

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX-TRAVAIL-PATRIE

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION

CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
DOCTORALE EN SCIENCES DE L'EDUCATION
ET INGENIERIE EDUCATIVE

DEPARTEMENT DE L'EDUCATION
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

THE FACULTY OF EDUCATION

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE SOCIAL
AND EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL UNIT OF RESEARCH AND
TRAINING IN SCIENCES OF EDUCATION
AND EDUCATION NGENIEERING

DEPARTMENT OF SPECIAL
EDUCATION

**DISPOSITIF COMMUNAUTAIRE ET PRISE EN CHARGE DES
ENFANTS MALNUTRIS DANS LES MILIEUX DEFAVORISES AU
CAMEROUN (UNE ETUDE MENEES AU CENTRE MEDICAL
D'ARRONDISSEMENT DE BOCKLE DANS LA REGION DE GAROUA).**

Mémoire rédigé et présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en Science
de l'Education

Option: Intervention, Action Communautaire

Spécialité: Psychologue professionnel en écologie humaine

Par

DJIMTEMADJI DJASNABAYE

Licence en Psychosociologie de l'Education

Matricule: 20V3158

Sous la Direction de :

Pr. Albert NNA NTIMBAN

Maître de Conférences



Juin 2023

SOMMAIRE

SOMMAIRE	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
RESUME.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	4
CHAPITRE II : REVUE DE LA LTTERATURE.....	32
CHAPITRE III : APPROCHE THEORIQUE ET CONCEPTUELLE	64
CHAPITRE IV : METHODOLOGIE DE RECHERCHE	86
CHAPITRE V: PRESENTATION DES RESULTATS, DISCUSSION ET PERSPECTIVES.....	112
CONCLUSION GENERALE	137
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	140
ANNEXES.....	149
TABLE DES MATIERES	159

A

Mes parents qui ont œuvré pour mon éducation.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier vivement toutes les personnes diverses qui nous ont accompagné dans ce parcours de formation et nous ont permis de mener, avec autant d'intérêt, ce travail de recherche. Il s'agit particulièrement de :

❖ Professeur **NNA NTIMBAN Albert**, pour avoir accepté de nous encadrer, nous consacrer de son temps et nous avoir fait partager de son expérience scientifique;

❖ Tous les enseignants du Département d'Éducation Spécialisée de l'Université de Yaoundé I, pour les différents enseignements qu'ils nous ont accordés;

❖ Docteur **MENGOUA Placide**, pour ses éclairages scientifiques et sa gentillesse à lire les chapitres de ce travail;

❖ Docteur **NEME Basile**, pour ses éclairages scientifiques et sa gentillesse à lire les chapitres de ce travail;

❖ Doctorant **NGUEAMBAYE ADOUMNGAR** pour ses orientations et guides dans ce travail de recherche;

❖ Doctorant **MBAIHAINTOLEL Martial**, pour ses orientations et chaleureux appui dans ce travail de mémoire;

❖ Doctorant **MBAILASSEM Francis** et toute l'équipe du Centre Médical d'Arrondissement de Bockle pour leur accueil et leur aide; ainsi que tous les parents des enfants malnutris les relais communautaires qui ont bien voulu contribuer à la réalisation de ce travail;

❖ Mes amies, pour toute leur patience et leur chaleureux appui.

Que tous ceux qui ont semé en moi les graines de la connaissance et m'ont soutenu dans la production intellectuelle et matérielle de ce travail trouvent ici le témoignage de ma profonde gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AEN : Activités Essentielles en Nutrition

ASACO : Agent de Santé Communautaire

ATPE : Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi

BDS : Bureau de District Sanitaire

BM : Banque Mondiale

BPS : Bureau Provincial de Santé

CFA : Comité Financier de l'Afrique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMA : Centre Médical d'Arrondissement

COGES : Comité de Gestion

COSA : Comité de Santé

CCA : Common Country Assessment

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

ECD : Equipe Cadre de District

EDSC : Enquête Démographique et de Santé du Cameroun

ECAM ; Enquête Camerounaise au prêt de Ménage

ESSB : Etablissement des Soins de Santé de Base

FAO : Food and Agricultural Organisation (Organisation des Nations Unis pour

FMI : Fonds Monétaire International

FIMA : Fonds d'investissement des Microréalisation Agricoles

FOSA : Formation de Santé

HP : Hôpital de District

IIRPA : Institut International pour la Recherche en Politique Alimentaire

INS : Institut National de la Statistique

MA : Malnutrition Aigu

MCD : Médecin Chef de District

MICS : Multiple Indicators Cluster Survery (Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples)

MAM : Malnutrition Aigu Modéré

MAS ; Malnutrition Aigu Sévère

MINPAT : Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire

MINADER : Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural

MINSANT : Ministère de la Santé Publique

MINAS : Ministère des Affaires Sociales

MSPLS : Ministère de Santé Publique et Lutte Contre le Sida

MSF : Médecin Sans Frontière

ODD : Objectifs du Développement Durable

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONU : Organisation des Nations Unis

PAM : Programme Alimentaire Mondiale

PB : Périmètre Brachial

PCD : Plan Communal de Développement

PIB : Produit Intérieur Brut

PPNS : Programme National de Nutrition en Santé

PNUD : Programme des Nations Unis pour le Développement

PNSD : Plan National de Développement Sanitaire

PNPEC : Protocole National de Prise en Charge de la Malnutrition Aigue

PNVRS : Projet National de Veille et de Renforcement de la Sécurité Alimentaire

(L'Alimentation et l'Agriculture)

RCA : République -Centre Africaine

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

SSS : Stratégie Sectorielle de Santé

SSP : Soins de Santé Primaire

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

SNAR : Système National d'Alerte Rapide et d'information sur le marché

UTAVA : Unité de Traitement par Voie Aérienne

UNESCO : Organisation des Nations Unis pour l'éducation, la Science et la Culture

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Fond des Nations Unis pour l'Enfance)

USAID : United States Agency for International Children's Emergency Fund

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME

Ce travail de recherche est intitulé «**Dispositif communautaire et prise en charge des enfants malnutris dans le milieu défavorisé au Cameroun (une étude menée au Centre Médical d'Arrondissement de Bockle dans la région de Garoua)** ». L'observation des enfants malnutris dans une situation désagréable laisse voir des difficultés d'accès à la prise en charge, selon les situations vécues. Les théories économiques sont fondées sur le modèle de l'offre et de la demande qui met en relation d'une part la capacité financière de l'Etat, du secteur privé ou du ménage à acheter et approvisionner le marché et les ménages en bien alimentaires ou nutritionnels et, d'autres parts, la disponibilité de ces produits sur le marché ainsi que leur prix. Malheureusement, ces théories se sont focalisées exclusivement sur les aspects alimentaires et non pas sur des critères nutritionnels. Trois théories principales traduisent ce courant de pensée. En prenant en compte la littérature sur la situation des enfants victime de malnutrition, on remarque que plusieurs auteurs se sont intéressés sur leurs prises en charge, mais beaucoup d'efforts restent à faire en vers le Gouvernement camerounais et ses partenaires sociaux. C'est pourquoi il s'est avéré nécessaire de s'intéresser sur l'apport du dispositif communautaire dans la prise en charge des enfants victimes de malnutrition dans la région de Garoua. Nous nous sommes posé la question de savoir de quelle manière le dispositif communautaire et prise en charge des enfants malnutris est un problème pour la santé? Ainsi, notre hypothèse générale stipule : Le dispositif communautaire à un impact sur la prise en charge des enfants malnutris à travers le facteur économique, facteur social, le facteur environnemental et le facteur politique. L'objectif était de comprendre le lien entre dispositif communautaire et la prise en charge des enfants malnutris dans la région de Garoua. L'atteinte de cet objectif s'est rendue possible par la méthode observatoire à partir des entretiens semi-directifs menés auprès de huit enfants malnutris victimes d'une situation sociale au Centre Médical d'Arrondissement de Bockle.

Les résultats de notre enquête montrent que le dispositif communautaire et prise en charge contribuent à la situation des enfants malnutris dans la région de Garoua/ Bockle.

A partir de ces résultats, une perspective permet de générer l'idée selon laquelle il serait important de préparer le sujet à la prise en charge des enfants malnutris, ceci pourrait engendrer un sentiment de fierté dans le vécu social et par conséquent un sentiment communautaire.

Mots clés : dispositif communautaire ; prise en charge, enfant, malnutris

ABSTRACT

This research work is titled « Community device and support for malnourished children in the disadvantaged environment in Cameroon (a study conducted at the Block District Medical Center in the Gaoura region) ». The observation of malnourished children in an unpleasant situation suggests difficulties in accessing, depending on the situations. The economic theories are based on the tender and demand model that in a direction of the financial capacity of the state, the private sector of the household sector, to be purchased and supplies the market and households in food or nutritional and, on the other hand, the possibility of these products on the market as well as their price. Unfortunately, these theories focused exclusively on food aspects and not on nutritional criteria. Two theories mainly reflect this current to think. In taking into account the littérature on the situation on children victims of malnutrition, we note that several actors have been interested in their support, but many offers remain to be made in favor of cameronian government and its social partners. That is why it has been necessary to focus on the contribution of the community system in the care of child victims of malnutrition in the Garoua region. We asked how the community and community- based community is supported for health ? Thus, our general hypothesis stipulated : the community device has in impact on the care on the malnourished children through the economic factor, social factor and environmental factor. The objective was to understand the link between community device and support for malnourished children in the Garoua region. The achievement of this objective was made possible by the method of observation from semi-guidelines with 8 malnourished children who are victims of a social situation in the Boldle Bordrond Merketic Center.

The results of our survey show that the community and support for contribute to improving the situations of the malnourished children in the Garoua/Bockle region.

From these results, a perspective makes it possible to generate the idea that it would be important to prepare the subject to the care of the malnourished children, this could lead to a sense of pride in social experience therefore a community sent.

Keywords : community device ; support ; child ; malnouris

INTRODUCTION

La malnutrition et la carence en calories constituent un des facteurs des maladies des enfants dans le monde (IIRPA, 2016). D'après le rapport mondial sur la nutrition de 2016, une personne sur trois est affectée par la malnutrition dans le monde. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'Organisation Mondiale de la Santé et la Banque mondiale ont estimé en 2015 qu'environ 159 millions d'enfants étaient affectés par la malnutrition chronique dans le monde, soit 23,8 % (UNICEF, OMS, Banque Mondiale, 2015). L'Afrique de l'Ouest et du centre est la plus touchée par la malnutrition des enfants (avec un taux de 35 %). A l'instar des autres pays sahélien ne fait pas exception. En effet, la malnutrition demeure un problème de santé publique et elle varie traditionnellement avec la période de soudure. En 2007 par exemple, 12% des ménages nigériens ont été touchés par l'insécurité alimentaire sévère et 22% de manière modérée, selon les données issues de l'enquête sur la vulnérabilité à l'insécurité alimentaire (INS, 2012).

Le taux de pauvreté de la population reste encore très élevé et le taux de chômage global est ressorti en hausse. Cette hausse précarité s'expliquerait en partie par la diminution des conditions de vie de base de la population pauvre (Valensisi, 2020 ; Milogo, 2020)

S'intéresser à la santé des enfants, c'est aussi s'intéresser à la santé des adultes de la prochaine génération et l'enjeu consiste à conduire ces enfants à la vie adulte dans les meilleures conditions possibles (Pomarede et al. 2014). Ceci passe par une nutrition adéquate des enfants, car les problèmes nutritionnels sont à l'origine de décès de la plupart d'entre eux, d'une réduction drastique de leur potentiel intellectuel et d'énormes pertes économiques (Organisation des Nations Unies, 2018).

Selon le rapport de 2017 sur l'Etat de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde 821 millions de personnes souffraient de faim, 150,8 millions d'enfants accusaient des retards de croissance et 50,5 millions étaient affectés par l'émaciation. Ce qui menace ainsi l'atteinte d'ici 2030 des cibles 2.1 et 2.2 de l'objectif de développement durable (ODD), qui est celui d'éliminer respectivement la faim et la malnutrition sous toutes ses formes. La situation est davantage alarmante dans la plupart des régions d'Afrique. En effet, selon la même source, 55 % d'enfants accusant un retard de croissance sont africains (FAO et al. 2017).

Le Cameroun ne déroge pas à cette situation qui prévaut dans le monde en général et en Afrique en particulier. Il ressort notamment des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et des Enquêtes par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) réalisées dans ce pays que la prévalence de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans sous sa forme chronique ou du retard de croissance est passée de 36 % en 1998, à et à 29 % en 2018, celle de sa forme aigue ou émaciation est passée respectivement de 8 %, 6 % , 5,2 % et 4 % et celle de l'insuffisance pondérale est passée respectivement de 18 %, 15 %, 14,8 % et 11 % (INS (Institut National de la Statistique) et ICF, 2020; INS, 2015; INS et ICF, 2012;). En vingt années, les efforts fournis par le Gouvernement de ce pays et ses partenaires internationaux ont, dans une certaine mesure, fait fléchir la courbe de la malnutrition des enfants et, comme on le constate, dans ce pays, la prévalence du retard de croissance est actuellement largement plus basse que le seuil critique de 40 % fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et celle de l'émaciation n'appartient plus à l'intervalle critique de 5-10 % fixé également par la même organisation(Kemto, 1999)

Toutefois, l'on y est encore très loin de la seconde cible susmentionnée des Objectif du Développement Durable (ODD) (FAO et al. 2017) et des prévalences observées chez un de ses voisins, à savoir le Gabon, qui, pourtant, dépend en grande partie de ses exportations agricoles. En effet, en 2012, la prévalence du retard de croissance et celle de l'émaciation étaient dans ce dernier pays respectivement de 17 % et 3 % (Ntsame Ondo et Bakenda, 2013).

Dans les études antérieures sur la malnutrition des enfants, on retrouve deux grandes approches explicatives de ce phénomène, à savoir contextuelle ou environnementale et individuelle. Leur vérification a été faite empiriquement en mobilisant plusieurs facteurs. Dans le premier cas, il s'agit, par exemple, des facteurs macro-structurels et du contexte de résidence (Ndamobissi, 2017), de la culture de l'éducation contextuelle (Montgomery, 2000), de la pauvreté contextuelle (Haddad et al. 2003) et de l'existence de l'eau potable dans l'environnement immédiat de l'enfant (Mukalay et al. 2010 ; Andre, 2018). Dans le second cas, on retrouve les caractéristiques des mères comme l'ethnie l'obédience religieuse et le niveau d'instruction et l'âge celles de l'enfant comme son âge et son sexe (Padonou, 2014 ; Abla, 2018), son poids à la naissance et son état de santé (Abla, 2018 ; McCathy, 2015) et son rang de naissance (Celik et Hotchkiss, 2000), et enfin l'intervalle entre naissances et les pratiques alimentaires des mères(Koblembi, 2004 ;Mukalayet al.2010)

Ces études fournissent d'importantes informations sur les facteurs de risque de la malnutrition des enfants mais elles sont limitées par le fait qu'elles n'ont pas pris en compte (sinon très peu) les caractéristiques du père et certaines caractéristiques du ménage comme sa

composition et sa taille, et pourtant, dans le contexte africain, elles peuvent jouer un rôle important. L'extension familiale du ménage aux ascendants et à d'autres personnes y participe à la persistance des valeurs traditionnelles et en plus c'est l'homme qui y prend l'essentiel des décisions dans le domaine de la santé. Par ailleurs, bien que dans les théories explicatives de la malnutrition des enfants utilisées dans les études antérieures les variables contextuelles soient distinguées de celles individuelles, dans très peu d'entre elles les méthodes multi niveaux d'analyse explicative de ce phénomène ont été empiriquement utilisées. Ces méthodes sont pourtant plus adaptées que d'autres à l'analyse des phénomènes sociaux car elles considèrent l'individu dans son environnement de vie et le traite sans faire fi de son contexte. Etudier la malnutrition des enfants en prenant en compte la relation entre les individus et leur environnement de vie s'avère donc très pertinent ; il permet d'appréhender à chaque niveau les facteurs explicatifs de ce phénomène et, partant, de mettre à la disposition des décideurs des informations nécessaires à une orientation efficace et rentable des actions politiques(Abla,2018)

En effet les enfants dont le régime alimentaire n'est pas correct sur le plan nutritionnel et qui ne reçoivent pas de soins adéquats, ne sont pas protégés contre certaines maladies graves telles que la diarrhée, les infections respiratoires, le paludisme ou encore la rougeole. Il ressort des travaux que les enfants meurent 200 fois plus que de rougeole dans les pays en développement que dans les pays développés ; ceci est dû au fait que les enfants souffrant de malnutrition sont souvent impuissants face à l'infection, par contre ceux qui sont bien nourris ont un organisme plus défensif qui leur permet de survivre. (L'UNICEF 1988)

Notre travail est structuré en deux grandes parties. La première partie est composée de deux chapitres et la deuxième partie à trois chapitres. Ainsi le premier chapitre de notre travail est consacré à la problématique de l'étude. Le deuxième chapitre de notre travail est intitulé la revue de littérature, Le chapitre trois quant à lui se focalise sur l'approche théorique et conceptuelle. Le quatrième chapitre est structuré sur la méthodologie de recherche et le dernier et cinquième chapitre est axé sur la présentation, les discussions des résultats et les propositions

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

La problématique est définie dans le dictionnaire Robert 2012 comme « l'art de poser les problèmes ». Problématiser, c'est donc être capable d'interroger un sujet pour en faire surgir un ou plusieurs problèmes. Au-delà, l'élaboration d'une problématique suppose la capacité à particulariser et à hiérarchiser ces problèmes. Le problème se définit lui-même comme une question que l'on se pose de résoudre mais qui prête à discussion. Problématiser devient donc, d'une certaine manière, l'art de poser les questions pertinentes, celles susceptibles de faire émerger des débats féconds. Cette capacité à produire un questionnement efficace est fondamentale et relève de l'attitude de même de l'activité scientifique telle qu'elle est définie par un auteur comme Lévis- Strauss par exemple ; « le savant n'est pas celui qui donne les bonnes réponses mais celui qui pose les bonnes questions. » tout libeller de dissertation doit donc pouvoir être formulé sous d'une ou plusieurs questions articulées. C'est le premier temps de l'élaboration de la problématique. Le second temps consistera à organiser une stratégie argumentative permettant de répondre de manière cohérente à l'ensemble de ces questions.

Dans ce chapitre nous avons intérêt à faire ressortir les différentes parties qui sont entre autres le constat sur le terrain, le but de recherche, le contexte et la justification de de l'étude, le problème, les Questions de recherche, Objectifs de recherche, les Hypothèses de recherche, les intérêts de recherche, la pertinence de l'étude, délimitation de l'étude et le Centre de santé de Djouka

1.1 Constat

Avec sa population estimée à 23 799 022 en 2018, il a été observé des taux du retard de croissance qui sont passés de 33% en 2011, 31,7% en 2014 et à 32% en 2017 au Cameroun (EDS-MICS, 2011 ; Rapport du MICS, 2015 ; Institut Nestlé nutrition Afrique, 2017). Malgré cette baisse observée, cet indicateur reste encore élevé et se situe à l'intérieur de la côte d'alerte (30 à 39% OMS, 2000) (Atelier sur la malnutrition chronique au Cameroun, 2018). Une analyse par région montre une détérioration alarmante dans les régions de l'Extrême-Nord (de 35,7% en 2006 à 44,9% en 2011) et de l'Adamaoua (de 28,4% en 2006 à 39,8% en 2011) révélant une situation d'urgence ($\geq 40\%$ OMS, 2000). Les taux de mortalité infantile pour leur part étaient estimés à 65,0‰ en 1991, 63‰ décès en 2005 et 58,51‰ en 2014 et à 60‰ en 2016 (EDSMICS, 2011 ; Banque Mondiale, 2015 ; SSS/MINSANTE, 2016).

L'enquête nutritionnelle menée par le MINSANTE et l'UNICEF dans les 04 régions Vulnérables du pays montre que les taux de décès des moins de 5 ans sont estimés à 137‰ à l'Est, à 64‰ au Nord, 43‰ à l'Extrême-Nord et à 41‰ dans l'Adamaoua (MINSANTE/ UNICEF, 2017). Le partenariat Allemagne-Cameroun a permis au Cameroun de bénéficier d'une contribution de 9,750 milliards de la Kfw pour la lutte contre la malnutrition (Cameroon Tribune, 2018). Au regard de ces statistiques, le retard de croissance est un mal à éradiquer vu son impact sur les taux de mortalité infantile, les dépenses générées et à long terme sur la réduction de la productivité. Plusieurs causes diverses, complexes et interconnectées expliquent le retard de croissance. Parmi ces causes liées à la santé, on note : l'hygiène insuffisante, la nutrition inadaptée de la mère pendant la préconception, la gestation et la lactation ; l'allaitement au sein non exclusif et le sevrage précoce (Unicef, 2016). Les caractéristiques socio-économiques et démographiques nous permettent de dénombrer le type de logement, la qualité du régime alimentaire, l'accès aux soins médicaux, la taille du ménage, le revenu, le niveau d'instruction de la mère et la fécondité (Rea, 1971 ; Millim et al. 2008 ; Baye et Sitan, 2016).

