniste PAM	Bureau PAM	14-07-2021
22	T. Bourkou Mahamat	52 ans	majore	Centre de santé Djatinié	23-08-2021
23	T. HAWA Adoum	18 ans	Mère d'enfant	Centre de santé Salamat	27-08-2021
24	Yvana Gilbert	37 ans	Mère d'enfant	Pédiatrie. H. C	23-08-21
25	ZIMBE Tokba	29 ans	Mère d'enfant	Pédiatrie. H.C	19-08-21

**ANNEXE 3 : Guide d'entretien adressé aux responsables des ONG**

Bonjour Mme/Mr, je suis HACHIM Abderahim Sakhairoun étudiant à l'Université de Yaoundé I département de sociologie. Je mène une étude portant sur le thème « Dynamiques d'acteurs nationaux et internationaux face à la recrudescence de la malnutrition infantile au Tchad : cas de la ville d'Abéché ». Ainsi, les informations recueillies ne serviront qu'à un usage académique. Nous vous garantissons donc l'anonymat et la confidentialité de vos réponses.

### **1- Questions sociodémographique**

Nom et prénom.....

Sexe.....

Age.....

Profession.....

Organisme.....

### **2- Situation liée à l'intervention de l'organisation**

1-La cartographie de votre organisme dans la lutte contre la malnutrition infantile dans la ville d'Abéché.

2-Dpuis combien du temps que vous êtes engagé dans le programme de lutte contre la malnutrition dans la ville d'Abéché ?

3-L'amélioration de la situation des patients prise en charge.

4-L'intégration et la collaboration entre les acteurs face au défi de lutte de ce fléau.

5-Les actions communes que vous meniez en collaborations avec les autres acteurs.

6-Quels sont les aliments nutritifs que vous distribuiez aux enfants malnutris ?

7-Vos actions sur le terrain ça se passe directement ou à travers d'autres acteurs ?

8-Quelles sont les formes de la malnutrition le plus élevée dans cette ville ?

9-Votre mission pour combien de temps dans la ville d'Abéché ?

10-Est-ce que vous avez déjà formé des agents de santé ou des relais communautaire ?

11-Quels sont vos domaines d'interventions ?

**Je vous remercie.**

**ANNEXE 4 : Guide d'entretien adressé aux infirmiers et nutritionnistes**

Bonjour Mme/Mr, je suis HACHIM Abderahim Sakhairoun étudiant à l'Université de Yaoundé I département de sociologie. Je mène une étude portant sur le thème « Dynamiques d'acteurs nationaux et internationaux face à la recrudescence de la malnutrition infantile au Tchad : cas de la ville d'Abéché ». Ainsi, les informations recueillies ne serviront qu'à un usage académique. Nous vous garantissons donc l'anonymat et la confidentialité de vos réponses.

### 1- Questions sociodémographiques

Nom et prénom.....

Sexe.....

Age.....

Profession.....

Organisme.....

### 2- Questions d'ordres généraux relatifs à la malnutrition

- 1) Comment vous recevez les enfants malnutris lors de leur première admission à l'UNA ou à l'UNT.
- 2) La situation critique d'un enfant malnutri conduit dans l'unité nutritionnelle.
- 3) Le soins ou traitement des enfants malnutris.
- 4) Quelle est la forme de la malnutrition la plus élevée ?
- 5) Quelles sont les causes de la malnutrition que vous connaissez ?
- 6) Comment pouvez-vous faire le suivi des enfants en charge ?
- 7) Ya - t - il des cas de rechute que vous avez enregistré dans votre centre ?
- 8) Quelles sont les périodes où vous enregistrez souvent plus des cas ?
- 9) Quelle qualité des nutriments que vous dispensiez aux patients ?
- 10) La quantité des nutriments que vous donniez par enfant et par semaine.
- 11) Quelles sont les mesures que vous allez prendre sur les mères qui vendaient les nutriments distribués à leur enfant ?
- 12) Quel est le temps minimum d'aguerrissement d'un enfant admis en charge ?

**Je vous remercie.**

**ANNEXE 5 : Guide d'entretien adressé aux mères des enfants malnutris**

Bonjour Mme/Mr, je suis HACHIM Abderahim Sakhairoun étudiant à l'Université de Yaoundé I département de sociologie. Je mène une étude portant sur le thème « Dynamiques d'acteurs nationaux et internationaux face à la recrudescence de la malnutrition infantile au Tchad : cas de la ville d'Abéché ». Ainsi, les informations recueillies ne serviront qu'à un usage académique. Nous vous garantissons donc l'anonymat et la confidentialité de vos réponses.

### 1- Questions sociodémographiques

Nom et prénom.....

Sexe.....

Age.....

Profession.....

Organisme.....

### 2- Questions ordres généraux sur la malnutrition

- 1) 1-Quels sont les aliments nutritifs que vous bénéficiez par semaine ?
- 2) 2-Est-ce ces nutriments sont suffisants pour l'accroissement de votre enfant ?
- 3) 3-Est-ce que la prise en charge de votre est totale ?
- 4) 4-Quels sont les facteurs qui incitent souvent la malnutrition de l'enfant ou la malnutrition de votre enfant est liée à quoi ?
- 5) 5-quelle est votre recommandation en vers l'Etat et aux organismes.