De toutes ces composantes, la fécondité a toujours été au centre des préoccupations mondiales car elle a des conséquences sur le retard de croissance (Mokni et al. 2002 ; Shibuya et al., 2013). Dans la nouvelle économie de la famille, Gary (1973) a construit une formulation théorique des phénomènes de la fécondité. Le modèle microéconomique classique qu'il expose considère l'enfant comme un actif de long terme dont il faut optimiser la valeur au travers de la production de services domestiques et éducatifs, activités coûteuses en temps comme en argent. Ainsi, lors que le nombre d'enfants est élevé dans un ménage et que les ressources du ménage sont faibles/limitées pour la prise en charge de tous les enfants, faible sera également la « qualité » de chaque enfant, parce que les parents engageront moins de leur temps et leurs ressources pour chacun d'entre eux (Maitra et Pal, 2008).

D'autres études tendent à affirmer que la classification des enfants par rapport à la santé n'est pas à priori corrélée avec les décisions de fécondité (Makepeace et al. 2007). Pour d'autres encore, les ménages pauvres en milieu rural qui ont accès à des biens physiques ne prêtent pas attention au revenu courant et ainsi choisissent d'avoir plusieurs enfants comme une assurance et ils n'anticipent pas une baisse future du revenu (Baye et Sitan, 2016).

Plusieurs travaux antérieurs ont examiné le lien entre le nombre d'enfants et leur capital humain. Selon la théorie classique, les ménages font des choix interdépendants concernant le nombre d'enfants, aussi bien que le niveau d'investissement en capital humain par enfant

(Millim et al. 2008). L'implication de cette théorie se situe au niveau de l'existence d'une relation négative entre les résultats sur l'enfant (qualité) et le nombre d'enfants dans le ménage (quantité) (Gary, 1960 ; Gary et Lewis, 1973 ; Gary et Tomes, 1976). Rosenzweig et Wolpin, (1980) ont présenté un modèle dans lequel l'arbitrage entre la qualité et le nombre d'enfants est fonction des préférences parentales sous la contrainte budgétaire. Par la suite, deux approches ont amplement expliqué le lien existant entre la qualité et la taille de la fratrie. Il s'agit, d'une part la théorie de la dilution et d'autre part le modèle de confluence. Le modèle de confluence souligne que les environnements ont des effets considérables sur le développement intellectuel de l'individu. Zajonc et Markus, (1975) soutiennent que dans le cadre familial, le développement intellectuel repose sur les effets cumulatifs de l'environnement intellectuel, qui se composent principalement des intelligences des frères et sœurs et des parents. Avec l'accroissement de la famille, le milieu deviendra plus « enfantin ». Le modèle prédit dès lors un effet négatif de la taille de la fratrie sur le développement intellectuel. . Zajonc et Markus, (1975).

Cependant, Belmont and Maolla, (1973) ont montré dans leur analyse empirique que les enfants seuls ne sont pas adaptés au modèle proposé et sont parfois pire que ceux ayant un ou deux sœurs et frères. Ces auteurs considèrent un enfant seul comme une « anomalie », faisant savoir que les enfants seuls ne peuvent pas bénéficier d'avoir un plus jeune frère à enseigner. Alors que le modèle de confluence se focalise plus sur l'incidence du milieu intellectuel sur développement individuel, la théorie de la dilution des ressources offre une autre explication en se focalisant prioritairement sur l'aspect de l'allocation des ressources au sein d'un ménage. Puisqu'il est connu que les ressources des parents sont limitées et étant donné que le nombre d'enfants augmente, les ressources de la famille vont donc diminuer. Ce qui aura un effet négatif sur les résultats de l'enfant. Judith Blake, principale promotrice de la théorie de la dilution des ressources, fournit des preuves empiriques sur le fait que le nombre de sœurs et frères a d'importantes répercussions néfastes sur la réussite scolaire des enfants ainsi que sur les attentes pédagogiques (Blake, 1981a ; 1989). Seulement, Blake ne précise pas clairement quelles ressources sont soumises à la dilution. D'autres études empiriques ont par la suite fourni des résultats intéressants appuyant cette hypothèse. Belmont and Maolla, (1973).

En effet, Steelman et Powell (1989 ; 1991) ont montré que plus la taille de la fratrie est grande, plus élevées seront des dépenses familiales et il sera moins probable que les parents fournissent une éducation universitaire à leurs enfants. Conley (2001) aboutit à une conclusion similaire à l'analyse de Steelman et Powell. Downey (1995), corroborant avec la

théorie de la dilution des ressources, identifie les facteurs de médiation. Tout d'abord, l'auteur démontre que, déduites des biens familiaux disponibles, les ressources parentales diminuent lors que le nombre de frères et sœurs augmente. Cette diminution explique alors l'association inverse observée entre la taille de la fratrie et les résultats scolaires. La plupart des études provenant des pays en voie de développement suggère qu'avoir plusieurs frères et sœurs est désavantageux pour le bien-être de l'enfant en ce qui concerne leur éducation et leur santé (Baye et Sitan, 2016).

Lalou et Mbacke (1992) ont constaté que le fait d'avoir plusieurs frères et sœurs a augmenté la probabilité des enfants maliens de souffrir de malnutrition. L'inconvénient avec la théorie de la dilution, c'est qu'elle ne tient pas compte de la répartition des ressources au sein du ménage. En effet, même lorsque les ménages ont moins d'enfants, il y a un risque de discrimination. Les enfants peuvent ne pas bénéficier de manière équitable des ressources familiales (Alderman et al. 2001). Deuxièmement, même si le taux de fécondité totale diminue, le nombre d'enfants dans les ménages peut rester stable ou bien augmenter. Ceci peut se produire lorsque les déclin de la fécondité sont concentrés dans certains groupes (Giroux, et al., 2008) ou lorsque la prévalence des soins augmente pour les enfants supplémentaires placés dans leurs familles d'accueil ayant des ressources limitées alors qu'elles ont également leurs enfants. Ce phénomène s'observe le plus souvent en Afrique subsaharienne. La relation entre la taille de la famille et les résultats produit sur l'enfant dépend probablement du contexte culturel familial, des coûts de subvention pour élever l'enfant et l'étape de la transition démographique, tous ayant un impact sur les résultats de l'enfant (Desai, 1993 ; Lloyd, 1994), parce que même si les enfants seuls sont plus avantagés en profitant des ressources familiales, ils sont susceptibles d'éprouver des problèmes de capacité s'ils sont issus des familles monoparentales ou des problèmes de santé qui leurs seront préjudiciables (Blake, 1981 b ; Huang et Howley, 1992).

Plusieurs études portant sur l'arbitrage quantité-qualité se sont habituellement focalisées sur l'éducation comme mesure de la qualité de l'enfant. Dans cette étude, nous utiliserons le statut de santé pour plusieurs raisons. Premièrement, Frankenberg et Thomas (2002) soutiennent que le nombre d'années à l'âge adulte est largement déterminé durant les périodes fœtales et de l'enfance. Deuxièmement, Henriques et al. (1990, 1991) Notent une relation directe entre les mesures anthropométriques de l'enfant et la probabilité de survie aussi bien que de développement des capacités. A cet effet, notre étude portera sur le lien entre l'espacement des naissances et l'état de santé, compte tenu du niveau d'instruction de la mère. Ahoey et Vodounou, (2003) mettant en évidence cette relation, trouvent que les

enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction courent deux fois plus de risque d'avoir un retard de croissance que ceux dont la mère a au moins le niveau du secondaire et 1,3 fois de plus que ceux dont la mère a le niveau primaire. Avec un espacement court entre les naissances, les enfants peuvent souffrir de malnutrition chronique. Henriques et al. (1990, 1991)

La retard croissance intra-utérin (RCIU) est souvent associé à la mal formation congénitale de la mère parce que le corps de la mère ne s'est pas totalement reconstitué, ce qui peut être expliquée par un espacement court entre l'accouchement précédent et la grossesse actuelle. Aussi, un espacement court d'enfants rend court les délais d'allaitement pour chaque enfant, limite les capacités des mères et rend difficile la prise en charge de chaque enfant. De plus, il existe un lien entre parité et âge de la mère. Les mères primipares présentent un risque plus élevé de donner naissances à des enfants en RCIU. Plusieurs hypothèses sont émises. Ces mères souvent très jeunes, ont parfois un utérus qui n'est pas encore complètement mature et capable de porter sainement une grossesse. Etant donné leurs actions possibles sur la santé des enfants de façon générale, la disponibilité des services de santé peut par exemple influencer le recours aux soins en cas de maladie. Gary et al. (1993) avaient montré qu'à Metro Cubu (Philippines), la proximité d'un centre de santé incitait la mère à l'utilisation du sel de réhydratation orale en cas de diarrhée chez l'enfant, une maladie pouvant déboucher sur un déficit anthropométrique si elle dure ou si elle devient répétitive. . Gary et al. (1993)

Plusieurs études ont m montré l'influence de la fécondité sur l'état de santé de l'enfant. Compte tenu du nombre d'indicateurs de la fécondité, la littérature existante fournit dans ces études une évidence sur l'effet de ces différents indicateurs. Alors que quelques-unes indiquent une relation négative sur la santé de l'enfant, d'autres par contre présentent un effet positif de la fécondité. Shibuya et al. (2013) ont utilisé les enquêtes transversales de 2000, 2005 et 2010 effectuées au Cambodge afin d'identifier les déterminants de la réduction du retard de croissance infantile au Cambodge. Les auteurs ont utilisé un modèle multi varié logistique hiérarchique pour examiner la relation entre la prévalence du retard de croissance infantile au fil du temps et certains déterminants. Ils ont trouvé que le retard de croissance a été associé entre autres au sexe et à l'âge de l'enfant, à la taille de la mère, à l'indice de masse corporelle de la mère, au score de l'indice de richesse du ménage et aux intervalles par rapport à la naissance précédente. De plus, la réduction de la prévalence du retard de croissance peut être attribuée, sans être exhaustif, à l'amélioration de la richesse des foyers, à la couverture sanitaire, à l'éducation parentale, à la baisse du tabagisme maternel et à l'espacement des

naissances. Mokni et al. (2002) ont analysé les causes préalables du retard de croissance chez les enfants tunisiens d'âge préscolaire. Deux démarches ont été concrétisées par le modèle causal élaboré par les chercheurs multidisciplinaires. L'analyse des données disponibles a permis de trouver que si la mère est analphabète, de petite taille, consomme des aliments pauvres en protéines animales et/ou peu variés et qu'elle est multipare (parité supérieure à 04 enfants), alors l'enfant va présenter un risque élevé d'être petit pour son âge. De même, lorsqu'un enfant a une alimentation peu diversifiée ou bien faiblement riche en protéines animales ou encore vit dans des conditions socioéconomiques basses, il a une forte probabilité d'être atteint d'un retard de croissance staturale. Shibuya et al. (2013)

Ils ont également trouvé qu'au niveau régional, certains indicateurs semblent définir la disparité de la prévalence du retard de croissance. Ce sont notamment le niveau d'éducation nutritionnel et sanitaire, la diversification alimentaire et l'apport en protéines animales, les conditions d'hygiène et de l'habitat, le taux de couverture des prestations sanitaires, le taux des consultations prénatales et le contrôle des naissances. Hallgeir et al. (2018) ont étudié les déterminants du retard de croissance en République Démocratique du Congo (RDC) à travers l'analyse des données issues des Enquêtes Démographiques et de Santé de 2013-14. L'association entre le retard de croissance et les caractéristiques biodémographiques a été évaluée en utilisant la régression logistique. Ils ont trouvé que la prévalence du retard de croissance était plus élevée chez les garçons que chez les filles, avec une plus grande proportion en zone rurale qu'en zone urbaine. Bien plus, ils ont trouvé en utilisant la régression logistique bi variée que l'éducation de la mère, l'accès à l'eau potable, l'accès aux toilettes hygiéniques étaient négativement corrélés au retard de croissance de l'enfant, mais en utilisant l'analyse multi variée, ils n'ont trouvé aucune significativité de la place de résidence ainsi que du nombre d'enfants dans le ménage. Hallgeir et al. (2018)

Quelques études empiriques sur la santé/nutrition de l'enfant ont été réalisées au Cameroun. Parmi celles-ci, nous avons Fambon (2004), Baye et Fambon (2010), Baye (2010) Et Baye et Sitan (2016). Fambon (2004) avait examiné les déterminants de la malnutrition au Cameroun par la méthode des moindres carrés ordinaires, avec les données de l'Enquête Démographique et de Santé de 1998. Baye et Fambon (2010) ont étudié la relation entre l'éducation des parents, la santé de l'enfant mesurée par le z-score poids par rapport à l'âge. Baye (2010) en utilisant la même base, estime les réponses contemporaines du bien-être économique du ménage sur le statut de santé de l'enfant, utilisant l'approche par la fonction de contrôle/Heckman. Baye et Sitan (2016) ont utilisé l'Enquête Démographique et de Santé de 2004 du Cameroun pour mettre en évidence les effets des choix de fécondité maternelle sur

le statut de santé de l'enfant à travers l'approche économétrique de la fonction de contrôle/Heckit qui élimine simultanément l'endogénéité potentielle des estimations des paramètres, le biais de sélection de l'échantillon et les biais d'hétérogénéité non observée des choix de fécondité. Dans cette étude, ils ont trouvé que les femmes avec des jumeaux ont une fécondité élevée et que les choix de fécondité sont fortement négativement corrélés avec la santé de l'enfant. Cet effet indirect de la fécondité sur la santé de l'enfant est capté à travers le résidu prédit. Baye et Sitan (2016)

Ils ont également trouvé que l'éducation des mères aux niveaux de la communauté et du ménage était inversement liée avec la fécondité maternelle, mais avait une relation consistante avec une meilleure production de la santé de l'enfant. Notre étude qui se rapproche de celle de Baye et Sitan (2016) est particulièrement différente de cette dernière en ce sens qu'ils ont mesuré le statut de santé de l'enfant avec le z-score poids pour âge. Par contre la taille pour âge est utilisée dans notre cas. De plus, Baye et Sitan (2016) ont fait une analyse selon le nombre d'enfants déjà nés avec l'Enquête Démographique et de Santé de 2004. Notre analyse est focalisée sur le nombre d'enfants déjà nés avec une attention particulière sur l'espacement des naissances, en utilisant les Enquêtes Démographiques et de Santé de 2004 et 2011. Afin de contribuer à la littérature existante sur la santé reproductive au Cameroun, nous allons étudier l'effet de l'espacement des naissances sur le z-score taille-pour-âge en utilisant l'improbabilité et la méthode de Heckman, des méthodes qui permettent d'éliminer l'endogénéité et de corriger le biais de sélection dans l'échantillon. Une meilleure compréhension de la relation entre espacement des naissances et z-score taille-pour-âge et des facteurs qui conditionnent le lien permettrait de déduire des politiques publiques visant à encourager les ménages à augmenter l'espacement des naissances afin de désirer l'amélioration du capital humain de chaque enfant. Puisque aucune étude n'a analysé l'effet de la fécondité sur l'état de santé de l'enfant sous cet angle au Cameroun, cette étude vient combler ce vide. Baye et Sitan (2016)

Dans le cadre de la prise en charge d'enfants malnutris sur le terrain, nous avons pu constater que ces derniers n'avaient pas les mêmes comportements. Nous tenterons de justifier nos constatations, au regard des résultats des recherches littéraires que nous avons effectué sur le sujet, puisque dans les populations sous alimentées au Cameroun, la malnutrition de l'enfant n'est pas distribuée aléatoirement. En effet, ces recherches font ressortir que dans certaines situations, l'état nutritionnel des enfants semble être lié à la qualité du lien mère enfant :

- Parmi les enfants d'une même famille, vivant dans les mêmes conditions d'alimentation, souvent, seul un enfant souffre de malnutrition. De plus, les enfants souffrant de malnutrition ne sont pas toujours originaires de famille dont le niveau socio-économique ne permet pas une alimentation adéquate.
- La récupération nutritionnelle de deux enfants souffrant du même degré de malnutrition et soumis au même protocole curatif peut être très différente. Ce qui n'empêche pas des cas de rechute fréquents malgré le bon état de santé à la sortie, l'information assimilée par les mères et l'accès à une alimentation adaptée améliorée.
- L'alimentation n'est pas simplement un processus mécanique, elle fait appel à des notions relevant du domaine psychique tels que l'appétence, le goût, les représentations mentales de la nourriture. L'inappétence ou le rejet de la nourriture peut être la conséquence de troubles psychopathologiques tels que l'anorexie mentale. Les pratiques d'alimentation inappropriées ne sont pas toujours imputables à un manque de connaissance des mères, car, malgré la mise en place d'actions portées sur l'éducation nutritionnelle de celles-ci, elles peuvent ne pas s'améliorer. Arya (1989)
 - o A observé un groupe de 35 nourrissons âgés de 3 à 6 mois, dans le contexte quotidien de leurs villages indiens. Les résultats de son étude révèlent que les interactions sociales des mères, telles que "montrer de l'affection, sourire, parler, stimuler, caresser" sont moindres pour les enfants malnutris et que ceux-ci sont beaucoup moins actifs, que ce soit dans les interactions de proximité (toucher) ou à distance (vocalisation). Les résultats de Chavez et al. au Mexique (1975), et de Graves en Inde (1976) et au Nepal (1978), portant sur des enfants âgés de 6 à 18 mois, sont globalement similaires à ceux d'Arya.

Cependant, ils ne détectent des différences comportementales qu'à partir du 6^{ème} mois, lorsque l'enfant malnutri insiste davantage pour rester à proximité de sa mère, tandis que le nourrisson bien portant s'en éloigne progressivement. Ces auteurs rapportent également que l'enfant malnutri est plus dépendant de sa mère, moins exploratif et moins actif de façon générale. Il prend moins d'initiatives, joue moins. Les enfants malnutris de l'échantillon mexicain pleurent aussi davantage, dorment moitié moins, et restent « plus passifs, silencieux, réservés et timides » que les nourrissons bien-portants. L'apparition de ce comportement à la fois « positif : expressif, joueur, audacieux » et « négatif : opposant, désobéissant, voire même agressif envers la mère » (Chavez et al. 1975) chez l'enfant bien portant s'accompagne d'une augmentation de l'attention des deux parents à son égard comparés aux malnutris.

- Le bébé d'une mère déprimée ou en souffrance psychique peut présenter des troubles du comportement alimentaire en ne manifestant pas sa faim ou en refusant de s'alimenter. Ou encore, une mère peut, parfois inconsciemment, négliger un enfant malade, non désiré ou de petit poids de naissance et avoir de grandes difficultés à l'investir ou à tisser un lien d'attachement Secure avec lui. Au Kenya Kermoin constate globalement que les enfants attachés de façon sécurisée sont considérablement mieux nourris que les enfants dont l'attachement est insécure. Dans une étude effectuée à Santiago de Chili, Valenzuela (1990) retrouve que 90% des enfants correctement nourris manifestent les signes d'une relation d'attachement sécurisée avec leur mère, pour 10% seulement des nourrissons présentant une malnutrition modérée. , Kermoin (1986)

Auparavant, Ainsworth avait déjà mis en avant, en se basant sur des observations à domicile, que 12% des enfants attachés de façon sécurisée présentaient un faible gain de poids, cependant aucun d'entre eux ne présentait de signe malnutrition. En revanche, 50% des nourrissons classés dans le groupe des attachements insécures montraient un gain de poids lent et associé, cette fois-ci, à des signes de sous-nutrition. Ainsworth en Ouganda (1967).

1.2. But de recherche

Est d'apporter des connaissances holistiques sur les facteurs déterminants de la persistance depuis des décennies de la malnutrition des enfants au Cameroun afin de mettre à la disposition des chercheurs et des décideurs des éléments 'évidences scientifiques avant de guider les mesures et les stratégies d'actions adaptées.

Ces connaissances additionnelles contribueront à soutenir les gouvernements et les acteurs du développement en Afrique dans leurs efforts conjoints visant l'amélioration durable de la survie des enfants et particulièrement la réduction à moyen et long terme des inégalités au droit nutritionnel et de survie des enfants.

À long terme, la réduction des risques très élevés d'insécurité nutritionnelle des enfants et des mères prévalant dans le pays au Cameroun, basée sur les relations de cause à effets démontrées dans ce travail, contribuera sans nul doute à attaquer l'un des facteurs de vulnérabilité aux risques permanents d'émigration des populations en provenance des pays du Niger, Nigeria, la Centre-Afrique et le Tchad.

La justification du choix de ce sujet repose sur les critères suivants : le niveau élevé de la malnutrition des enfants élevé dans le nord du Cameroun pays en transition démographique, pays ayant des similarités d'environnement écologique, socioculturel et la

disponibilité récente des données des enquêtes démographiques et de santé. Cette vulnérabilité accrue ayant connue des crises alimentaires et nutritionnelles à répétition au cours des trois dernières décennies.

1.3. Contexte et justification de l'étude

Au plan mondial, la malnutrition est un problème de santé publique et de développement car elle touche une large proportion des enfants : plus de ¼ (27%) des enfants âgés de moins de cinq ans sont affectés par le rachitisme en 2015 soit environ 159 million d'enfants

L'émaciation touche environ 7,5 % des enfants de moins de cinq ans (soit environ 50 million d'enfants sont émaciés dont 16 millions sont dans la catégorie d'émaciation sévère) en 2015. Des progrès très lents ont été enregistrés au cours des quinze dernières années avec une baisse de l'ordre de 10 points de la prévalence du rachitisme qui est passée de 32,7% en l'an 2000 à 23% en 2015. La région d'Asie du sud est la plus affectée par la malnutrition des enfants (Unicef, Oms et Banque Mondiale, 2015).

La malnutrition est un problème mondial à la fois extrêmement grave et insuffisamment pris en compte. Elle a un coût humain et économique immense, surtout pour les populations pauvres, ainsi que pour les femmes et les enfants. En 2020, 149 millions d'enfants de moins de cinq ans présentaient un retard de croissance c'est-à-dire une taille inférieure à la moyenne pour leur âge. Non seulement ce retard de croissance les empêche de se développer physiquement, mais il laisse aussi présager de nombreuses autres difficultés, notamment des déficits cognitifs et, plus tard, un manque d'opportunités économiques, ce qui se traduit, à l'échelle d'un pays, par une incapacité à accumuler du capital humain. La prévalence des retards de croissance dans le monde a reculé au cours des trois dernières décennies, pour passer de 40 % en 1990 à 22 % en 2020. Les perturbations infligées par la pandémie de COVID-19 aux systèmes sanitaires et alimentaires ont toutefois effacé des années de progrès sur le front de la lutte contre la dénutrition infantile. On estime que d'ici 2022, 9,3 millions d'enfants supplémentaires souffriront de malnutrition aiguë et 2,6 millions de plus d'un retard de croissance Grafiati (2021).

En outre, les taux de prévalence des retards de croissance et le nombre d'enfants concernés présentent des écarts considérables entre les régions, l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne restant au-dessus des moyennes mondiales. En Asie du Sud, près de 31 % des moins de cinq ans avaient un retard de croissance en 2020, contre 60 % environ en 1990. Même si la prévalence est en baisse dans les pays d'Afrique subsaharienne (32 % en 2020,

contre 48 % en 1990), le nombre total d'enfants dont la croissance est retardée a augmenté de 13,1 millions sur la même période, ce qui s'explique par des taux de fécondité élevés et par un ralentissement du rythme de diminution des retards de croissance. Un retard de croissance chez le jeune enfant peut nuire de manière irréversible au développement cognitif, avec des effets délétères sur l'éducation, le revenu et la productivité à l'âge adulte. Le fléau de la dénutrition a également un coût économique élevé, qui se traduit par des pertes de croissance et de productivité, estimées à 3 000 milliards de dollars par an et représentant entre 3 et 16 % du PIB dans les pays à faible revenu. Selon les estimations d'un réseau mondial d'experts comprenant notamment la Banque mondiale, les pertes de productivité économique liées à l'aggravation de la malnutrition imputable à la pandémie de COVID-19 atteindraient 29 milliards de dollars à l'échelle mondiale. Anne, D et Benjamin G (2018 p83)

Il est néanmoins possible d'éviter une grande partie de ces pertes en réalisant des investissements adéquats dans des interventions dont l'efficacité a été démontrée, et en particulier dans des programmes axés sur une nutrition optimale au cours d'une période cruciale de la vie : les 1 000 premiers jours, entre le début de la grossesse et le deuxième anniversaire de l'enfant. La dénutrition est plus répandue dans les ménages pauvres, mais elle affecte aussi des ménages plus riches. Le revenu n'est pas le seul déterminant des retards de croissance : l'insécurité alimentaire, une alimentation insuffisamment diversifiée, des taux élevés de maladies infectieuses, une alimentation et des soins inappropriés chez les nourrissons, ainsi que des pratiques d'hygiène et d'assainissement inadéquates, sont autant de facteurs qui contribuent à la persistance du problème. En outre, les crises alimentaires et financières, de même que les conflits et les catastrophes naturelles, aggravent la prévalence de la dénutrition dans de nombreuses régions. Ben, B Ammar (2016).

Et ce alors même qu'une transition nutritionnelle est à l'œuvre dans le monde, entraînant une évolution rapide des systèmes d'alimentation, des environnements et des conditions de vie dans nombre de pays à revenu faible et intermédiaire. Ces changements favorisent la multiplication des cas de surpoids et d'obésité, deux pathologies qui étaient jusqu'ici considérées comme des problèmes spécifiques aux pays riches. De fait, sur les 30 dernières années, les taux de surcharge pondérale ont augmenté plus vite dans les pays à revenu faible et intermédiaire que dans les pays à revenu élevé, et la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de moins de cinq ans est en hausse dans toutes les régions. Le surpoids et l'obésité se sont répandus même dans des pays où la dénutrition infantile sévit encore, touchant 38,9 millions d'enfants de moins de cinq ans en 2020. Le coût de ces pathologies en

termes de dépenses économiques et sociales est estimé à 2 000 milliards de dollars à l'échelle mondiale. Les pays sont donc désormais confrontés au double fardeau de la surcharge pondérale et du retard de croissance. Aujourd'hui, plus de la moitié de la population mondiale en surpoids vit dans des pays à revenu faible et intermédiaire, et rien n'indique que l'obésité ira en diminuant dans ces pays. En effet, à mesure qu'ils s'enrichissent à la faveur de la croissance économique, une proportion toujours plus grande de leur population pauvre va souffrir de surcharge pondérale ou d'obésité, et, partant, sera de plus en plus vulnérable aux chocs sanitaires et économiques. L'obésité et la dénutrition constituent deux facteurs essentiels pour le développement du capital humain, levier crucial de croissance durable et de réduction de la pauvreté, et pèsent considérablement sur l'indice de capital humain. Il est par conséquent urgent d'assurer l'accès des plus démunis aux informations, aux ressources et aux services nécessaires pour permettre une nutrition optimale. (Anome L (1980))

L'Afrique sub-saharienne présente certains des taux les plus élevés au monde de malnutrition chez l'enfant (39 pour cent du retard de croissance et 10 pour cent de la malnutrition infantile sur le classement mondial, selon l'OMS). L'indice de la faim dans le monde de 2016 (GHI) a montré que la région comprend cinq des sept pays du monde qui sont encore à des niveaux « alarmants » de famine. Une étude récente écrite par une équipe de chercheurs de l'Université de l'Ouest de Sydney et publiée dans PLOS One se penche sur la distribution de la malnutrition au sein de quatre sous-régions d'Afrique sub-saharienne pour identifier les zones les plus affectées. En se basant sur des données transversales provenant des Enquêtes Démographiques et Sanitaires publiques de 2006 à 2016, l'étude évalue 32 pays, regroupés en sous-régions (Afrique de l'Est, Afrique de l'Ouest, Afrique Australe et Afrique Centrale). L'étude fournit une méta-analyse de la prévalence des indicateurs de la malnutrition, tels que le retard de croissance, la malnutrition et le poids, pour chaque région. Un modèle à effet aléatoire, combiné à une analyse de sensibilité, a été utilisé pour explorer l'hétérogénéité des indicateurs particuliers au sein de la région. Les résultats peuvent aider les décideurs politiques, les organisations mondiales, les organisations gouvernementales et non-gouvernementales, les secteurs publics et privés de la santé, et les chercheurs de la santé publique, à identifier les sous-régions les plus vulnérables où des interventions d'urgences sont nécessaires. Plos (2020)

Les résultats concluent que la malnutrition est plus élevée dans les pays d'Afrique de l'Est et de l'Ouest. Les pays les plus vulnérables sont le Burundi, le Malawi, les Comores, l'Ethiopie, le Niger, le Mali, le Nigeria, le Burkina Faso, la Sierra Leone, la Namibie, le

Tchad et la Rep. Dém. du Congo. En termes d'indicateurs particuliers, le retard de croissance est plus élevé en Afrique de l'Est, alors que la malnutrition est plus élevée en Afrique de l'Ouest. L'Afrique de l'Ouest a aussi montré les pourcentages les plus élevés d'insuffisance pondérale chez les enfants. Au niveau national, le Burundi et le Malawi avaient les taux les plus élevés, à 57,7 pour cent et 47,1 pour cent, respectivement, alors que la malnutrition était plus élevée au Niger et au Burkina Faso (18 pour cent et 15,50 pour cent, respectivement). Le Burundi et l'Éthiopie sont en tête de liste du pourcentage d'insuffisance pondérale chez les enfants, à 28,8 pour cent et 25,2 pour cent, respectivement. Pour que l'Afrique sub-saharienne puisse atteindre l'Objectif de Développement Durable d'éliminer toutes les formes de malnutrition d'ici 2030, il convient d'accorder la priorité dans ces pays et sous-régions aux interventions nutritionnelles appropriées. Herberg (2010)

Selon les auteurs, l'Afrique de l'Est a le potentiel et la capacité de produire assez de produits alimentaires pour sa consommation locale, en plus d'un excédent qui pourrait être exporté dans le marché mondial. Dans cette région, cependant, les contraintes financières, les conditions climatiques (sécheresse), le manque d'accès aux terres agricoles et les coûts élevés des transports, continuent à contribuer à l'insécurité alimentaire. Au Burundi, depuis 2005, près de six enfants sur dix sont régulièrement signalés comme souffrant d'un retard de croissance. Selon les auteurs, les programmes qui accordent la priorité à la sécurité alimentaire, à l'amélioration de la productivité agricole et à la mise en œuvre des techniques d'atténuation et d'adaptation face au changement climatique sont nécessaires d'urgence dans la sous-région de l'Afrique de l'Est. Les taux les plus élevés de malnutrition infantile ont été enregistrés en Afrique de l'Ouest, où les progrès ont été plutôt lents dans la réduction de la malnutrition au cours des 30 dernières années. Plus de 300 millions de personnes vivent dans la sous-région ; la croissance rapide de la population, l'augmentation du coût de la vie et la désertification, ont affecté la disponibilité des produits alimentaires. De plus, la productivité agricole de la région n'a pas suivi le rythme de la croissance de la population. On note également un besoin de diversifier et d'augmenter la production alimentaire et de créer une stratégie détaillée de distribution alimentaire pour améliorer la sécurité alimentaire et la nutrition des enfants. Maire et al. (2018)

En Afrique sub-saharienne en général, plus de 48 pour cent de la population vit avec moins de \$1,25 par jour ; la pauvreté reste donc la principale cause de la malnutrition infantile dans la région. Les principales causes de pauvreté identifiées dans l'étude sont les contraintes financières découlant des systèmes économiques mal gérées, la croissance de la population et

les conflits, ainsi que les facteurs environnementaux tels que les sécheresses et le changement climatique. Les auteurs encouragent une approche multisectorielle pour traiter la pauvreté et la malnutrition infantile sur le long terme, en appelant à des efforts holistiques inter-organisationnels et inter-agences. Des stratégies efficaces et une volonté politique sont nécessaires pour soutenir les interventions efficaces dans les domaines de la planification familiale, de la nutrition et de la santé ; ces programmes doivent également prendre en compte les variables socio-culturelles et environnementales de chaque sous-région afin d'être véritablement efficaces et d'atteindre les populations les plus vulnérables. L'IFPRI remercie chaleureusement la Commission européenne (CE) pour son soutien financier au portail sur la sécurité alimentaire. Dodds et al. (2000)

Au Cameroun, en effet, il existe plusieurs formes de malnutrition. Celle qui sévit le plus est le retard de croissance et l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans. Les conséquences sont lourdes pour le pays. En effet, le Cameroun perd au moins 3% de son produit intérieur brut à cause de la malnutrition. Soit une perte annuelle de plus de 780 millions USD. Au nombre des principales carences nutritionnelles observées au Cameroun, on peut citer : l'apport insuffisant en aliments sources d'énergie et de protéines (kwashiorkor et marasme) ; la carence en vitamine A ; l'anémie par carence en fer ; la carence en iode. Par ailleurs, avec les changements de mode de vie, on assiste à l'émergence de maladies de civilisation que sont l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité. Le Gouvernement du Cameroun a élaboré en 2006, un document de Politique d'alimentation et de nutrition qui définit les grands axes devant conduire à l'amélioration de la situation alimentaire et nutritionnelle des populations. (UNICEF 2007 p8)

Cette politique, mise en œuvre par le Programme national d'alimentation et de nutrition comportait neuf composantes essentielles. Il s'agit de :

- la Promotion de l'allaitement maternel ;
- la lutte contre la malnutrition;
- la lutte contre les carences en micronutriments ;
- la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles liées à la nutrition ;
- le soutien nutritionnel aux groupes vulnérables et socio économiquement défavorisés ;
- la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- la promotion de la sécurité sanitaire des aliments ;
- la sécurité alimentaire et la formation ;
- le recrutement des professionnels en Nutrition.

À l'issue de plusieurs rencontres en 2013 entre les décideurs politiques, les acteurs techniques et les acteurs nationaux, dans le cadre de la mission Inter-Agences de plaidoyer pour le repositionnement institutionnel et stratégique de la nutrition dans les politiques et programmes sectoriels au Cameroun, une action multisectorielle d'envergure contre la malnutrition, dans laquelle interviennent plusieurs partenaires, notamment la FAO, l'OMS, l'UNICEF et le Gouvernement, est en cours au Cameroun. Cette action multisectorielle devra conduire à terme à certains résultats. Le but visé est:

- d'avoir une compréhension commune de la malnutrition au Cameroun;
- d'analyser les mécanismes de coordination et de mise en œuvre des interventions multisectorielles;
- de dresser l'état des lieux des acquis et des insuffisances, et faire des recommandations pour la mise en œuvre de la Feuille de route du Mouvement «SUN: Scaling Up Nutrition» et de conduire le plaidoyer pour un renforcement du caractère multisectoriel de la lutte contre la malnutrition. Le Cameroun a rejoint le Mouvement SUN en mars 2013. La plateforme multi-acteurs est en place, le Point focal désigné et les participants identifiés. La formalisation réglementaire et la dotation en ressources humaines et financières en cours, permettraient de rendre son action plus efficace. (SSS 2015).

La conduite de cette étude est fondée sur un certain nombre de motivations personnelles et scientifiques. Notre expérience professionnelle dans les milieux défavorisés nous a permis d'être témoins des souffrances et des décès dus à la malnutrition d'un nombre important d'enfants. Nous avons donc décidé de mieux comprendre ce problème en espérant que les aboutissements de notre recherche pourront contribuer à mieux le contrôler. Le choix du thème de notre étude a été orienté par l'acuité du problème de la malnutrition surtout infantile au Cameroun en général et dans ce district en particulier. Nous avons aussi motivés par la rareté d'étude traitant de la malnutrition au Cameroun, en particulier dans la région de l'extrême-Nord. Nous nourrissons l'ambition de contribuer modestement d'une part à enrichir les études existantes, d'autres parts à améliorer la mise en œuvre et efficace des Actions Essentielles en Nutrition (AEN). Ensuite, la malnutrition a fait l'objet de plusieurs recherches. Nous citerons en ici quelques-unes : d'abord en 2009, Patrice Tanang a mené une des facteurs explicatifs de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans dans cette partie du pays tout comme Yvant Nguetimo qui lui aussi en 2011 s'est attardé sur les pratiques alimentaires et la malnutrition chez les enfants. En fin Igor de Garine qui a, en 1985 réalisé une étude sur l'alimentation et ses aspects sociaux. Tous ont été unanimes que la

malnutrition a un lien avec le niveau de vie avec le ménages, le niveau d'éducation des parents de l'enfant, le sexe de l'enfant, l'Age de l'enfant. Quant à nous, nous avons jugé opportun d'explorer les pistes thérapeutiques et les représentations sociales de la malnutrition (Yvant Nguetimo, 2011).

1.4. Probleme

« L'atteinte d'une bonne nutrition est bien plus que la nourriture que nous mangeons, et il ne peut pas être garanti par la croissance économique ou encore par la réduction de la pauvreté. Il est donc essentiel que nous ayons un système complet et global qui surveille régulièrement l'état nutritionnel de la population. La pauvreté mondiale — définie comme un manque de bien-être matériel — est difficile à mesurer avec précision. Le suivi de sous-nutrition est donc crucial non seulement dans sa propre logique, mais aussi comme l'un des plus importants indicateurs de la pauvreté plus largement. L'appel du Rapport global sur la nutrition 2016 pour une révolution de données en nutrition est très important et opportun. » (Deaton, A.2015)

Le gouvernement Camerounais dans ses efforts pour améliorer la santé et surtout le bien-être des populations et particulièrement celui des groupes vulnérables que sont les femmes et les enfants s'est engagé à travers le document de la stratégie sectorielle de la santé (SSS) à réduire d'ici 2008 de deux tiers (2/3) la mortalité des enfants de moins de cinq ans, de trois quarts (3/4) la maternité maternelle et de moitié la proportion des personnes souffrant de la faim. Ces objectifs du Cameroun rejoignent les OMD que sont les Etats dans le cadre des Nations Unies (NU).Selon Ann M. Veneman(2011)

Toutefois « La réduction de l'extrême pauvreté et de la faim, l'abaissement de la mortalité infantile et la réalisation de tous les autres Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) concernant la santé et l'éducation sont largement tributaire des progrès en matière de nutrition. Si l'on ne vient pas à bout de la malnutrition, il sera difficile d'atteindre les autres OMD. » La recommandation de l'OMS, de l'UNICEF et du MINSANTE en ce qui concerne l'allaitement maternel et alimentation du complément vise de manière globale à assurer la survie et le développement normal de l'enfant. Si ces recommandations étaient respectées, la nation en tirerait grand profit. Elles contribueraient grandement à éviter la malnutrition et bien d'autres problèmes de santé auxquels sont exposés les jeunes enfants. Ce qui permettrait de réduire la mortalité infantile. A quatre ans de l'attentes des OMD, la situation des indicateurs de mortalité infantile et maternel ; et malnutrition reste encore alarmante pour le Cameroun en général et pour les régions

septentrionales en particulier. Les indicateurs liés aux pratiques alimentaires quant à eux demeurent assez bas. Il nous semble opportun et pertinent de renforcer et d'améliorer les solutions mises en œuvre sur le terrain pour éradiquer la malnutrition. La mise en exergue des représentations sociales et les itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants moins de cinq ans dans le district de santé devient fondamentale si l'on veut agir sur les facteurs de risque de la malnutrition et éviter que d'autres enfants n'en soient affectés. (Simondon et al, 1989 ; WHO Working Group, 1986).

Malheureusement l'on constate que, malgré les dispositifs et engagement pris par le Gouvernement et ses différents partenaires nationaux et internationaux pour faciliter la santé de population et celle des enfants afin de résoudre le problème de la malnutrition de cette catégorie sociale, le problème persiste car beaucoup d'efforts restent à faire au niveau du Gouvernement camerounais , les ONG et les parents d'enfants eux-mêmes dans la gestion de ce phénomène qui gangrène les couches vulnérables.

1.5. Questions de recherche

Le problème de la recherche peut tout aussi s'exprimer à travers la question de recherche. Quand on parle de la question de recherche, on fait référence au sujet de réflexion et de débat, le plus souvent formulé sous forme d'une interrogation, autour duquel une étude est bâtie. En d'autres termes, c'est la tension entre le savoir et le non savoir (Demez, 2011 cité par Fonkeng et al (2014). Dans le cadre de cette étude, nous allons formuler une question de recherche principale et trois (3) questions spécifiques.

1.5.1. Question de recherche principale

De quelle manière le dispositif communautaire et prise en charge des enfants malnutris posent problème de la santé ?

1.5.2. Questions de recherche secondaire

QS1 : - comment le facteur économique influence-t-il la prise en charge des enfants malnutrition dans le milieu Camerounais/ Bockle ?

QS2 : - A quel niveau le facteur social impact-il la prise en charge des enfants malnutris au Cameroun/Bockle ?

QS3 : Comment comprendre que le facteur environnemental a effet sur la prise en charge des enfants malnutris au Cameroun/Bockle ?

1.6. Objectifs de recherche

L'objectif permet de cadrer, donner une mission précise à l'étude que nous menons afin de ne pas nous perdre dans les parcours de la recherche. C'est dans cette perspective que notre recherche comporte deux objectifs : un objectif général et trois objectifs spécifiques.

1.6.1. Objectif général

Objectif général vise à :

Comprendre les dispositifs communautaires et prise en charge des enfants malnutris dans le milieu Camerounais/Bockle

1.6.2. Objectifs spécifiques

Notre objectifs spécifiques visent à :

O1 : Comprendre comment le facteur économique influence la prise en charge des enfants malnutrition dans le milieu Camerounais /Bockle

O2: Evaluer le facteur social sur la prise en charge des enfants malnutris dans le milieu Camerounais/Bockle

O3 :- Evaluer le facteur environnemental sur la prise en charge des enfants malnutris dans le milieu Camerounais/Bockle.