**Je vous remercie.**

**ANNEXE 6 : Questionnaire adressé aux mères des enfants malnutris ou à leurs substituts.**

Bonjour Mme/Mr, je suis Hachim Abderahim Sakhairoun étudiant au département de Sociologie à l'Université de Yaoundé I. Je mène une étude portant sur le thème « Dynamiques d'acteurs nationaux et internationaux face à la recrudescence de la malnutrition infantile au Tchad : cas de 6eme arrondissement de la ville d'Abéché ». Ainsi, les informations recueillies ne serviront qu'à un usage académique. Nous vous garantissons donc l'anonymat et la confidentialité de vos réponses.

### Section 0 : Identification du questionnaire

N° de questionnaire.....Région.....Département.....

Arrondissement.....Quartier.....

### Section 1 : Identification du répondant

1-Nom ..... et

Prénom.....

2-Sexe du répondant

M  F

3-A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

15-20 ;  21-25 ;  26-30 ;  31-35 ;  36-40 ;  41-45 ;  46-50 ;   
51 ans de plus .

4-Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?

Fonctionnaire ;  Ménagère  ; Cultivateur  ; Etudiant  ou autres .

5-A quelle religion appartenez-vous ?

Christianisme  Islam  Catholique  ou autres

6-Quelle est votre situation matrimoniale ?

Mariée(e)  Divorcée  ; Célibataire  ; Veuf (ve) ;  Union libre  ; ou  
autres à préciser.....

7-Quel est votre niveau d'instruction ?

Primaire  Secondaire  Supérieur  Sans niveau  autres .

## Section 2 : CONNAISSANCES DES MERES SUR LA MALNUTRITION

8-Etes-vous la maman de cet enfant ?

Oui  Non  Si non ou est sa maman ?

9-Avez-vous combien d'enfants qui souffre de la malnutrition ?

Un  deux  ou plus

10-Depuis combien du temps que votre enfant souffre de ce fléau ?

Un mois  trois mois  six mois  u autres

11-Quels symptômes que vous aviez remarqué premièrement sur votre enfant ?

Diarrhée ; Emaciation  ou autres à préciser.....

12-Quel premier soin que l'enfant a bénéficié ?

Traitement médical  Traitement traditionnel  u autres .

13-Est-il votre premier enfant qui souffre de cette maladie ?

Oui  ; Non  .Si non il est le quantième ?

14-Depuis combien du temps qu'il est sous traitement ?

Un mois  trois mois  ; cinq mois  ou autres

15-L'enfant souffre de quelle forme de malnutrition ?

MAM  MAS

16-Quelle qualité des aliments nutritifs que bénéficie votre enfant ?

Plumpy-Nut  Biscuits  tous les deux  ou autres à préciser.....

17-Quelle quantité des nutriments que l'enfant bénéficie par semaine ?

10-15 sachets  20-30 sachets  1-2 cartons  ou autres à préciser.....

18- Est-ce que les aliments nutritifs que votre enfant bénéficie sont suffisants pour son accroissement ?

Oui  Non

### Section 3 : SITUATION LIEE AU SEVRAGE

19-Est-il déjà sevré votre enfant ?

Oui  Non . Si oui à quel âge ?

20-Comment ou dans quelle situation il est sevré ?

Avec sa grand-mère ; un autre membre de la famille , sevrage violent , ou autres à préciser.....

21-Quel aliment donnez-vous à l'enfant pendant le sevrage ?

Bouillie ; lait naturel ; plat familial ; ou autres à préciser.....

### Section 4 : SITUATION SOCIOPROFESSIONNELLE DE LA MERE

22-1Que faites-vous dans la vie quotidienne ?

Fonctionnaire  Cultivateur  Commerçant(e) ; ménagère  ou autres à préciser.....

23-Qui tiennent l'enfant a votre absence si vous êtes un employé quelque part ?

Grand-mère  un autre membre de la famille  berceuse  ou autres

24-Quelle est la fonction de votre marie ?

Fonctionnaire  ; Commerçant  ; Cultivateur  ; ou autres  .

25-Quel est l'âge de votre enfant ?

Moins de 6 mois  , 1 an  , 16 mois  , 24mois  , 30 mois  , ou autres à préciser.....