1.7. Hypothese de recherche

Une hypothèse est selon Madeleine Grawitz (2001, p.398),

« Une proposition de réponse à la question posée. Elle tend à formuler une relation entre des faits significatifs. Même plus ou moins précis, elle aide à sélectionner des faits observés. Ceux-ci rassemblés, elle, permet de les interpréter, de leur donner une signification qui vérifiée, constituera un élément possible de début de théories ».

Quillet (1987, p.45) définit une hypothèse comme *une affirmation provisoire suggérée comme explication d'une question. Elle sert à engager une réflexion plus ou moins approfondie et orientée vers des informations plus ou moins précises.*

Nous formulons dans le cadre de ce travail deux types hypothèses de recherche à savoir : une hypothèse de recherche principale et trois hypothèses de recherche spécifiques.

1.7.1. Hypothèse générale de recherche

L'hypothèse générale qui sous-tend cette étude est la suivante :

Le dispositif communautaire a un impact sur la prise en charge des enfants malnutris dans le milieu Camerounais/Bockle

1.7.2. Hypothèses spécifiques

H1 : le facteur économique influence la prise en charge des enfants malnutris dans le milieu Camerounais/Bockle

H2 : Le facteur social influence sur la prise en charge des enfants malnutris dans le milieu Camerounais/Bockle

H3 : le facteur environnemental contribue à la prise en charge des enfants malnutris dans le milieu Camerounais/Bockle

1.8. Intérêt de la recherche

Selon Charles Morin 2020 La recherche contribue à améliorer non seulement l'Espérance de vie, mais aussi la qualité de vie et le bien-être des individus. La recherche est aussi un moteur de l'économie du savoir et son financement doit demeurer une priorité dans le plan de relance économique de nos gouvernements. Dans cette sous partie nous allons dégager les intérêts de cette étude qui sont entre autre : l'intérêt théorique, intérêt social et sanitaire, intérêt pratique, intérêt scientifique afin d'aborder la pertinence de l'étude.

1.8.1. Intérêt théorique

L'intérêt théorique renvoie à la contribution intellectuelle et ou scientifique à l'avancement des connaissances dans le domaine de la malnutrition chez les enfants. Dans le district de santé, cette étude est l'une des solutions et études réalisées sur le thème que nous avons choisi. Les résultats de notre étude contribueront certainement à la mise en place des informations endogènes sur la santé susceptibles d'alimenter les exploitations à des fins intellectuelles. Enfin, deux des dix premières causes de consultation dans les formations sanitaires du district de santé notamment le paludisme et le VIH/SIDA bénéficient déjà de la couverture d'un programme entier de lutte contre le paludisme et le VIH/SIDA. Notre étude par son originalité pourrait peut-être se constituer un lobbying pour qu'un programme national de lutte contre la malnutrition puisse aussi naître pour le bonheur des enfants. En conséquence, il faut une recherche participative en vue d'approfondir les approches socioculturelles et les savoirs thérapeutiques de la malnutrition d'une part et, d'autre part de contribuer à une meilleure analyse et à une bonne compréhension des mécanismes de chacune de ses causes. (Lionella Fieschi 1948).

Globalement, la position du Cameroun en matière d'alimentation s'est détériorée. Cette détérioration s'est accompagnée d'une dégradation des équilibres alimentaires par l'accroissement des produits énergétiques végétaux en même temps que la réduction des produits protéiques, notamment d'origine animale, comme le montre l'évolution de la structure de consommation des ménages urbains. La baisse des salaires de 1993, suivie de la dévaluation du FCFA en 1994, a considérablement réduit le pouvoir d'achat des ménages urbains. Il s'en est suivi une forte contraction de la consommation alimentaire en milieu urbain et donc une diminution du nombre de repas et une détérioration de la valeur nutritive. La plupart des enquêtes de consommation montrent que le régime alimentaire au Cameroun est monotone et essentiellement végétarien. Quelle que soit la région, il est lié à l'origine ethnique, même après migration des populations en milieu urbain (CCA, 2000).

Entre 1991 et 1998, l'on avait observé une détérioration de l'état nutritionnel au Cameroun. La situation ne s'est guère améliorée entre 1998 et 2004, surtout en ce qui concerne le retard de croissance et l'émaciation. En effet, la prévalence du retard de croissance chez les enfants de 0-3 ans est passée de 23 % en 1991 à 29 % en 1998 et se situe à 30 % en 2004, dont 11 % sous une forme sévère. Celle de l'émaciation aux mêmes âges est passée de 4 % à 6 %, puis à 7 % pour les mêmes périodes. La prévalence de l'insuffisance pondérale qui s'était accrue entre 1991 et 1998, de 16 % à 22 %, aurait connu une légère baisse entre 1998 et 2004 (19 %). Les causes peuvent être regroupées en trois catégories: la consommation alimentaire qui est influencée par la structure et les sources de revenus au sein de la famille; l'accès aux soins médicaux; les compétences maternelles. Les causes structurelles de cette situation viennent de l'inadéquation des politiques nationales en matière de vulgarisation agricole ou de stocks de sécurité, celles-ci influencées par les causes profondes, notamment les variations climatiques et l'impact des prédateurs de récoltes. L'enquête ECAM 96 sur l'état nutritionnel des populations urbaines confirme ces tendances. Selon cette enquête, l'alimentation en milieu urbain est très déséquilibrée et expose les consommateurs à des risques de carences et d'excès. Plus de 51,3 % des pauvres souffrent de carence d'énergie contre 7,9 % pour les intermédiaires et 4,2 % pour les familles aisées.

L'incidence de cette forme de carence est plus élevée dans les ménages dirigés par un homme, soit 13,7 % contre 9,2 % aux femmes. Les carences de fer sont également notées dans les ménages étudiés. L'incidence de cette forme de malnutrition est de 6,3 % dont 20,7 % pour les pauvres, 7,3 % pour les intermédiaires et 1,4 % pour les riches.

Les difficultés d'accès à une alimentation saine et équilibrée se traduisent par un état nutritionnel préoccupant de la population en général, et plus encore des enfants et des femmes enceintes. En effet, les indicateurs de l'état nutritionnel des enfants au Cameroun cessent de se détériorer d'année en année depuis 1991, comme l'indiquent les rapports des EDS de 1991, 1998 et 2004. Les données de l'EDSC-2004 montrent que 32% des enfants âgés de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique modérée, et de 13% sous sa forme sévère. En outre 68,3% des enfants âgés de 6 à 59 mois sont anémiés dont 4,8% sous une forme sévère. Les résultats de l'EDSC-2004 indiquent chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, que 45% d'entre elles sont anémiées ; ce pourcentage est de 51% chez les femmes enceintes. L'état nutritionnel des femmes en âge de procréer est un des déterminants de la forte mortalité maternelle au Cameroun (669 décès maternels pour 100000 naissances vivantes, EDSC-2004).

1.8.2. Intérêt social et sanitaire

Cette recherche est susceptible de provoquer un changement de comportements alimentaires au profit de l'adoption des habitudes alimentaires ; car pour améliorer cette condition qui aura un impact positif sur l'état de santé des camerounais et de toute personne qui lira ce travail. Le corollaire de cette étude pourra réduire le cas de la malnutrition, de la Condition de vie au profit de l'augmentation et d'espérance de vie de la population. La paupérisation croissante de la population combinée à des faibles investissements dans les secteurs sociaux en général et sanitaire en particulier, ont été des freins à l'amélioration significative de l'état de santé de la population. Toutefois, l'inadéquation des soins fournis aux enfants et aux femmes est une cause profonde de malnutrition, dont toutes les ramifications nocives n'ont été que récemment reconnues (UNICEF, 1998).

Dans le domaine de la santé, des progrès ont été réalisés mais beaucoup restent à faire. On observe depuis 2000, un net recul de taux de mortalité infantile grâce à l'apport des moyens préventifs et curatifs. Depuis 1990, le Cameroun a bénéficié de l'appui de l'OMS et du FNUAP pour réaliser des enquêtes sur le personnel de la santé ; l'enquête sur les accoucheuses traditionnelles et enquête sur la mortalité infantile. Ces enquêtes ont permis de mettre à jour insuffisances au niveau des formations sanitaires, du personnel médical formé et de la répartition inégales de structures sanitaires et du personnel, même si ces améliorations ont été constatées au niveau de la couverture sanitaire. L'indisponibilité des données récentes sur le personnel sanitaire ne permet pas de présenter certains ratios de santé. L'Etat Camerounais a promulgué les orientations de la politique de santé. Un certain nombre de

dispositions générales et de priorité y sont précisées : la garantie de la santé pour tous, notamment pour les enfants, les mères, les handicapés, la population active et les personnes âgées : le renforcement du système de prévention, en insistant essentiellement, sur la santé maternelle et infantile, la médecine préventive, l'hygiène publique et l'assainissement, l'information, l'éducation et la communication en matière de santé ; la protection des groupes de population vulnérables tels que les malades mentaux (EDSG,2000).

En 2014, près de deux personnes sur cinq (37,5%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 90%) et dans les régions septentrionales (plus de 52%). En 2010, 70% de la population était en situation de sous-emploi global, c'est-à-dire travaillait involontairement moins de la durée hebdomadaire minimale de 35 heures, ou gagnait moins que le SMIG horaire. Par ailleurs, le taux net de scolarisation au niveau primaire (personnes de 6 à 11 ans) est resté autour de 80% entre 2005 et 2010. Le taux d'alphabétisation des personnes de 15 ans ou plus était estimé à 71% en 2009 (55% chez les femmes). (MICS, 2012).

Selon les estimations du MINEPAT et du PNUD, l'espérance de vie passera de 51,7 ans en 2010 à 56,3 ans en 2020. Avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,512, le Cameroun occupait le 153ème rang sur les 188 pays évalués en 2014. Mais l'Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI) a légèrement augmenté passant de 0,156 à 0,161. Cette hausse indique qu'il y a une augmentation des inégalités de niveau de vie notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation et des revenus. Les formations sanitaires publiques sont davantage accessibles aux plus aisés: 14,5% pour le quintile le plus pauvre contre 25% pour le quintile le plus riche en 2007. (OMS RAPPORT MONDIAL 2014) En effet, alors que la part des plus riches dans l'accès aux services d'un médecin public approchait 43%, elle n'était que d'environ 3% pour les plus pauvres. Par ailleurs, on observe des disparités dans l'accessibilité géographique aux soins suivant la zone de résidence (entre le milieu rural et le milieu urbain). À titre d'exemple, seulement 46,7% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 86,7% en zone urbaine. (OMS rapport Mondiale 2014).

1.8.3. Intérêt pratique

L'intérêt pratique renvoie à l'utilité effective des résultats de la recherche. En 2009, le programme AEN a vu le jour à côté des autres programmes de prises en charge de la malnutrition mise sur pied par le Ministère de la santé Publique avec l'aide des partenaires

(UNICEF, HKI, PAM) depuis 2009 en réponse à la situation nutritionnelle alarmante dans les régions du Nord et de l'extrême Nord. L'intérêt majeur de cette pratique est la promotion des bonnes pratiques alimentaires et l'éducation nutritionnelle pour le changement des comportements. Au niveau de district de santé, ses principales activités sont :

- Contrôler les problèmes de nutrition, identifier les sous-groupes des populations exposées à des problèmes nutritionnels, et analyser les ressources supplémentaires vers les secteurs à haut risque ;
- Fournir des ressources et des outils pour la mise en œuvre d'activités de nutrition dans les structures de santé et dans la communauté ;
- Mettre à jour les politiques et les protocoles de nutrition ;
- Mener des actions spéciales en complément aux services de routine, par exemple des campagnes de masse pour la distribution de micronutriments ;
- Mettre en place des structures pour la prise en charge des cas de malnutrition et d'anémie grave ;
- Travailler en partenariat avec les prestataires privés exerçant dans le district

Cette étude pourra être importante pour AEN dans la mesure où les résultats qui en découleront permettront de formuler des messages de communication pour le changement de comportement adapté.

En outre, les résultats de cette étude pourront améliorer l'impact des programmes de prévention et de lutte contre la malnutrition. Ainsi, la réduction de la malnutrition contribuera fortement à la baisse de la mortalité des enfants permettant au Cameroun de cheminer vers l'atteinte des objectifs des OMD. Notre souhait est qu'un programme national de lutte contre la malnutrition soit mis en place (Nguetimo, 2011).

La situation de conflits/terrorisme dans le nord du Nigeria et en République Centrafricaine (RCA) a des répercussions sur la sécurité des personnes et des biens dans les Régions de l'Extrême Nord et de l'Est, entravant ainsi l'offre de services sociaux de base (services et soins de santé). Le nombre de réfugiés provenant de ces deux pays a été estimé à 309 013 au 31 Août 2015 ; par ailleurs ces conflits ont provoqué le déplacement interne de 81 693 personnes au Cameroun. *Convention cadre de construction et d'équipement entre la République du Cameroun et Alliance Développement Immobilier et le Groupe Banque Atlantique du 19 décembre 2015*. Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (30 milliards); la construction et l'équipement des Centres Hospitaliers Régionaux (120 milliards)

(Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International). (PNUD, 2012)

Le document de Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 est un dossier de synthèse obtenu à partir de deux autres documents à savoir : le document « *État des lieux et diagnostic du secteur de la santé* », et le document « *Choix stratégiques du secteur de la santé* ». L'élaboration des livrables suscités a été précédée par la production du « *Rapport d'évaluation de la SSS 2011-2015* ». La présente note méthodologique rend compte du processus et des outils de travail utilisés dans le cadre de l'élaboration de la Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027. Cette méthodologie s'est appuyée sur les deux documents de références que son : le Guide Méthodologique de la Planification Stratégique au Cameroun, édition de 2011 (MINEPAT), dont toutes les étapes ont été respectées avec des ajustements lorsque cela était nécessaire ; et (le Guide de l'OMS pour l'Élaboration d'une Politique Nationale de Santé et d'un Plan Stratégique National de Santé.

La description de la méthodologie s'articule autour des trois points ci-dessous :(SSS, 2015).

1.8.4 Intérêt scientifique

Sur le plan scientifique, cette étude contribue à l'avancer de la science car, elle s'inscrit dans la continuité des recherches sur les déterminants de l'alimentation telle que l'on suggère certaines institutions dans leurs discussions, à l'exemple de l'OMS qui est scientifiquement organisée cette recherche apparait comme une innovation en contexte camerounais ou au regard des précédentes recherches sur l'alimentation, et surtout en milieu défavorisé. La plus part de ces recherches sous formes d'enquêtes et sont beaucoup plus d'axés sur la façon dont les enfants se nourrissent dans le monde en général et au Cameroun en particulier. Malgré une production alimentaire assez importante au Cameroun, l'état nutritionnel des populations en général et celui des groupes vulnérables en particulier, ces derniers compose particulièrement des femmes en ceintes et allaitantes et des enfants d'âges préscolaire, s'est dégradé au cours de la dernière décennie (MINSANTE/UNICEF, 2007). La prévalence de la malnutrition sous toutes ces formes n'a cessé relativement de croitre depuis lors. Des dix régions du Cameroun ou se vit cette situation alarmante, le milieu défavorisé est la zone du Cameroun Septentrional la plus touchée. Ces trois départements supportent à eux seuls plus de 50% du poids de la malnutrition à l'extrême Nord du Cameroun. Ils en résultent dans ces localités les taux de mortalités plus élevés au Cameroun Parmi les causes pouvant expliquer. Cette

situation, les indicateurs des pratiques alimentaires et nutritionnelles sont les plus bas du pays (MINSANTE ; 2010).

I.9. Pertinence de l'étude

Dans le cadre de la protection des enfants, les services disponibles pour ce dernier sont concentrés principalement dans les zones urbaines, avec une couverture plus importante de régions du littoral et du centre. Les régions du Nord et de l'extrême Nord sont les plus dépourvus, ce qui rend la tâche plus difficile quand à leurs capacités de répondre rapidement aux urgences compte tenu de la taille et de la population de ces régions. De même, la couverture des services sociaux par les centres sociaux n'atteint pas suffisamment le niveau communautaire du fait du nombre limité d'intervenants sociaux : ceci couplée à une insuffisance de matériels et autres commodités pour délivrer les services et assurer le suivi et le référencement aux autres secteurs. Il existe une panoplie d'acteurs communautaires offrant des services de protection de l'enfant notamment les chefs religieux et traditionnels, les relais communautaires et polyvalent, les associations et les ONG locales promouvant les droits des femmes, des hommes, des jeunes et des enfants, les conseils municipaux et bien d'autres. Toutefois les mécanismes de coordination entre ces différents acteurs et entre ceux-ci et le système formel du MINAS et du MINPROFF restent à renforcer en plus de la qualité des services offerts aux communautés. La signalisation des cas d'abus et des violences sur les enfants ne se fait pas de façon systématique. Le mécanisme de suivi et d'alerte visant à prévenir les potentiels risques en protection de l'enfant pour les plus vulnérables ne sont pas mis en pratique et niveau communautaire. Jusqu'à maintenant, nous avons vu d'une part que la Malnutrition aiguë est un important problème de santé publique au Cameroun parce qu'elle est associée à un haut taux de mortalité. (MINADER/ PNVRs Octobre 2020)

D'autre part, la recension des écrits a démontré que l'efficacité des différentes interventions peut être compromise par de nombreux obstacles en contexte réel d'implantation. A notre connaissance, où le contexte de précarité pourrait influencer les différentes composantes du programme national et sa couverture populationnelle. D'ailleurs, avant le début de l'étude, les intervenants du CSCCom nous avaient déjà mentionné qu'il existait plusieurs problèmes avec la participation au programme et avec la mise en œuvre de certaines activités ; ils nous encourageaient à évaluer le sujet de manière plus approfondie. (Bamberger et al. 2004).

L'évaluation des programmes en santé est actuellement une priorité à l'échelle mondiale. Elle se justifie encore plus dans les pays en voie de développement, où chaque intervention doit être mise en balance avec une importante pénurie de ressources. Le Cameroun ne fait pas exception en inscrivant le suivi et le monitoring au cœur de son programme de prise en charge de la Malnutrition.

. Pour toutes ces raisons, il nous semble tout à fait justifié d'avoir procédé à l'évaluation du PNPEC tel qu'implanté dans le contexte de Bockle, (Golden et Grellety, 2011; MSM, 2007).

1.9.1. Délimitation l'étude

Selon le dictionnaire de français petit Larousse (1997 p 112) délimiter c'est : fixer, déterminer les limites ». Délimiter son étude, c'est donc la circonscrire, c'est-à-dire fixer ses bornes. Dans le cadre de notre recherche, nous délimiterons notre étude à trois niveaux à savoir : temporel, spatial, et thématique.

➤ Délimitation temporelle

Cette étude porte sur une période allant de Novembre 2021 au Janvier 2023, intervalle requis pour la constitution d'une base des données et la rédaction de notre travail. Notre travail s'est étalé sur la période bien déterminé compte tenu du temps imparti pour mener nos investigations. La décentralisation, nouvel approche du développement se traduit par le transfert des compétences de l'état vers les collectivités territoriales décentralisées. Ledit transfert de compétences augure d'une appropriation véritable des actions de développement tant du point de sa planification que de sa mise en œuvre. Emanation des aspirations profondes des populations, le plan communal de développement (PCD) de Garoua a fait usage de l'approche participative.

Dans l'optique de permettre à la commune de Garoua de mener à bien les nouvelles missions à elles confiées, une analyse situationnelle de l'institution communale a été réalisée. Se basant sur la gestion des ressources financières, humaines, du patrimoine et des relations entre la commune et les autres institutions, l'analyse a permis de mettre en exergue les défaillances de la commune (en terme de mobilisation et gestion des ressources, du patrimoine et de la mise à profit des relations avec d'autres institutions pour son essor). Puis, se basant sur celles-ci, des axes de renforcement ont été proposés. Parmi ceux-ci on peut retenir le renforcement des capacités du personnel, l'élaboration d'un organigramme, l'élaboration d'un fichier de contribuables, l'exploitation de toutes les potentialités

économiques de la commune ou encore le renforcement de la communication au sein de l'institution communal.

➤ **Délimitation spatial,**

Notre étude est menée au Cameroun dans la région du Nord et précisément au Centre Médical d'Arrondissement Bockle, nous avons voulu étendre notre étude sur toute la région mais compte tenu de nos modestes moyens financiers, nous nous sommes limités au centre de santé de Bockle.

Ce choix se justifie par la relative stabilité et la disponibilité de la plupart du personnel du village Bockle ainsi que son accessibilité, ce qui nous a permis de recueillir davantage des données nécessaires à notre étude dans l'aire de santé de Bockle, site de notre étude. Car la volonté du personnel de santé dans l'accompagnement des enfants malnutris est un problème majeur pour la santé publique. Par ailleurs la malnutrition est un problème de santé publique et handicap le développement car elle touche une large proportion des enfants : plus de 27% des enfants âgés moins de cinq ans sont affectés par le rachitisme en 2015 soit environ 159 millions d'enfants (UNICEF, OMS et Banque Mondiale 2015).

➤ **Délimitation thématique**

Sur le plan thématique ce travail relève du champ des sciences de l'éducation et en particulier sur l'intervention et action communautaire. Notre étude traite le problème de prise en charge des enfants malnutris au Cameroun et précisément dans la région du nord dans la localité de Bockle. En définitive cette partie nous a permis de formuler le problème de l'étude. Notre recherche s'inscrit également dans le cadre des sciences humaines et sociales appliqués au domaine de la santé. Ace titre, elle appréhende les mécanismes selon lesquelles les estimations, 259 000 réfugiés ont besoin d'une assistance alimentaire immédiate et 589 000 personnes déplacées et résidents vulnérables touchés par la crise ont besoin d'une assistance alimentaire pour le redressement à long terme de leurs moyens d'existence. Dans le Nord, l'afflux massif de réfugiés et de personnes déplacées a attisé les rivalités pour l'utilisation des ressources et exacerbé les tensions entre pasteurs et agriculteurs concernant les voies de transhumance et l'accès aux terres et à l'eau. . (PRH 2017)

Les taux de malnutrition aiguë globale dans les régions ciblées sont en moyenne de 6 à 7 pour cent. Dans le département du Logone, dans l'Extrême-Nord, ce taux est de 10,9 pour cent, avec 2 pour cent de malnutrition aiguë sévère – c'est-à-dire au-dessus du seuil d'urgence²¹; la malnutrition aiguë sévère touche aussi l'Adamaoua à hauteur de 1,8 pour

cent. Certains appellent à passer du traitement de la malnutrition à une prévention à long terme fondée sur des actions multisectorielles conjointes et coordonnées visant à améliorer la nutrition, la santé et la sécurité alimentaire, l'accès à l'eau, l'hygiène et la protection (SNSPC) 2016-2017

L'examen stratégique Faim zéro de 2015/2016 a permis de définir les besoins auxquels il fallait répondre pour atteindre les cibles de l'ODD.

- Existence d'un cadre réglementaire et institutionnel cohérent dans les secteurs de l'agriculture et de la sécurité alimentaire;
- existence d'un cadre politique permettant de rationaliser les programmes et les initiatives ayant trait à la sécurité alimentaire;
- amélioration du suivi de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le cadre de systèmes coordonnés de préparation et d'intervention;
- production régulière de statistiques agricoles à l'appui de la prise de décisions;
- adhésion au mouvement Renforcer la nutrition (SUN) axé sur la prévention de la malnutrition;
- accentuation de l'accès à la nourriture grâce à l'amélioration de l'entreposage et de la transformation des produits alimentaires et à la mise en place de filets de protection sociale à l'intention des ménages pauvres; et
- accroissement de l'appui apporté à la production locale et mise à disposition d'une palette plus variée d'aliments nutritifs dans les régions à risque d'insécurité alimentaire, et tout particulièrement dans les régions de l'Extrême-Nord, du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est. (SMART2015).

CHAPITRE II : REVUE DE LA LTTERATURE

Ce chapitre la revue de la littérature s'articule autour de recensement scientifique des auteurs, les causes, les conséquences et quelques pistes de traitement ayant abouti aux soins de la malnutrition des enfants tout en donnant la prévalence de ces derniers. Les facteurs qui influencent la malnutrition des enfants.

2.1. Historique de la prise en charge de la Malnutrition

Au cours des dernières décennies, les interventions pour- lutté contre la Malnutrition ont beaucoup évolué et ne sont plus uniquement axées sur la distribution d'aide alimentaire ou sur une prise en charge hospitalière de cette maladie (Belachew et Nekatibeb, 2007).

L'expérience sur le terrain a démontré que le traitement traditionnel de la MA dans les hôpitaux s'avère généralement inefficace à plusieurs égards, surtout pour gérer le problème à large échelle dans les pays endémiques. Les principaux obstacles liés à la prise en charge intra hospitalière sont la nécessité de ressources humaines et financières considérables, une incapacité à prendre en charge tous les cas, des taux de mortalité élevés et une couverture qui dépasse rarement 10 % (Black et al. 2008; Collins et al. 2006; OMS et al. 2007).

2.2. Avantages de la prise en charge communautaire

L'approche de la prise en charge de l'enfant souffrant de Malnutrition directement dans sa communauté, par opposition à l'hôpital, est apparue au début des années 2000 (Belachew et Nekatibeb, 2007). Elle fait actuellement consensus parmi les experts en malnutrition au niveau international parce qu'elle a été démontrée sécuritaire, efficace, moins coûteuse et beaucoup plus accessible que le traitement intra hospitalier (Bachmann, 2010; Belachew et Nekatibeb, 2007; Bhutta et al. 2008; Collins et al. 2006; Géra, 2010). La prise en charge communautaire de la MA sans complication est donc actuellement recommandée en première ligne par l'OMS et l'UNICEF (Bhutta et al. 2008; Golden et Grellety, 2011; OMS et al. 2007; OMS et l'UNICEF, 2009). En effet, dans la dernière décennie, plusieurs études robustes ont été conduites spécifiquement sur le sujet. En 2006, une première revue systématique dresse un bilan très positif quant à l'efficacité de la prise en charge de la Malnutrition dans la communauté plutôt qu'à l'hôpital (Collins et al. 2006). Les auteurs ne concluent que la prise en charge communautaire permet de diminuer les taux de mortalité liée à la MA en dépistant plus précocement les cas et en offrant une bien meilleure couverture (Collins et al. 2006). La

prise en charge communautaire de la Malnutrition a également été démontrée supérieure dans les milieux ayant très peu de ressources, sauf pour les cas de malnutrition sévère avec complications médicales, qui doivent d'abord être stabilisés à l'hôpital (Brown et al. 2009). Enfin, une autre revue systématique n'a récemment conclu en 2010 que la prise en charge à domicile de la Malnutrition offre clairement un meilleur rapport coût-efficacité qu'un traitement dans les centres de santé ou les hôpitaux, que ce soit en termes de \$/cas traité, de \$/vie épargnée ou de \$/années de vie corrigées pour l'incapacité (Bachmann, 2010).

2.3. Efficacité d'essai, efficacité d'utilisation et efficacité populationnelle

À la lumière de la recension des écrits sur la prise en charge communautaire de la Malnutrition, on constate qu'il existe une vaste littérature sur son efficacité théorique, c'est-à-dire son impact dans des conditions contrôlées (Champagne et al. 2009). Cependant, l'efficacité d'utilisation des interventions nutritionnelles, en tenant compte des réalités du terrain telles l'observance du traitement et la variation de comportement des intervenants (Champagne et al. 2009), est moins bien documentée. L'efficacité populationnelle, qui tient compte de l'efficacité d'utilisation, mais également de la couverture d'un programme (Champagne et al. 2009), a quant à elle été encore moins étudiée dans le cas des interventions nutritionnelles (Allen et Gillespie, 2001). Pourtant, on sait que les programmes nationaux sont en général beaucoup moins efficaces en situation non expérimentale, parce qu'ils sont alors soumis à de nombreuses contraintes dans leur contexte réel d'implantation. L'expérience de la vaccination et de la lutte contre le paludisme en Afrique de l'Ouest a en effet démontré qu'il pouvait y avoir d'importantes variations dans l'implantation de ces programmes nationaux à l'échelle Locale (Abdella et al. 2009; Durrheim et Williams, 2005); Hetzel et al. 2008; Nitièma et al. 2003).

Dans les régions rurales des pays défavorisés, plusieurs conditions doivent être réunies pour que l'efficacité pratique d'une intervention s'approche de son efficacité théorique. Si le programme a lieu dans un centre de santé, il faut d'abord que les services soient régulièrement offerts et que la population connaisse ces services, mais il faut également que les parents veuillent amener leur enfant et aussi qu'ils puissent s'y rendre (Durrheim et Williams, 2005). Les principales raisons invoquées dans la littérature pour expliquer ce phénomène sont le manque de moyen financier, les grandes distances, le manque de vigilance des parents par rapport à l'état de santé de leurs enfants ainsi que le manque de ressources du centre de santé (Durrheim et Williams, 2005) 2005; Hetzel et al. 2008; Kruger et al. 2008). Pour une mise en œuvre optimale d'un programme national, il est également impératif que les intervenants

soient compétents, que les parents adhèrent aux différentes recommandations, que les traitements prescrits soient accessibles financièrement et qu'ils soient observés adéquatement à la maison. (Amuyunzu-Nyamongo et Nyamongo, 2006; Durrheim et Williams, 2005; Hetzel et al. 2008; Nikiema et al. 2012; Thwing et al. 2008). Chaque défaillance dans cette chaîne d'événements peut contribuer à expliquer l'écart entre l'efficacité réelle et celle démontrée par des essais randomisés contrôlés. Pour ce qui est des activités qui se déroulent directement dans les villages, par exemple certains volets des programmes nationaux contre le paludisme ou la malnutrition, le rôle des relais communautaires est Particulièrement important. Une formation de qualité des relais et la supervision Régulière de leurs tâches par les intervenants du centre de santé sont donc des éléments clés de ces interventions (Berman et al. 1987; Hall et Taylor, 2003; Shah et al. 2010; Standing et Chowdhury, 2008).

Parmi les autres facteurs de succès décrits dans la littérature pour les programmes nationaux, il est évident que l'on retrouve aussi l'atteinte d'une bonne couverture populationnelle. Pour améliorer la couverture, il est recommandé de mettre en place des stratégies de mobilisation communautaire et des campagnes de promotion de L'intervention (Moneti et Yee, 1989; Oresanya et al. 2008; Thwing et al. 2008). Il est aussi important de prendre en considération les préférences de la population, surtout des mères, parce qu'une attitude favorable de leur part est un facteur de réussite majeur pour plusieurs programmes en santé (Abdella et al. 2009; Âgée, 2010; Amuyunzu et Nyamongo, 2006).

Enfin, l'intégration logistique et fonctionnelle des activités aux services de santé déjà en place aiderait également à l'implantation harmonieuse d'une intervention En conclusion, plusieurs obstacles peuvent se présenter sur le terrain lors de la mise en œuvre d'un programme national. À notre connaissance, les facteurs d'échec et de succès des interventions nutritionnelles à large portée ont jusqu'à maintenant été beaucoup moins bien étudiés dans leur contexte réel d'implantation que l'efficacité théorique de la prise en charge de la Malnutrition (Nitièma et al. 2003).

2.3.1. Études ayant porté sur l'évaluation de programme de nutrition

Cette section présente une revue de plusieurs études ayant évalué des programmes de nutrition. Ces études ont utilisé différentes méthodologies et se sont déroulées dans différents contextes; elles ont été révisées afin d'alimenter les réflexions de l'équipe de recherche pour la conception de la présente étude. Cette dernière résume les éléments de ces études qui ont été jugés plus pertinents par rapport à notre projet. On y retrouve d'abord une brève description des programmes évalués et de leur contexte.

2.3.2. Littérature Scientifique de la malnutrition

Cette section résume les principales études portant sur l'efficacité des interventions nutritionnelles chez les enfants malnutris et chez les enfants en général. L'historique du traitement de la Malnutrition est d'abord détaillé, suivi des principaux avantages d'une prise en charge communautaire (extrahospitalière) de cette problématique. Les différentes interventions curatives et préventives recommandées pour la Malnutrition sont ensuite décrites. La recension des écrits se poursuit ensuite en faisant le point sur l'efficacité populationnelle des interventions nutritionnelles à large portée ainsi que sur les principaux obstacles et facteurs facilitants rencontrés dans les programmes nationaux de santé en général. Enfin, la section se termine par un tableau résumant et critiquant neuf études ayant porté sur l'évaluation de programmes en nutrition.

2.3.3. Traitement de la Malnutrition par la supplémentation alimentaire

Que ce soit à l'hôpital ou au village, la supplémentation alimentaire reste la pierre angulaire de la récupération nutritionnelle de l'enfant malnutri. Pour les cas de Malnutrition Aigu Modéré, elle comprend habituellement la distribution hebdomadaire de sacs de farine enrichie aux parents qui doivent la préparer quotidiennement. Le traitement des cas de MAS est quant à lui plutôt basé sur les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE), qui sont apparus sur le marché dans la dernière décennie. Les ATPE sont des aliments à haute densité énergétique, mais à faible contenu hydrique, qui ne nécessitent aucune préparation, ce qui en limite la contamination bactérienne (Brewster, 2006; OMS et al, 2007). Autant les sacs de farine enrichie que les ATPE contiennent plusieurs micronutriments (vitamines et minéraux) en quantité adaptée à l'enfant malnutri (Collins et al. 2006).

Selon plusieurs auteurs, les ATPE ont révolutionné le traitement de la MA, parce qu'ils sont démontrés très efficaces, sécuritaires, abordables, et aussi parce qu'ils bénéficient d'une très bonne acceptabilité tant auprès des mères que des enfants (Bachmann, 2010; Collins et al. 2006; Géra, 2010).

Parmi les autres interventions recommandées pour la prise en charge de la MA, on retrouve l'évaluation médicale hebdomadaire avec un suivi des paramètres anthropométriques, la vérification du statut vaccinal ainsi que la supplémentation orale en vitamine A, en fer et en acide folique (Bhutta et al. 2008; Brown et al. 2009; Golden et Grellety, 2011). Plusieurs médicaments sont également donnés systématiquement pour diminuer le risque d'infections chez l'enfant malnutri : un traitement antipaludéen, un antibiotique à large spectre, un déparasitage intestinal et un antifongique (Bhutta et al. 2008; Brown et al. 2009; Golden et Grellety, 2011).

2.3.4. Prise en charge

En qui concerne la prise en charge communautaire et médical plusieurs dispositifs ont mis à différents niveaux pour le traitement curatif et préventif car nous avons le traitement médical, l'éducation nutritionnelle et le suivi pour juguler à la crise alimentaire qui tracasse la santé des enfants.

-Au stade de la malnutrition fruste, il suffit de donner à l'enfant une alimentation correcte en quantité et en qualité pour que les troubles diminuent rapidement. Le maximum d'efforts doit être porté sur la prévention et les cas facilement curables, de manière à interrompre l'évolution ;

- Prise en charge d'un enfant sévèrement malnutri ;
- Le protocole de traitement recommandé par l'OMS comporte essentiellement 10 étapes :
 - Traitement /prévention de l'hypoglycémie
 - Traitement/prévention de l'hypothermie
 - Traitement/prévention de la déshydratation
 - Correction du déséquilibre électrolytique
 - Traitement des infections
 - Correction des carences en micronutriments
 - Démarrage de la récupération nutritionnelle
 - Reconstitution des pertes (rattrapage de la croissance avec une augmentation de l'alimentation)
 - Stimulation et jeux
 - Préparation du suivi après sortie.
- **L'éducation nutritionnelle** : Elle vise les buts suivants :
 - Faire prendre conscience aux mères des relations étroites entre une alimentation équilibrée et la santé ou le bien être ;
 - Expliqué qu'est-ce que la malnutrition
 - Indiquer les moyens de l'éviter

L'éducation nutritionnelle peut se faire :

- individuellement, par le dialogue entre la mère et l'agent de santé.
 - Collectivement, lors des séances regroupant plusieurs mères.
- **Suivi** : Il est indispensable d'impliquer le plutôt possible les parents dans la conduite l'alimentation et les jeux avec leurs enfants pour qu'il acquiert de l'expérience et la

confiance en ce qu'il faut faire lorsque l'enfant retourne à la maison. Un enfant qui atteint 90% poids /taille peut être considéré comme prêt pour sortir : il a probablement son rapport taille/âge faible en raison du retard de croissance. Les bonnes pratiques d'alimentation et les activités de stimulation doivent être continuées à la maison. La famille doit :

- donner des aliments riches en calories et en nutriments au moins 5 fois par jour.
- jouer avec l'enfant d'une manière qui améliore son développement mental.

Les agents de santé doivent conseiller les parents sur le besoin de la vitamine A tous les 6 mois et pour la vaccination. Les agents de santé peuvent jouer un rôle important dans la prévention de la malnutrition par la promotion de bonnes pratiques d'allaitement, d'alimentation et de sevrage et travaillant avec les communautés pour prévenir la diarrhée et les infections.

2.3.5. Interventions préventives la malnutrition

Mises à part toutes ces recommandations pour le traitement des enfants malnutris, les organismes internationaux suggèrent également certaines activités à visée préventive pour lutter contre la problématique de la MA ; ces interventions devraient être implantées à l'échelle de toute la population cible et non pas seulement chez les malnutris (Golden et Grellety, 2011; OMS et al. 2007; OMS, 2012b; OMS et UNICEF, 2009). Parmi ces interventions préventives, on retrouve la détection et la prise en charge précoces de la MA suite à un dépistage régulier des enfants de 6 à 59 mois par un relais communautaire, directement dans les villages (OMS et al. 2007; OMS, 2012). À ce propos, selon une étude transversale kenyane, la mesure du PB serait une intervention efficace pour dépister précocement la MA et ne nécessiterait que peu de ressources (Mogeni et al. 2011). Les autres interventions préventives recommandées consistent en 'amélioration de la sécurité alimentaire, l'amélioration de l'accès à des soins de santé de qualité et l'amélioration des connaissances pratiques des mères en nutrition et en santé. Plus spécifiquement, l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois et l'alimentation complémentaire adaptée à l'âge de l'enfant sont les principales pratiques alimentaires à promouvoir (Black et al. 2008; OMS, 2012). Afin de lutter contre les maladies infectieuses chez les enfants, plusieurs organismes recommandent également d'améliorer les systèmes d'approvisionnement et d'assainissement de l'eau, de même que les pratiques hygiéniques en général (Black et al. 2008; OMS, 2012).

Par ailleurs, mis à part ces recommandations internationales, une revue systématique sur l'efficacité des interventions nutritionnelles préventives a été publiée en 2001. Les

auteurs concluent que six stratégies-clés font le succès de tels programmes dans leur contexte réel d'implantation: le monitoring et la promotion de la croissance des enfants, l'intégration de la nutrition aux soins de santé, la communication visant des changements de comportement, la supplémentation alimentaire pour les enfants et leurs mères, la supplémentation en micronutriments ainsi que des interventions qui soutiennent une alimentation suffisante et diversifiée (Allen et Gillespie, 2001). Enfin, l'éducation nutritionnelle des populations ainsi que la mobilisation et le renforcement des communautés sont également à privilégier à travers tout le processus de lutte contre la MA (Bhutta et al. 2008; Brown et al. 2009; OMS, 2012).

2.3.6. Causes de la malnutrition

La malnutrition résulterait aussi bien d'une alimentation inadéquate que d'un environnement sanitaire déficient. Des pratiques alimentaires inadéquates font référence non seulement à la qualité et à la quantité des aliments donnés aux enfants, mais aussi aux étapes de leur introduction. Selon l'Unicef, la malnutrition est avant tout due à une nourriture insuffisante en qualité et en quantité et inadaptée à la petite enfance. Cette situation est le résultat de toute une combinaison de facteurs parmi lesquels on peut citer :

2.4. Pauvreté

Le faible pouvoir d'achat des populations ne leur permet pas d'avoir accès aux aliments de bonne qualité sanitaire et nutritionnelle pourtant disponibles sur le marché.

En milieu urbain, les économistes appellent cela l'insécurité alimentaire des ménages.

En milieu rural, elle résulte d'un manque d'accès à la terre, d'une mauvaise gestion des cultures, mais aussi du faible niveau de revenu des femmes et d'une charge de travail excessive pour elles. (Mills, 2010).

2.4. 1. Des services de santé trop peu accessibles et de mauvaise qualité

Trop chers, trop loin, inadaptés ou tout simplement inexistantes, les services de santé sont souvent inaccessibles aux plus démunis dans de nombreux pays et plus particulièrement dans les pays en développement. Il devient alors difficile de dépister, prendre en charge et suivre les enfants malnutris.

2.4.2. Le manque d'installations sanitaires

A ce jour, 1,1 milliard de personnes n'ont encore pas accès à l'eau potable.

L'insalubrité à l'intérieur et à proximité des maisons favorise la propagation de maladies infectieuses, notamment de diarrhées chez les enfants. Ces maladies empêchent les

enfants de bien s'alimenter et deviennent, à leur tour, des causes majeures de malnutrition (Checkl-W, 2008).

2.4.3 L'allaitement insuffisant et le sevrage brutal

L'allaitement est bien plus qu'une alimentation. Le nouveau-né devra être mis au sein immédiatement c'est-à-dire dans les trente minutes qui suivent l'accouchement pour bénéficier du colostrum (ce premier lait qui sort du sein immédiatement après la naissance. est un liquide jaune épais) qui est le premier vaccin contre les agents pathogènes. Le lait maternel est stérile il transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs dont le nourrisson a besoin les six premiers mois de sa vie. C'est également le seul aliment dont le nourrisson a besoin pendant les six premiers mois de sa vie. Par sa fréquence et son intensité, génésique. D'où la nécessité de faire comprendre aux mères qui travaillent la nuance entre la mise au sein et l'allaitement, tout en mettant l'accent sur le fait que la fréquence de la mise au sein stimule la sécrétion de lait. Ainsi, elles devront mettre l'enfant au sein chaque fois qu'elles le verront.