**Je vous remercie**

## **TABLE DES MATIERES**

SOMMAIRE .....	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS .....	iii
ACRONYMES ET SIGLES .....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES GRAPHIQUES ET DES PHOTOS .....	vii
RESUME.....	viii
ABSTRACT .....	ix
INTRODUCTION GENERALE .....	1
I. Contexte de l'étude et justification du choix du sujet.....	2
I.1. Contexte de l'étude .....	2
I.2. Justification du choix du sujet.....	4
II. Problème de recherche.....	6
III. Problématique de recherche .....	7
IV. Questions de recherche .....	19
IV.1. Question principale .....	19
IV.2. Questions secondaires de recherche.....	20
V. Hypothèses de recherche .....	20
V.1. Hypothèse principale de recherche.....	20
V.2. Hypothèses secondaires de recherche .....	20
VI. Cadre théorique et méthodologique .....	21
VI.1. Cadre théorique .....	21
VI.2. Analyse stratégique .....	21
VI.3. L'approche dynamiste et critique.....	23
VI.4. Techniques de collecte des données.....	24
VII. Définition des concepts opératoires .....	27

VIII. Délimitation spatio-temporelle.....	30
IX. Plan du travail .....	32
CHAPTRE I : GRANDES CRISES ALIMENTAIRES ET NUTRITIONNELLES AU TCHAD.....	33
I. Sécheresse de (1970-1973) .....	35
1. Productions agricoles et crises alimentaires.....	35
2. Enquêtes sur la malnutrition.....	38
3. Réaction tardive des chefs d'Etats sahéliens face à la famine .....	39
4. Conséquence de la sècheresse .....	40
II. Sécheresse de (1984-1985) au Tchad .....	42
1. Mutation de la population .....	42
2. Demande d'aide alimentaire.....	44
3. Conséquences .....	45
4. Logistique.....	48
5. Situation agricole.....	49
III. Crise alimentaire de 2009/2010 au Tchad.....	50
IV. Crise alimentaire et nutritionnelle au Tchad de 2017/2018 .....	52
CHAPITRE II : ACTEURS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX INTERVENANT DANS LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION INFANTILE DANS LA VILLE D'ABECHE.....	54
I. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).....	55
1. Les missions de l'Unicef.....	56
2. Présentation et prévention de la malnutrition par l'Unicef .....	57
3. Les actions de l'Unicef dans le domaine nutritionnel au Tchad .....	58
4. La mise en œuvre du programme par l'Unicef .....	60
5. L'intervention de l'Unicef dans le domaine nutritionnel dans la ville d'Abéché. ....	60
II. Programme Alimentaire Mondial (PAM).....	61

1. Les missions du PAM .....	62
2. Politiques et stratégies de base du PAM .....	62
3. L'intervention du PAM dans le domaine nutritionnel au Tchad.....	65
4. L'intervention du PAM dans le domaine nutritionnel à Abéché.....	66
III. Première Urgence Internationale (PUI).....	67
1. Objectif de PUI.....	68
2. Domaines d'intervention de PUI.....	68
3. Les missions de PUI au Tchad .....	68
4. L'intervention de PUI dans le domaine nutritionnel à Abéché .....	68
IV- ONG nationales : Alliance Sahélienne de Recherches Appliquées pour le Développement Durable (ASRADD) et Bureau D'appui Santé et Environnement (BASE) .....	70
1. Alliance Sahélienne de Recherches Appliquées pour le Développement Durable (ASRADD).....	71
1.1. L'Objectif de l'ONG ASRADD.....	71
1.2. Les actions liées à la malnutrition par ASRADD .....	72
2. Bureau d'Appui Santé et Environnement (BASE).....	72
2.1. L'objectif de BASE .....	73
2.1. Plan d'orientation stratégique de BASE-Tchad .....	73
CHAPITRE III : FACTEURS CONTRIBUANT A LA MALNUTRITION INFANTILE DANS LA VILLE D'ABECHE.....	75
I. Facteurs environnementaux .....	76
1. Le climat.....	76
2. Le milieu de résidence.....	79
II. Facteurs socioéconomiques .....	80
1. L'activité économique du père. ....	80
2. L'activité économique de la mère .....	81

III. Facteurs socioculturels .....	84
1. Le niveau d’instruction de la mère .....	85
2. Négligence sociale.....	89
3. Le sevrage de l’allaitement .....	91
CHAPITRE IV : ANALYSE DES ACTIONS DES ACTEURS FACE AUX DÉFIS DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION INFANTILE .....	96
I. Prise en charge à l’Unité Nutritionnelle Supplémentaire (UNS).....	97
1. Structure et organisation de l’UNS .....	99
2. Admission des enfants à l’UNS .....	99
3. Les nutriments distribués aux enfants malnutris modérés .....	101
4. Surveillance .....	104
II. Prise en charge à l’Unité Nutritionnelle Thérapeutique (UNT) .....	105
1. Structure et organisation de l’UNT .....	106
2. Admission des enfants à l’UNT .....	109
3. Les nutriments distribués aux enfants malnutris sévères .....	110
4. Surveillance .....	113
III. Prise en charge des nourrissons de moins de 6 mois ou moins de 3kg .....	114
1. Structure et organisation.....	114
2. Admission des nourrissons à l’UNT .....	115
3. Les nutriments distribués aux nourrissons malnutris .....	116
4. Surveillance .....	118
IV. Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë .....	120
1. La mobilisation communautaire .....	120
2. Le dépistage dans le volet communautaire .....	122
3. Admission des enfants malnutri au volet communautaire .....	123
4. Sensibilisation des parents par les relais communautaires .....	123

CONCLUSION GÉNÉRALE .....	125
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	125
ANNEXES .....	125
TABLE DES MATIERES .....	125