Un passage brutal entre le lait riche de la mère et une alimentation très pauvre peut faire basculer l'enfant dans la malnutrition. Par contre, à partir de six mois, l'allaitement au sein doit être complété par l'introduction d'autres aliments appropriés pour satisfaire les besoins nutritionnels de l'enfant et lui permettre la meilleure croissance possible. C'est entre la conception et l'âge de trois ans que se forment les organes et les tissus d'un enfant, son cerveau et ses os, et que son potentiel physique et cognitif est façonné. Puisque la croissance de l'enfant est la plus rapide durant les dix-huit premiers mois de sa vie, l'alimentation du bébé pendant cette période ainsi que celle de sa mère durant la grossesse et l'allaitement ont une importance capitale pour l'avenir de l'enfant. (Haniech, 2015).

2.4.4. Sida

Le sida entraîne chez les enfants comme chez les adultes un état de dénutrition parfois avancé. Les mères VIH positives ont un risque de transmettre le virus à leur enfant par l'allaitement notamment lorsque l'allaitement n'est pas exclusif. Les femmes VIH positives doivent recevoir des conseils d'un agent de santé formé sur les avantages et les risques des diverses options d'alimentation de leur enfant et doivent recevoir l'appui nécessaire pour nourrir l'enfant selon la décision qu'elles auront prise. Les catastrophes naturelles (Sécheresses, inondations...) Le Cameroun fait partie des pays où la sécheresse est la catastrophe majeure. Ainsi, la sécheresse va influencer négativement l'agriculture ce qui va

entraîner une insécurité alimentaire et nutritionnelle à l'origine de la malnutrition. (Rossel 2008)

2.4.5. Guerres et famines

Responsables seulement d'une petite part de la malnutrition dans le monde, ces urgences en provoquent, en revanche, les formes les plus graves. Les populations déplacées se retrouvent confrontées à des conditions de vie précaires où le ravitaillement en nourriture n'est pas évident. C'est le cas des déplacés du Nord Cameroun. (Sen, 1981)

2.4.6. Alimentation de femme enceinte

Une mère malnutrie ou en mauvaise santé ne pourra pas apporter les éléments nécessaires au bon développement et à la santé de son futur enfant et risque de mettre au monde un bébé de poids insuffisant. Puisque la croissance de l'enfant est la plus rapide durant les dix-huit premiers mois de sa vie, l'alimentation du bébé pendant cette période ainsi que celle de sa mère durant la grossesse et l'allaitement ont donc une importance capitale pour l'avenir de l'enfant. Il faut noter qu'une mère malnutrie chronique mettra au monde des enfants souffrant de malnutrition chronique et aussi elle risque la mort. (Mosley, 1984 ; akoto, 1985).

2.4.7. Grossesses précoces, rapprochées

Les grossesses multiples, surtout si elles sont rapprochées, peuvent elles-mêmes causer la malnutrition de la mère et des enfants. L'état sanitaire de la mère est important. Une malnutrition de la mère, si elle reste sans influence notable sur le développement fœtal pendant la grossesse, est responsable de la faiblesse du poids du bébé à la naissance ; l'enfant est alors moins armé sur le plan constitutif, donc fragilisé face à la malnutrition qui l'attend. La mère de nouvelle enceinte va ablater l'enfant. Les soins prénataux doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et, surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. (Osamor et Grady, 2016).

2.4.8. Facteurs économiques de la malnutrition

Plusieurs travaux antérieurs ont montré l'impact prédominant de facteurs de type socioéconomique sur la malnutrition des enfants. L'approche socioéconomique explique la malnutrition des enfants par le niveau de vie des ménages. L'individu est mal nourri parce que le ménage n'a pas les moyens de lui procurer assez de nourriture de bonne qualité, c'est la thèse défendue par Sen (1998). Pour les tenants de cette approche, l'explication des variations de l'état nutritionnel des enfants en Afrique trouve son fondement dans l'inégalité de niveau

de vie des ménages. La littérature utilise le plus souvent comme variables socio-économiques, le revenu du ménage, l'activité économique des parents. (Gerominus, 1987)

2.4.9. Activité économique des parents

La variable activité économique détermine le comportement des mères en matière de nutrition. 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 de leur conjoint détermine le pouvoir d'achat du ménage, son accès à l'eau potable et à d'autres infrastructures nécessaires (Ngo Nsoa, 2001). 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 enfants. Selon (Akoto, Hill, 1988), l'activité de la mère peut la contraindre à écourter la durée de l'allaitement maternel et à pratiquer le sevrage précoce et partant, favoriser la survenance de la malnutrition chez l'enfant. (Rakotandrabe, 1996).

Par ailleurs, 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 Cet auteur trouve que quand le contrôle de la mère sur les finances du ménage est faible, cela agit négativement sur les combinaisons alimentaires. (Latham, 2001).

Le problème est qu'en Afrique, les femmes qui travaillent n'ont pas d'autres choix que de confier leurs enfants à leurs frères cadets, qui souvent très jeunes ne maîtrisent pas encore les pratiques d'hygiène. Autrement, elles les confient à leur mère ou à leur belle-mère, ou alors à une femme de ménage. Cette situation est défavorable quant aux soins apportés aux enfants, notamment concernant son alimentation. A trouvé que la mortalité infantile en Gambie en milieu rural a augmenté durant la période d'intenses activités des mères occupées aux champs du matin au soir. Une diminution des soins procurés au nourrisson par d'autres membres de la famille peut l'exposer aux diarrhées et à la malnutrition. La plupart des mères abandonnent rapidement l'allaitement maternel au profit du biberon, conduisant ainsi l'enfant à de nombreuses formes de malnutrition (Kwashiorkor, marasme, anémie,...), si les quantités de lait dilué sont faibles voire à la gastro-entérite si la stérilisation du biberon n'a pas été assurée. . Gregor. M (1987).

Toutefois, l'activité économique de la mère peut avoir une influence positive sur l'état nutritionnel des enfants. A travers l'amélioration du niveau de vie du ménage et de la disponibilité des ressources du ménage, l'emploi de la femme permet d'améliorer la qualité des soins prodigués à l'enfant, notamment en matière d'alimentation et de santé. A ce propos, Akoto et Tabutin (1987) 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. Même si l'activité économique de la mère peut exercer à la fois un effet négatif ou positif sur l'état nutritionnel des enfants, nous pensons que son effet positif l'emporte dans le contexte Camerounais, dans la mesure où l'activité de la mère lui permet d'avoir un pouvoir d'achat élevé et donc pourrait renforcer celui de son conjoint ou des autres membres de la famille dans la situation de paupérisation permanente. En 2004, Bakenda pense que l'activité d'une mère constitue une source de revenu nécessaire renforçant celle du conjoint et influençant directement la sécurité alimentaire du ménage. Ainsi, l'activité économique permet à la femme d'avoir un pouvoir d'achat élevé pour subvenir aux besoins alimentaires de l'enfant. Cela favorise le choix d'aliments à donner à l'infanto-juvénile (Ntsame, 1999).

2.4.9. Revenu du ménage

Pour saisir le revenu, il est important d'observer le niveau de vie du ménage. Donc, ce niveau de vie reflète non seulement ses sources de revenu, mais aussi ses besoins parmi lesquels la santé des enfants. Les conditions de vie du ménage sont utilisées comme des variables économiques parce qu'elles sont fortement associées au niveau de vie du ménage. Lorsqu'une famille est pauvre, ce sont ses membres les plus jeunes qui courent les plus grands risques : leurs droits à la survie, à la croissance et au développement sont menacés. Or, sur dix enfants qui naissent dans le monde en développement, quatre vivront dans une pauvreté extrême (UNICEF, 1990).

La relation entre les facteurs économiques et l'état nutritionnel a été aussi 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. En effet, le niveau économique ou le niveau de vie du ménage détermine la capacité du ménage à mobiliser les ressources financières, alimentaires pour la santé de ses membres. La pauvreté détermine toutes les conditions d'existence, y compris la malnutrition, le manque d'eau potable, l'absence d'équipements sanitaires adéquats et même la durée de vie. C'est la principale cause

sous-jacente de millions de décès évitables et la raison pour laquelle les enfants sont mal nourris, ne vont pas à l'école, subissent de mauvais traitements et sont exploités (UNICEF, 1998).

On en déduit que la pauvreté est au cœur des violations constantes des droits des enfants. La malnutrition est pour beaucoup de personnes synonyme de pauvreté. Il est vrai que les conditions de vie d'une famille pauvre se caractérisent par l'absence d'une nourriture saine en quantité et en qualité suffisantes, d'infrastructures et d'équipements nécessaires dans un ménage auxquels s'ajoutent les conditions hygiéniques. Dans ce type de ménage, la sécurité alimentaire est souvent précaire, même si la nourriture existe en quantité sur le marché. En Ethiopie par exemple, Zo Harilala (2002) a mis en évidence l'influence du type de sol sur l'incidence de la diarrhée. Selon l'OMS (1935), la malnutrition est non seulement le résultat d'une prise alimentaire inadéquate, mais aussi de la présence d'une maladie ou de l'interaction entre ces deux facteurs. Quant, le type d'habitat a un impact sur la santé des enfants, car, par sa qualité, il peut ou non favoriser les maladies infectieuses et parasitaires. A la lumière des informations ci-dessus, il découle que le revenu du ménage ou de l'un des parents a des conséquences tant sur la consommation des combustibles, l'alimentation, le logement, l'utilisation des services de santé que sur l'accès à l'information sanitaire. L'habitat constitue l'environnement immédiat de l'enfant, il dénote le niveau de vie du ménage. Lorsque cet environnement est médiocre comme c'est souvent le cas en Afrique subsaharienne, il contribue à favoriser la circulation des agents pathogènes.

Il suffit par exemple d'une mauvaise évacuation des eaux usées, ou des toilettes tenues dans de mauvaises conditions d'hygiène pour répandre les parasites ; et donc pour favoriser les maladies infectieuses et à les aggraver. Si l'on considère les textes internationaux ratifiés par la plupart des pays, la malnutrition et l'accès à une alimentation décente devraient être la norme. En effet, toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; Ainsi, les ménages ayant un niveau de vie faible ont d'énormes difficultés pour assurer leur alimentation, ce qui explique les problèmes de malnutrition infanto-juvénile. Feudjo (1995).

2.5. Facteurs socioculturels et la malnutrition

Les facteurs socioculturels désignent l'ensemble des normes, des valeurs traditionnelles et culturelles qui façonnent les attitudes et les comportements des individus face à leur survie. C'est ainsi que Cantrelle et Lokoh (1990), soulignent que chaque société possède un ou des

systèmes nosologiques et étiologiques qui lui permettront de générer des stratégies thérapeutiques selon l'origine de la maladie et les acteurs mis en jeu. En Afrique en général, on retrouve une dichotomie entre maladies naturelles et maladies provoquées par la sorcellerie, les génies, etc. La prise en compte des facteurs culturels 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 (Akoto, 1993). 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 (Beker et al, 1996).

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. Akoto (1993) 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 se pose la question sur l'importance pour un ménage de vivre décentement si la culture, à travers ses interdits sociaux, ne permet pas à l'enfant de consommer un bien nécessaire à sa croissance. Dès lors, il est maladroit de se focaliser uniquement sur les facteurs économiques pour expliquer la variation de la malnutrition. C'est ce que prouve d'ailleurs Jaffré (1996), en montrant comment les planificateurs de la santé font face à de nombreux problèmes, notamment les problèmes relatifs aux croyances et aux pratiques traditionnelles. 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. Selon Jaffré (1996).

2.5.1. Instruction de la mère

Plusieurs études ont porté une attention particulière à l'instruction des parents et particulièrement à celle de la femme. Et une unanimité s'est établie en ce qui concerne l'impact de la scolarisation de la mère sur l'état nutritionnel des enfants. Des études comme celles de Dackam (1990), Akoto, Hill (1988), Rakotondrabe (1996) et Mudubu (1996) témoignent de la relation négative qui existe entre le niveau d'instruction des parents et la morbidité ou la mortalité des enfants. Ils estiment que l'instruction permet de briser les obstacles de la tradition, de rompre avec les pratiques qui résultent d'opinions traditionnelles sur la nourriture telle que l'interdiction aux femmes et aux filles de manger avant les hommes et celle défendant aux enfants la consommation des œufs et de la viande. De nombreux tabous nutritionnels indésirables qui existaient encore il y a un quart de siècle, ont disparu sous l'influence de l'éducation et du brassage des populations. Caldwell (1981), affirme à ce propos que l'instruction de la femme modifie profondément l'équilibre traditionnel des relations familiales, entraînant des répercussions sur l'état nutritionnel des enfants. Selon Latham (2001),

Le niveau d'instruction de la mère joue un rôle important dans l'amélioration du statut nutritionnel des enfants (Sahn, 1990). L'instruction des mères améliore les connaissances et les pratiques en matière d'hygiène alimentaire, ce qui leur confère plus de chance de préparer des aliments de sevrage plus nutritifs et sains, et de prendre de bonnes décisions en cas de maladie des enfants (Ntsame, 1999). La littérature abonde à ce sujet et la plupart des chercheurs mettent en évidence l'importance de cette variable dans la détermination de la mortalité des enfants Caldwell (1981), Dackam (1990). Mosley (1985) trouve que l'éducation des femmes est le moyen par lequel celles-ci accèdent à des connaissances qui, même si elles sont minimales, leur permettent de mieux exercer leur rôle de mère. Les femmes instruites maîtrisent mieux les règles d'hygiène, respectent le calendrier de vaccination, bénéficient de soins bien établis à partir de bon diagnostic. 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 (Rakotondrabe, 1996). Par ailleurs, l'instruction permet à la mère 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 (Sahn, 1990). Ainsi, en Thaïlande, l'état nutritionnel des enfants s'est remarquablement amélioré depuis 20 ans grâce à l'augmentation du niveau d'alphabétisation des femmes et à leur proportion dans la main d'œuvre leur conférant un rôle décisionnel de premier plan dans la famille (Unicef, 1998). Au Cameroun, la prévalence de la

malnutrition sous sa forme sévère est deux fois plus élevée chez les enfants dont la mère est sans instruction (10%) que chez ceux dont la mère à un niveau secondaire (5%) (EDSG, 2000). Les mêmes résultats ont été obtenus au Tchad, cela va de 8% chez les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction secondaire à un maximum de 15% chez ceux dont les mères sont sans niveau (EDST, 2004).

Le Cameroun n'est pas du reste lorsqu'on note une différence de 24,1 points (en %) entre le niveau de retard de croissance des enfants dont la mère n'a pas d'instruction et ceux dont la mère à un niveau d'instruction secondaire ou supérieur (Bougma, 2007). En Asie du Sud-Est, des études ont montré que l'élévation des taux de malnutrition est due essentiellement aux facteurs tels que le faible accès des femmes à la scolarisation (Unicef, 1998). Au Pakistan par exemple, le niveau élevé de malnutrition s'explique par le niveau très élevé d'analphabétisme des femmes dû à la discrimination dont elles sont l'objet dans la société. Dans une étude portant sur 56 pays en développement, Flegg (1982) a souligné qu'il est plus important d'améliorer l'instruction maternelle que d'augmenter l'effectif du personnel médical pour 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 (Unicef, 1998).

2.5. 2. Milieu de socialisation de la mère

Nous supposons que dans ce milieu, la femme intériorise les normes et les valeurs de sa société. La mère est donc sensée adopter des comportements en matière d'alimentation et de soins en fonction de ces normes et valeurs. Les femmes qui grandissent en ville n'ont pas les mêmes comportements que celles qui grandissent dans les campagnes ; elles sont pour la plupart instruites, elles sont plus informées sur le plan de la planification, ce qui leur permet de mieux maîtriser leur fécondité. L'éducation dont elles bénéficient en ville leur permet d'être plus autonomes dans leur foyer et de mieux assurer la survie de leurs enfants. Dans le même ordre d'idées, affirme que le degré d'urbanisation ou encore le degré de socialisation urbaine de la femme, qui n'est rien d'autre que l'intensité de son contact avec la ville, est susceptible de modifier ses comportements en matière de soins, ce en favorisant l'adoption des comportements nouveaux dits modernes et l'abandon relatif des comportements traditionnels. Le milieu rural par contre est l'endroit par excellence des coutumes et des traditions. Ainsi, les femmes qui grandissent en milieu rural sont plus attachées à ces coutumes et traditions. Elles adoptent moins de comportements liés à la modernité. Ce qui fait penser que la malnutrition des enfants ne pourrait agir sous la même ampleur au sein des

enfants issus de ces deux groupes de femmes. Ces différentes approches de la malnutrition des enfants sont sous-tendues par une ou plusieurs variables qui favorisent leur expérimentation dans la recherche des facteurs explicatifs de la malnutrition, ceci parfois par le biais des variables intermédiaires. Ces dernières se divisent généralement en deux grands groupes : les variables comportementales de la mère en matière de lutte contre les maladies des enfants et les variables biologiques liées à la fécondité de la mère et à l'enfant. Beninguissé (2001).

2.5.3. Ethnie comme facteur de la malnutrition

Les modes d'alimentation, les interdits ou tabous alimentaires, l'organisation sociale, dans les sociétés traditionnelles africaines, sont autant d'éléments qui introduisent des différences interethniques vis-à-vis de la santé des individus. Pour beaucoup d'auteurs, la culture opérationnalisée par la variable ethnie influence la morbidité des enfants par les modèles culturels, les normes, les croyances et attitudes qui sont véhiculées par les individus de la société (Barbieri, 1991 et Akoto, 1993). Ces croyances sont particulièrement importantes à certaines périodes comme pendant la grossesse, la parturition ou l'accouchement et avant les cinq premières années de vie (Rwenge, 1993). Dans toutes sociétés, chaque femme a nécessairement des us et coutumes de son environnement socioculturel et surtout de son groupe ethnique (Rwenge, 1993). Sachant que l'ethnie est le lieu par excellence de reproduction des us et coutumes (Ngo Nsoa, 2001), elle joue un rôle important dans l'explication de la maladie à cause des divers modes de vie que le groupe préconise. Les tabous alimentaires varient d'un groupe ethnique à un autre, les comportements des individus en matière d'alimentation peuvent considérablement varier selon l'appartenance ethnique et affecter ainsi l'état nutritionnel et la santé des mères et des enfants (Rwenge, 1993). Ainsi, l'absence de certains types de viandes, de poissons et des œufs dans l'alimentation des enfants peut dégrader ou altérer leur état nutritionnel. Il en est de même pour certaines femmes, à l'instar de celles du Nord Cameroun, qui se privent des aliments riches en matières nutritives, de peur de donner naissance à un gros bébé (Dackam, 1981). Leur comportement peut affecter négativement l'état nutritionnel de la mère et conduire à une insuffisance pondérale chez l'enfant à naître (UNICEF, 1996). De même chez les Bété au Sud du Cameroun, le traitement de la rougeole consistait pour l'enfant à se faire induire d'argile et aller danser sur un tas d'ordure. Ce qui pourrait encore aggraver l'état de l'enfant. L'auteur ajoute que c'est souvent la méconnaissance du mode de transmission de la maladie qui conduit à des attitudes pouvant favoriser la contagion. (Dackam, 1987).

Chez les Haoussa et les Foulbés, la tradition veut que l'enfant qui mange les œufs coure le risque de demeurer muet et celui qui mange de la viande aura des parasites intestinaux (Dackam, 1990). De sorte que chez les bété, ethnie dominante à Yaoundé, durant les cinq premières années de sa vie, l'enfant se contentera de légumes, de fruits de toutes sortes et d'autres aliments non interdits par la tradition ancestrale (Mbarga, 1971 cité par Dackam, 1990). Chez les Bambara, l'enfant qui mange les œufs aura des relations sexuelles précoces et celui qui est atteint de rougeole ne doit pas consommer de la viande rouge. Comme on peut le constater, ces tabous et interdits alimentaires appliqués dans les sociétés africaines n'ont aucun fondement scientifique. Bien au contraire, ils sont susceptibles d'entraîner, pour l'enfant comme pour la mère, des conséquences néfastes au plan sanitaire (infections diverses, avitaminoses et autres carences) (Belloncle, 1984).

2.5.4. Religion comme facteur de la malnutrition

La religion est associée à certaines coutumes et pratiques qui jouent également un rôle important dans la santé des populations. Les croyances, valeurs, dogmes liés aux pratiques religieuses influencent les perceptions et déterminent en partie les habitudes et les comportements des fidèles (Mudubu, 1996). L'influence de la religion sur l'état nutritionnel de l'enfant découle du fait que certaines religions interdiraient la consommation de certains aliments qui contiennent des éléments nutritifs très riches alors que les nutritionnistes conseillent à toutes personnes d'avoir une alimentation équilibrée. De ce fait, on pense que la religion peut influencer les comportements nutritionnels des fidèles (Latham, 2001). Il est difficile en Afrique Noire, de dissocier le Christianisme de la colonisation et du mode de vie occidental. La plupart des missionnaires chrétiens venus évangéliser les africains avaient, entre autres objectifs, celui de remplacer les cultures locales par la culture occidentale, convaincus que tout ce qu'ils pouvaient apprendre auprès des africains étaient mauvais, voire démoniaque (Akoto, 1990 et Ntsame, 1999). Pour ce faire, et dans le cadre des pratiques d'alimentation des enfants, ces missionnaires ont durant la période coloniale, créé par le canal des foyers sociaux, des écoles ménagères où les élèves apprenaient les pratiques occidentales en matière d'alimentation. C'est ainsi qu'en Afrique les individus adhérant à la religion chrétienne ont pu profondément modifier leur vision du monde et leurs normes sur le type d'aliment à donner aux enfants. Quant à la religion traditionnelle, elle véhicule les valeurs traditionnelles ancestrales (Ngo Nsoa, 2001), qui sont les plus souvent néfastes à une bonne nutrition des enfants. Des études ont montré l'impact positif de la religion chrétienne des mères sur l'état nutritionnel de leurs enfants (Akoto, 1990 ; Ntsame, 1999). Les femmes de

confession chrétienne recourent plus à la médecine occidentale que leurs homologues musulmans (Noumbissi, 1996 et Akoto, 1993).

Ces mêmes constats ont été faits par Adama (2007), quand il démontre qu'au Tchad, les enfants dont les mères pratiquent la religion chrétienne et ceux dont les mères pratiquent d'autres religions sont les plus favorisés sur le plan nutritionnel avec des proportions respectives de malnutrition de 23,9% et 27%. En revanche, chez les mères musulmanes, on constate une proportion importante d'enfants malnutris (44%). En Guinée, l'état nutritionnel des enfants des chrétiens est meilleur que celui des enfants issus des parents musulmans (EDSG, 2000). Selon Ntsame (1999), en Côte d'Ivoire, les enfants nés des parents chrétiens présentent un meilleur état nutritionnel que ceux des parents musulmans. Cet avantage des chrétiens sur les musulmans proviendrait de leur niveau d'instruction élevé (Noumbissi, 1996). L'instruction permet aux femmes de s'adapter au monde moderne, de rompre avec certaines pratiques traditionnelles néfastes à la nutrition des enfants, et d'être sensibilisées au problème d'hygiène alimentaire (Akoto, 1993).

2.5.5. Comportements nutritionnels et sanitaires des mères

Le contexte de résidence, les facteurs socio-économiques et socioculturels agissent sur la malnutrition par l'intermédiaire des comportements des mères en matière de nutrition et de soins appelés encore variables intermédiaires. Parmi ces variables, on cite généralement le mode et la durée de l'allaitement, l'âge au sevrage et aliments de complément, les soins préventifs, les sources d'approvisionnement en eau de boisson et les infections. (Dackam, 1990).

2.5.6. Soins préventifs

En Afrique subsaharienne, les enfants reçoivent en moyenne peu de soins préventifs. C'est généralement lorsque l'enfant est malade que les mères recourent aux services de santé. Or, il existe dans tous ces pays, des Programmes de Protection Nutritionnelle et Sanitaire (PPNS) ou des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) où ont lieu des consultations prénatales et postnatales. Lors des visites, certaines affections peuvent être dépistées et ainsi être traitées avant leur complication. C'est lors de ces visites qu'on peut aussi s'assurer de l'immunité de la future mère et fournir des suppléments alimentaires aux femmes présentant des signes de malnutrition. La surveillance médicale de la grossesse, de l'accouchement et du nouveau-né détermine les chances d'une meilleure croissance de l'enfant. Une carence de la future mère en vitamine A et en fer par exemple prédispose à une

anémie ferriprive qui aura des répercussions négatives sur le fœtus et par la suite sur son état nutritionnel. (UNICEF, 1986)

Le nouveau-né est doué d'une immunité contre plusieurs maladies, dont il a hérité de sa mère. Cependant, en raison du caractère éphémère de cette immunité passive, il est important que l'enfant bénéficie d'une immunité active par le biais de la vaccination afin de faire face aux maladies infectieuses les plus communes. Grenier et Gold (1996) soulignent qu'à la naissance, le taux d'anticorps de l'enfant est égal à celui de la mère. Cependant, l'étude de Letonturier (1996) a montré que l'effet protecteur de l'allaitement maternel diminue rapidement à partir du quatrième mois après la naissance. L'organisme de l'enfant doit sécréter lui-même ses anticorps pour assurer son immunité (Letonturier, 1996).

Pour assurer ce processus au niveau de l'enfant, l'OMS recommande de lui administrer les vaccins nécessaires à sa protection contre les principales maladies qui sévissent dans le milieu environnant. L'inoculation de ces vaccins permet à l'enfant de faire face aux maladies infectieuses, notamment durant la période de sevrage. Par ailleurs, selon Dackam (1990), les consultations prénatales ne sont pas fréquentes en Afrique et varient selon la culture des individus, les couches sociales et la région de résidence. Harouna (1998), quant à lui stipule que la vaccination permet non seulement de lutter contre les maladies à travers la stimulation de la production des anticorps mais aussi de protéger l'enfant, si possible contre les infections en augmentant ses capacités de défense préventive contre les germes. Le nombre et la dose des vaccins combinés aux facteurs de prévention tels que le suivi régulier de la grossesse, l'accouchement dans des centres de santé et des visites postnatales permettent de maîtriser, sinon de diminuer l'importance de la part de la malnutrition chez les enfants (UNICEF, 1998).

2.5.7. Durée et mode de l'allaitement

Deux modes d'allaitement possibles : l'allaitement maternel ou au sein et l'allaitement artificiel ou au biberon. Selon la déclaration universelle de l'UNICEF (2006), toute femme qui donne naissance, a l'obligation de nourrir son enfant au sein, de même que chaque enfant qui naît a droit au lait maternel. L'allaitement maternel a des avantages sur l'allaitement artificiel (Van Der Pol, 1988), car le lait maternel contient une gamme complète de nutriments indispensables aux nourrissons. Pour Dackam (1990), le lait maternel est un filet de sécurité naturel qui préserve l'enfant des maladies infectieuses et parasitaires pendant les six premiers mois de vie. De par sa valeur nutritionnelle, ses propriétés anti-infectieuses, ses qualités hygiéniques et ses aspects psychoaffectifs, l'allaitement maternel constitue le régime optimal du jeune enfant (Akre, 1989 ; Cornu et al, 1991).

Dans le même ordre d'idée, Akoto et Hill (1988) postulent qu'un allaitement maternel complet de l'enfant réduit son risque de contamination, augmente sa capacité de résistance aux agressions microbiennes et lui assure un bon état nutritionnel jusque vers six mois. Pour Diallo (1999), le lait maternel a des propriétés particulières puisqu'il est stérile et parce qu'il transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires à l'enfant pendant les premiers mois d'existence. Il permet également d'éviter les déficiences nutritionnelles et de limiter la prévalence de la diarrhée et d'autres formes de maladies. Le lait maternel est le seul aliment réellement adapté aux besoins du nouveau-né et du nourrisson pendant les premiers mois de la vie. Il apporte sous une forme appropriée, des glucides, des protéines, des lipides, des minéraux et la plupart des vitamines nécessaires au développement du bébé. Selon l'UNICEF (1985).

Un enfant qui naît dans un foyer pauvre et qui est nourri exclusivement au sein pendant le premier semestre de sa vie, par une mère ayant un bon état nutritionnel, est susceptible de se développer aussi sainement et harmonieusement qu'un enfant né dans une famille aisée. Ainsi, le fait de nourrir les enfants exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie, contribue à réduire les différences existant sur le plan de la santé entre enfant nés en milieu pauvre et ceux qui ont vu le jour dans un foyer riche. D'autre part, l'allaitement artificiel par son coût n'est pas toujours à la portée de toutes les couches sociales. Ainsi, le biberon n'est pas recommandé par l'OMS parce que des conditions d'hygiène inadéquates au cours de son utilisation font courir à l'enfant des risques de contamination par des agents pathogènes. Par exemple, l'eau qu'on utilise pour la préparation du biberon est généralement de mauvaise qualité, le biberon lui-même est non stérilisé et la nourriture proprement dite est rarement bien conservée du fait de l'ignorance et du statut économique différentiel des populations. Cela augmente les risques liés à l'état nutritionnel des enfants. Le rapport sur la situation des enfants dans le monde note à ce propos que les mères de communautés pauvres sont souvent dépourvues de revenus pouvant leur permettre d'acheter suffisamment de lait en poudre et ne disposant pas d'eau potable pour la préparation du biberon, ni de matériel nécessaire pour le stériliser, ni de connaissances suffisantes pour le mode d'emploi. L'UNICEF (2006).

Le déclin massif de l'allaitement maternel dans les pays pauvres aura donc pour conséquence la malnutrition des milliers d'autres nouveaux nés (UNICEF, 1985). Il ressort de toutes ses études que l'allaitement artificiel exclusif serait néfaste pour le nouveau-né. Beaucoup de femmes refusent d'allaiter immédiatement leurs enfants à cause de la couleur jaunâtre du premier lait appelé colostrum que les seins secrètent juste après la naissance. Des

études ont pourtant montré que le colostrum est hautement bénéfique pour le nourrisson du fait qu'il fournit des éléments qui constituent la première immunisation de l'enfant. De la naissance jusqu'à l'âge de six mois, le lait maternel suffit largement pour nourrir l'enfant. Le lait maternel ne nécessite aucune préparation et il est sain. Sa composition évolue avec le temps, en fonction de l'évolution de l'enfant. A partir de 6 mois, le lait maternel ne suffit plus à couvrir les besoins de l'enfant. (Latham, 2001).

2.5.8. Age au sevrage et aliments de complément

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. Selon Akoto (1985), 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. Selon Harouna (1998), l'alimentation de complément doit comprendre les œufs, les farines, les viandes, les légumes, des aliments solides. Lorsque le régime de l'enfant n'est pas riche et ne répond pas aux besoins de l'organisme, des signes de carences nutritionnelles peuvent apparaître, l'exposant à de risques d'infections. Cependant, il n'y a pas que le sevrage total qui soit important, le sevrage partiel l'est déjà également à divers titres (Akoto et Hill, 1988). Ils 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. 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. Des pratiques de sevrage inappropriées sont le plus souvent le facteur le plus important de la malnutrition infantile. Grenier (1987)

Ce facteur est complexe parce qu'il dépend des aspects comportementaux, économiques et socioculturels particuliers à chaque collectivité (Hendratta, 1987). 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. 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 protéine-énergétique et des maladies nutritionnelles graves (Bougma, 2007).

2.5.8. Infections comme facteurs de malnutrition

Dans la plupart des pays en développement, les maladies infectieuses jouent un rôle non négligeable dans la recherche des causes de la malnutrition. En effet, plusieurs études ont mis en lumière la relation qui existe entre malnutrition et infection. Selon l'UNICEF (1986), la fréquence de ces dernières est une cause de la malnutrition aussi importante que le manque de nourriture. Dans le même ordre d'idée, les infections aggravent la malnutrition et une mauvaise nutrition accentue la gravité des maladies infectieuses (Latham, 2001). A l'exception du lait maternel, l'alimentation du nourrisson entraîne souvent de problèmes de santé graves en cas d'absence d'hygiène ; certaines gastro-entérites ou diarrhées sont dues à la préparation d'aliments avec de l'eau non potable, à la mauvaise conservation de ces aliments, un environnement domestique insalubre ou encore à l'absence d'équipement adapté pour le nettoyage du biberon, etc. Il s'agit en effet d'une interaction. Une étude de la FAO (1999).

Montre que chez un sujet souffrant de la malnutrition, certains mécanismes de défense naturelle de l'organisme sont altérés et ne fonctionnent pas correctement. Par exemple, un enfant souffrant de la malnutrition protéique a une réaction immunitaire défectueuse lorsqu'on lui inocule le vaccin contre la fièvre jaune. Cette étude constate que les enfants souffrant de la malnutrition sont moins aptes à se défendre contre les infections. Certains auteurs parlent de cycle de malnutrition et infection qu'ils expliquent par le fait que dans les pays en développement, surtout dans les familles pauvres, les enfants qui ne reçoivent pas de nourriture de qualité et en quantité suffisantes, perdent du poids, leur croissance ralentira ; et en cas d'infection, leur état favorisera des épisodes plus longs, plus graves et plus fréquents de la maladie (Latham, 2001).

Des études sur la morbidité chez les enfants ont montré que les infections diarrhéiques jouent un rôle important sur la genèse de la malnutrition (Akre, 1989 ; Garenne, 2000 ; Banza-Nsungu, 2004). L'UNICEF (2004) communique que le tiers des cas de malnutrition est dû au paludisme dans les régions d'Afrique. La diarrhée se présente souvent comme une complication de la rougeole renforçant ainsi le cercle vicieux malnutrition-infection, notamment chez les enfants dans les pays en développement (Ngo Nsoa, 2001). Selon l'OMS (2001), plusieurs études faites en milieu hospitalier confirment l'étroite relation entre la malnutrition et les infections telles que les diarrhées, les parasitoses intestinales, les maladies respiratoires, la rougeole et le sida même si l'état nutritionnel de l'enfant avant la maladie est mal connu. Ces études ont révélé que le risque de décès par rougeole, paludisme ou par d'autres infections graves augmente lorsqu'un enfant de moins de cinq ans présente un mauvais état nutritionnel au moment de l'hospitalisation. Dans ce cas, la malnutrition joue le

rôle de facteur associé. Toutes ces maladies infectieuses sont les principaux déterminants de la malnutrition chronique et aigue dans les sociétés ne souffrant pas de déficit alimentaire persistant ou de la famine (Mata, 1983).

2.5.9. Source d'approvisionnement en eau de boisson

La baisse de la mortalité des enfants est fonction de la mise en place de programmes d'approvisionnement en eau potable. Il existe un lien entre la qualité de l'eau utilisée pour la boisson et la santé, surtout en ce qui concerne la santé des enfants sujets à des affections d'origine parasitaires et infectieuses. Ainsi, le mode de stockage de l'eau dans certains récipients comme laalebasse est un risque également pour la santé de l'enfant. Dès lors, la qualité de l'eau que la mère donne à son enfant, le protège contre toutes maladies diarrhéiques et par conséquent améliore sa chance de survie (Mudubu, 1996). Ceci montre comment l'usage de l'eau potable dans l'alimentation de l'enfant est important, l'accès à une eau potable et abondante serait plus important pour la santé de l'enfant que l'existence d'un grand hôpital moderne. . Pour Akoto et Hill (1988).

Les caractéristiques démographiques de la mère et de l'enfant comportent également un certain nombre de variables qui influencent la malnutrition des enfants. Il s'agit de l'âge de la mère à l'accouchement, de l'intervalle inter gènesique, du rang de naissance de l'enfant, de son âge et de son sexe.

2.5.10. Age de la mère à l'accouchement

Lorsque l'on s'intéresse aux liens pouvant exister entre l'âge de la mère à la naissance des enfants et l'état nutritionnel de ceux-ci, on se rend compte qu'il s'avère déterminant. Ces liens s'expliquent par le fait que les femmes ont des comportements nutritionnels qui diffèrent selon leur âge. Plusieurs auteurs se sont penchés sur la question et ont mis en exergue cette influence. En effet, Akoto et Hill (1988), attestent que le risque de malnutrition des enfants nés de mères âgées de moins de vingt ans ou de plus de trente-cinq ans, est relativement plus élevé que celui des enfants dont les mères ont un âge intermédiaire. Quant, le risque de malnutrition est relativement plus élevé chez des enfants nés des mères âgées de moins de 20 ans que chez ceux dont les mères sont âgées de plus de 20 ans. Ntsame (1999).

Toutefois, renchérissement en affirmant que les enfants de mères très jeunes ou âgées sont beaucoup plus exposés à un retard de croissance prénatale et à une mortalité élevée. Les raisons peuvent se situer tant au niveau physiologique qu'au niveau comportemental. Les jeunes mères n'ayant pas encore atteint la maturité biologique, leur système reproductif n'est pas bien formé pour recevoir le futur bébé. Ces femmes sont souvent confrontées à des

problèmes d'accouchement. Cette situation conduit ces femmes à faire des fausses couches ou à donner naissance à un enfant qui présente une insuffisance pondérale. Autrement dit, la précocité de la maternité aboutit à la naissance des enfants de faibles poids et exigent des soins particuliers. Penders et al. (1997).

De même, l'âge de la mère à l'accouchement peut se manifester par des comportements non appropriés en matière de soins de santé et de nutrition des enfants. Les jeunes femmes ont tendance à négliger les soins prénatals, ce qui compromet la santé des enfants et les expose au risque de la synergie infection-malnutrition. Il faut noter aussi que les femmes âgées de 35 ans et plus, étant fatiguées sur le plan physiologique en raison du nombre élevé de maternité, leur état confère à l'enfant une constitution fragile qui l'expose à la malnutrition par le biais de certaines infections. Abordant dans le même sens, Rakotondrabe (1996), souligne que les femmes d'âge supérieur ou égal à 35 ans courent divers risques liés au syndrome d'épuisement. (Legrand, Mbacke, 1992 cités par Rakotondrabe, 2004).

2.6. Age de l'enfant

Pour toute étude en démographie, l'âge constitue une variable cruciale et pertinente. Ainsi, pour l'étude de la malnutrition, plusieurs auteurs ont mis en exergue la relation entre l'âge de l'enfant et les risques de malnutrition et de mortalité. L'âge de l'enfant est une variable déterminante de son état nutritionnel (Ntsame, 2000). En Afrique subsaharienne, un grand nombre de décès surviennent entre 1 et 3 ans en raison de la rougeole et de la malnutrition qui surviennent rapidement après le sevrage de l'enfant (Akoto, Hill, 1988). L'enfance est donc caractérisée par des maladies infectieuses et par l'apparition des malformations congénitales. Il apparaît que durant le premier mois de vie, les décès d'enfants sont liés aux causes biologiques ou aux accidents à l'accouchement dus en grande partie au comportement de la mère pendant la grossesse. Mais au-delà d'un mois, l'influence du monde extérieur se fait ressentir. Dosithée, (2001).

Dans le même ordre d'idées, Akoto et Hill (1988), montrent qu'entre 1 et 6 mois, l'allaitement au sein est un facteur crucial pour la santé de l'enfant, surtout dans un contexte de pauvreté comme celui de l'Afrique au sud du Sahara. Les enfants allaités uniquement au sein bénéficient des anticorps de leur mère qui leur permettent de résister contre des agressions extérieures. Au fur et à mesure que l'enfant évolue en âge, l'immunité acquise grâce au lait maternel diminue, et les problèmes nutritionnels deviennent un risque important, compte tenu du sevrage (Ntsame, 1999). Au-delà du 6ème mois, l'organisme de l'enfant exige une alimentation riche et variée que le lait maternel ne peut lui offrir. Lorsque l'apport

calorique ou l'équilibre nutritionnel n'est pas conforme aux besoins de son organisme, il court le risque de souffrir de malnutrition (Harouna, 1998). Par exemple en RCA, la prévalence de la malnutrition passe de 13,4% chez les enfants de moins de 6 mois à 30,4% chez les enfants de 6 à 11 mois (Litte- Ngounde, 2007). Au Cameroun, la proportion d'enfants accusant un retard de croissance augmente rapidement et régulièrement avec l'âge. De 4% à moins de six mois, cette proportion passe à 14% entre 6 et 12 mois et atteint un maximum de 29% entre 12 et 23 mois (Bakenda, 2004).

Des résultats similaires ont été obtenus également en Côte d'Ivoire avec l'enquête sur la fécondité réalisée en 1994. En effet, l'état nutritionnel est précaire chez les enfants de 6 à 24 mois environ. La sous-alimentation chronique passe de 6% chez les moins de 6 mois à 13% chez les enfants âgés de 6 à 11 mois. Le Burkina Faso n'est pas du reste, la proportion d'enfant souffrant de retard de croissance passe de 7% à moins de 6 mois pour atteindre plus de 40% à partir d'un an. Il ressort de tout ce constat que l'âge est une variable déterminante de l'état nutritionnel des enfants..

2.6.1. Sexe de l'enfant

En Afrique, la préférence en matière de sexe des enfants varie en fonction des sociétés. Ainsi, on note une différence de vulnérabilité des filles et des garçons devant la maladie et la mort. Selon Dackam (1990), dans les sociétés où l'on accorde la préférence aux enfants de sexe masculin, le sexe de l'enfant joue un rôle important sur son état nutritionnel. Dans de pareille situation, on note un fort taux de malnutrition chez les filles par rapport aux garçons. Des études ont montré que les garçons reçoivent de la nourriture plus riche en substances nutritives que les filles et que les mères dépensent plus dans les soins médicaux pour les garçons que pour les filles (Das Gupta, 1990).

En général, l'attention des parents tournent plus vers les garçons qui seront plus tard les premiers responsables de la sécurité, du bien-être familial et les garants des vieux jours des parents, contrairement aux jeunes filles qui, à l'âge adulte ne contribuent que faiblement aux revenus du ménage (Caldwell 1986). Ce comportement de la société à l'égard des filles et garçons expliquent les différences de niveau de la malnutrition des enfants dans certaines régions du monde et pourrait être à l'origine de la surmortalité féminine que révèlent certaines études (Rakotondrabe, 1996).

Si les discriminations sexuelles en matière de nutrition existent en Afrique subsaharienne, elles sont cependant faibles en milieu urbain en général (Banza, 2004). Par ailleurs, d'un point de vue biologique, il semblerait que les nouveau-nés masculins bénéficient

d'un niveau d'immunité passive inférieur à celui des filles, d'où leur vulnérabilité aux maladies infectieuses en général (Barbieri, 1991). Plusieurs études ont également révélés des résultats dans ce sens. Les données sur l'état nutritionnel des enfants en Centrafrique montrent que 25,2% des garçons souffrent de la malnutrition contre 23% des filles (Litte-Ngounde, 2007).

De même, au Burkina-Faso, la proportion d'enfants touchés par la malnutrition est légèrement plus élevée pour le sexe masculin que pour le sexe féminin. Des études ont montré qu'en Côte d'Ivoire, selon les données de MICS-2006, les jeunes filles ont 25% moins de risques d'être malnutries que les garçons.

2.6.2. Rang de naissance

Le rang de naissance est une variable déterminante en matière de morbidité et de mortalité des enfants en Afrique (Rakotondrabe, 1996) ; (Sene, 2004). Plusieurs études réalisées à partir des données de l'enquête mondiale sur la fécondité dans divers pays d'Afrique ont permis de saisir cette variable, qui est étroitement liée à l'âge de la mère de l'enfant. Les grossesses précoces peuvent entraîner une carence ou une déficience physiologique de la mère et par conséquent une insuffisance pondérale à la naissance difficile à récupérer. Elles peuvent aussi entraîner une prématurité des enfants qui est l'une des principales causes de la malnutrition (Akoto, Hill, 1988). Les enfants de 1er rang naissent au moment où leurs mères sont encore immatures et ignorent encore les pratiques de soins à apporter aux nouveaux nés et aussi certaines exigences nutritionnelles des enfants. Selon l'UNICEF (1986),

Du coup, en résulte une insuffisance pondérale liée aux problèmes nutritionnels que peuvent présenter ces enquêtes (Mudubu, Rakotondrabe, 1996). De même, les enfants de rang élevé, bénéficient généralement de soins de moindre qualité, l'attention de la mère diminuant considérablement au fur et à mesure que le rang de l'enfant augmente. Cette diminution provient de surcroît de la charge occasionnée généralement par une famille nombreuse (Masuy, 1987). En effet, un nombre élevé d'enfants provoque une compétition entre frères et sœurs qui se manifestent non seulement sur le temps disponible à la mère pour s'occuper de chacun de ses enfants, mais aussi sur la qualité des aliments attribués à chacun d'eux, surtout dans les familles où il n'y a pas suffisamment de ressources économiques. On pourrait aussi observer une carence nutritionnelle chez les enfants derniers-nés (Rakotondrabe, 2004).

2.6.3. Intervalle inter génésique

Par ailleurs, l'intervalle entre les naissances influence l'état nutritionnel des enfants. En effet, plusieurs auteurs ont mis en exergue cette relation. Selon Akoto et Hill (1988), l'intervalle inter génésique est inversement associé à la malnutrition : plus l'intervalle inter génésique est court (moins de 2 ans), plus l'état nutritionnel des enfants est précaire. Ainsi donc, le rapprochement des grossesses et l'allaitement peuvent avoir un impact négatif sur la santé des enfants (Barbieri, 1991). Penders et al. (1997), pensent qu'un espacement des naissances trop court augmente le risque de la mortalité et retarde la croissance chez les enfants ainsi que chez leurs frères et sœurs, à travers un retard de croissance prénatale et une cessation précoce de l'allaitement maternel. Mudubu (1996) de son côté pense que l'influence de l'intervalle inter génésique sur la morbidité des enfants se réalise à travers l'épuisement du sein maternel et la concurrence entre frères et sœurs en matière d'alimentation et de soins de santé des enfants. Se basant sur des raisons culturelles, Dackam (1987) a montré que lorsque l'intervalle entre l'enfant sur lequel porte l'étude et celui qui vient après est court, alors l'enfant est souvent mis au sevrage précoce du fait des tabous qui associent la reprise des relations sexuelles à la qualité du lait maternel donné à l'enfant. Celui-ci est alors privé du bon lait maternel donné aux nourrissons au cours des premiers mois de vie et qui leur assure une certaine protection contre les maladies infectieuses et diarrhéiques. En effet, le lait maternel donné à l'enfant après la reprise des rapports sexuels est considéré comme sale, « impur ». L'espacement des naissances pourrait être une méthode efficace de réduction de la mortalité des enfants surtout là où la prévalence de la malnutrition est élevée. La revue de la littérature nous a permis de faire le point sur les résultats des recherches antérieures sur la malnutrition des enfants. Il en ressort que l'influence des différents facteurs sur l'état nutritionnel peut différer, non seulement d'un facteur (ou groupe de facteurs)   un autre, mais aussi d'un contexte à un autre. C'est pourquoi, dans le cas spécifique du Cameroun..

2.6.4. Conséquences de la malnutrition des enfants

Les conséquences de la malnutrition des enfants sont multiples tant au plan individuel que national : baisse de la protection immunitaire face aux maladies, diminution de la capacité intellectuel de l'enfant entrainant des échecs scolaires, faiblesse du cout bénéfique des soins de santé, et réduction de la productivité. Sur le plan démographique, la persistance d'un niveau élevé de mortalité infanto-juvénile due en grande partie à la malnutrition des enfants, contribue à maintenir une espérance de vie à la naissance de basse dans les pays en développement et réduit les efforts en matière de politique de la population visant la maitrise

de la fécondité par la résistance des parents à la planification familiale eu égard aux risques élevés de décès des enfants. Aussi, les déficiences de capacités intellectuelles réduisent les performances scolaires en termes de taux de transition, de réussite ou d'achèvement de cycle d'études D'après Unicef (1998, pages 15). « On estime que les carences en vitamine et en minéraux coutent à certains pays l'équivalent de plus de 5% de leur produit national brut en vies perdues, en incapacités et en diminution de productivité ». (UNICEF1998, P15).

2.6.5. Conséquences cliniques de la malnutrition aiguë sévère

Sur le plan pathologique ou clinique, les enfants infectés par la malnutrition aiguë sévère sont ceux dont le poids est 70% inférieur au poids escompté pour leur taille en comparaison avec la population mondiale de référence avec z-score inférieur de 3 à la médiane. Les enfants peuvent ainsi à ce stade être œdémateux comme en état de kwashiorkor ou marasme-kwashiorkor ou non-œdémateux comme ayant le marasme. Les symptômes et les signes courants du marasme et de la kwashiorkor, manifestation visibles de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant affectés sont (Fédéral Ministry of Health of Sunan 2014) :

- **Marasme** est le type commun de pathologie qui affecte les enfants sous-nourris âgés de 1-4ans ; toutefois il peut apparaître chez les enfants un peu plus âgés ou chez les adultes. Marasme et kwashiorkor (forme mixte) sont les aspects mixtes de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants.
- **Symptômes** du marasme sont un enfant misérable, malade et maigre. Le principal signe est l'état sévère généralisé de l'atrophie des muscles de la cuisse, des fesses, des bras et des épaules. L'enfant concerné est très mince (la peau et les os) et présente un retard de croissance. L'apathie se reflète dans la perte d'intérêt dans le monde environnant du patient. (Manary & Solomos, 2004)
- **Signes associés sont :**
 - une mince, ou fine face d'un vieil homme chez l'enfant ;
 - un « Baquet pantalon » (la peau des fesses qui pend en-dessous) ;
 - Les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère peuvent donner l'impression d'être alertes en dépit de leur état.
- **Kwashiorkor**
Les signes les fréquents sont :
 - Des changements des cheveux : en raison de la présence de différentes couleurs dans la tige du cheveu allant même de couleur jaune, jusqu'à la couleur blanche ;
 - Des lésions sur la peau et une hypo ou hyperpigmentation des zones ;

- Une pâleur : l'anémie est souvent présente, principalement en fer, en acide folique ou les deux ;
- Des signes détectés par voies orale de carences en vitamine multiples telles que la stomatite angulaire, célosies et langue lisse ;
- Des signes des yeux : xérose conjonctivale (spot de bitot).

Les signes courants sont :

Les œdèmes commencent généralement à partir des jambes et des pieds et se diffusent dans les cas plus avancés, sur les mains et le visage. L'œdème peut être détecté par des pressions modérées pendant une minute avec le pouce sur l'extrémité inférieure du tibia et la face dorsale du pied. A cause des œdèmes, certains enfants ayant des kwashiorkors peuvent sembler « gras » et, de ce fait, être considérées comme bien nourris par leurs parents ;

- un muscle tellement maigre qu'il apparait bien en évidence sur les côtés intérieurs de la cuisse, les fesses, les épaules et les bras ;
- Une perte d'intérêt pour le monde environnant.

Dans le manifeste de lutte contre la malnutrition. Fontaine mentionne : « une maladie peut souvent entraîner une autre. Il est aussi fréquent que la dénutrition complique une maladie préexistante. Celle-ci est Schroeder et guérissable, la dénutrition va ralentir la guérison. Elle est handicapante, la dénutrition va alourdir le handicap. Si elle est incurable, la dénutrition va accélérer l'évolution fatale. Les conséquences (de la dénutrition) sont alors multiples : arrêt de croissance chez les enfants, augmentation du risque d'infection, de fractures, des troubles psychologiques, pertes d'autonomies, perturbation de l'équilibre, dégradation du tube digestif, du système respiratoire, de la santé bucco-dentaire, de la qualité de vie, et à l'extrême, le décès » (CLCD, 2016, p 12-13).

2.6.6. Conséquences de la malnutrition sur la vie des enfants

La principale conséquence de la malnutrition est l'augmentation du risque de décès des enfants comme l'ont mis en exergue (Mosley-WH, 1981) et (Chen-LC, 1981) d'après leurs études réalisées au Bangladesh : respectivement 38% et 45% des décès des enfants sont associés à la malnutrition. L'étude publiée par le centre médical de recherche Britannique dénommé The Lancet en 2008 (Black et al, 2008, page 1) avait révélé que « la malnutrition maternelle et infantile est la cause sous-jacente de 3,5 millions de décès et de 35% de morbidité chez les enfants moins de cinq ans par an dans le monde ». Selon une étude menée par Schroeder et Brown en 1994, « les enfants âgés de 6 à 59 mois affectés par l'insuffisance

pondérale courent 2,2 fois plus de risque de mourir au cours de la période de suivi en comparaison avec les enfants bien nourris. Les enfants du groupe d'âges similaire souffrant de la malnutrition sévère aigüe courent 6,8 fois plus de risque de mourir comparativement aux enfants bien nourris. Au moins 2,3 millions de décès annuels qui surviennent chez les enfants âgés de 6 à 59 mois dans les pays en développement (soit 41% des décès des enfants de ce groupe d'âges) sont associés avec la malnutrition. » (Schroeder & Brown, 1994, p 576).

L'aggravation du risque de décès des enfants liée à la malnutrition serait due à un affaiblissement système immunitaire de l'enfant qui accroît sa vulnérabilité aux maladies infectieuses. L'étude publiée par *the Lancet* en 2008 met en exergue le fait que la sous-nutrition des enfants augmente leur risque de décès à cause des maladies infectieuses (telles que la diarrhée, la pneumonie (infections respiratoire aiguë), la rougeole, le paludisme ou le VIH /sida. (Peletier & al, 1993).

2.6.7. Conséquences de la malnutrition sur le développement de l'enfant

La malnutrition (incluant le déficit en vitamine A et la carence en iode) entraîne également le retard du développement mental, des faiblesses de productivité physique et intellectuelle dans la phase adulte (Strauss & Thomas, 1998). Une étude réalisée en 2011 au Burkina Faso sur l'impact de la malnutrition en milieu scolaire (Modon, 2011). a montré que les signes de carence nutritionnelle sont répandus et prédominent encore chez les écoliers du milieu urbain, mais aussi que la fréquence des marqueurs de risques cardio-métaboliques n'est pas négligeable. Une étude publiée en 2012 par Christa et Walker, basée sur une méta-analyse de quatre études pédiatriques portant sur les enfants de moins de deux (2) ans, réalisée au Brésil, Guatemala, Philippines, et Pérou n'a cependant pas permis d'établir une association significative entre la diarrhée et la perte cognitive des enfants (Christa & Walker, 2012).

2.6.8. Conséquences de la malnutrition sur la vie économique

Les pertes économiques liées aux faiblesses de productivité et les dépenses inhérentes aux soins de santé constituent également des conséquences non négligeables de la malnutrition au niveau micro et macro comme le souligne le rapport global nutrition 2016 (IIRPA, 2016).

L'étude réalisée par Horton et Steckel en 2013, a relevé qu'au plan mondial, les pertes annuelles économiques liées à la malnutrition étaient estimées à 6% de produit national brut et

que ces pertes étaient très élevées dans les pays d'Afrique et d'Asie de l'ordre de 11% (Horton et Steckel, 2013).

Les pertes économiques occasionnées par la sous-nutrition des enfants sont les effets à long terme de faibles scores de développement cognitif au plan scolaire de l'enfant qui les rendent moins productifs à l'âge adulte comme l'ont mentionné des études empiriques contemporaines. L'être humain est considéré comme un capital important de production et qu'à ce titre sa capacité physique et mental/intellectuelle entretenus par une bonne nutrition représente une force motrice pour le développement économique du pays. A ce titre en se basant sur une étude longitudinale réalisée au Guatemala sur le retard de croissance durant les 1000 premiers jours, Honddinot & al, 2013 p 10-11) ont constaté qu' « un individu, ayant connu un retard de croissance à l'âge de 36 mois s'est retrouvé à l'âge adulte avec un niveau de dépenses de consommation par habitant inférieure de 66%. Il s'agit d'une mesure directe du cout économiques de retard de croissance ». Aussi, « en utilisant des hypothèses sur l'augmentation du revenu (11%) en raison de la prévention d'un tiers de retards de croissance et sur le taux d'actualisation des flux d'avantages sociaux futures (5%), nous trouvons les estimations moyennes des couts avantages entre 3,8 en République Démocratique du Congo et 34,1 en Inde. Le rapport bénéfice cout médian est de 18 Bangladesh » (Hoddinot & al, 2013).

Dans les pays pauvres en Afrique au Sud du Sahara, les enfants paient le double prix de la pauvreté de leurs parents et de la sous-nutrition des enfants qui entretiennent des faibles performances ou abandons scolaires créant les cercles vicieux de la pauvreté intergénérationnelle, du sous-développement communautaire et de pertes de richesses nationales. (Grantham & Powel, 2013).

2.6.9. Effets néfastes de la malnutrition sur l'organisme de l'enfant

Les maladies infectieuses sévères telles que rougeole, diarrhée, pneumonie, paludisme, la malnutrition et méningites, très fréquentes chez les enfants en 'Afrique et au Cameroun constituent les causes immédiates de la malnutrition aiguë sévère (maigreur excessive) qui, à long terme, entraîne un retard de croissance voire le décès de l'enfant.

Les maladies diarrhéiques sont de loin les plus néfastes sur l'état nutritionnel des enfants avec des conséquences importantes pour la malnutrition aiguë variant de 52 % à 70 % pour les deux pays les plus affectés par la malnutrition des enfants que sont le Niger et l'Éthiopie ainsi que des risques très significatifs variant de 32 % en Éthiopie à 52 % au Niger, 16 % au Burkina Faso et au Sénégal, et 10 % au Ghana et 28% au Cameroun concernant

l'insuffisance pondérale. Ce résultat concernant l'effet très négatif de la diarrhée corrobore ceux de neuf études de cas longitudinales et qui a mis en exergue le facteur déterminant de la maladie diarrhéique sur la multiplication des risques de sous-nutrition des enfants avant 24 mois avec 25 % de risque de retard de croissance attribuable à la mortalité de l'enfant. Les pneumonies, ou infections respiratoires aiguës, augmentent également les risques de malnutrition des enfants de moins de cinq ans concernant les trois indicateurs nutritionnels, à savoir le retard de croissance, l'insuffisance pondérale et le rachitisme à de degrés divers selon les pays. Les efforts de prévention des maladies infantiles par vaccination, notamment pour la rougeole (maladie très fréquente et très mortelle chez les enfants de moins de 15 ans), constituent des facteurs importants pour la réduction des risques de malnutrition structurelle ou conjoncturelle. Les résultats relèvent que les enfants non vaccinés contre la rougeole ont des risques aggravés d'insuffisance pondérale d'au moins 20% et de rachitisme (Mbya & al, 2010).

CHAPITRE III : APPROCHE THEORIQUE ET CONCEPTUELLE

La première démarche d'un sociologue doit consister à définir les choses dont il traite afin que l'on sache et qu'il sache bien de quoi il est question. C'est la première et la plus indispensable condition de toute preuve et de toute vérification : une théorie, en effet, ne peut être contrôlée que si l'on sait reconnaître les faits dont elle doit rendre compte. (Durkheim 1986 : p 34). Car dans ce chapitre nous allons tout d'abord expliquer les approches définitionnelle, les théories explicatives afin d'aborder les institutions notamment les ONG nationales, Internationales, les Associations et l'Etat dans la lutte contre la malnutrition des enfants.

Cette exigence méthodologique nous amène à définir dans la présente étude les concepts, malnutrition, Dispositifs communautaire, communauté, enfant, afin d'éviter tout obstacle épistémologique.

3.1. Définition des concepts clés

3.1.1. Malnutrition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2012), « la malnutrition est définie comme un état pathologique résultant de la carence ou de l'excès, relatif ou absolu, d'un ou plusieurs nutriments essentiels, que cet état se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques ou physiologiques. Il faut distinguer quatre formes : sous-alimentation, carences spécifiques, suralimentation et déséquilibre nutritionnel.» (Derrick, 1969, p 8).

D'après l'UNICEF (1998), « la malnutrition est en général le fruit de l'association d'un apport alimentaire inadéquat et d'une infection. Chez les enfants, la malnutrition est synonyme de troubles de la croissance, les enfants mal nourris étant plus petits et plus légers que ne le voudrait leur âge » (Unicef, 1998, p 14).

Le Programme Alimentaire Mondial (PAM 2005) définit la malnutrition comme « un état dans lequel la fonction physique d'un individu est altérée au point où il ou elle ne peut plus maintenir un processus adéquat de performances corporelles comme la croissance, grossesse, allaitement, travail physique, résister et/ou guérir de la maladie » (Cdc et Pam, 2005, p 15).

D'après Dr Eric Fontaine⁶, « la dénutrition résulte d'un déficit énergétique et protéique de l'organisme, causé soit par une insuffisance des apports alimentaires, soit par une augmentation des pertes, soit par une association de ces deux causes. Ce n'est pas à proprement parler une maladie, mais un syndrome, c'est-à-dire une combinaison de facteurs qui vont concourir à la dégradation de l'état général » (Dr Fontaine, CLCD, 2016, page 11). Dr Eric Fontaine est Président de la Société francophone nutrition clinique et métabolique (SFNEP), médecin responsable de l'Unité de nutrition artificielle du CHU de Grenoble (38), fondateur du Collectif de Lutte Contre la Dénutrition (CLCD) en France.

Cette Traduction en Français : 'La nutrition est l'étude des aliments et la façon dont notre corps utilise. Il s'intéresse au comment la nourriture est produite, traitée, manipulée, vendue, préparée, partagée et mangée, et avec ce qui se passe à la nourriture dans le corps – comment elle est digérée, absorbée et utilisée''.

Dans leur ouvrage très pratique pour les travailleurs nutritionnels, Felicity Savage King et Ann Burgess définissent la **Nutrition** comme suit en anglais : « Nutrition is the study of foods and how our body use them. It is concerned with how food is produced, processed, handled, sold, prepared, shared, and eaten, and with what happens to food in the body – how it is digested, absorbed, and used⁷ » (King & Burges, 1993, page 1)

Dans le contexte des pays en développement, le **sous-nutriment** est généralement le principal sujet de préoccupation bien que, dans les pays industrialisés, les changements dans les habitudes alimentaires ont entraîné la **surnutrition**.

3.1.2. Dispositif communautaire

Selon dictionnaire français Larousse²⁰⁰⁹ est un ensemble de pièces, mécanisme ensemble de décisions, de mesure prises pour aboutir à une fin. L'expression « dispositif communautaire » a été davantage utilisée dans le domaine de la santé depuis la promulgation de la charte d'Ottawa en 1986. Pourtant, depuis toujours, les sociétés ont organisé le rapport entre la conception de la santé, le mode d'organisation sociale et les préoccupations et besoins des communautés pour leur bien-être. La santé communautaire est ainsi l'héritière de la médecine sociale, construite en contrepoint des avancées des sociétés industrielles du XIX^{ème} siècle.

Dispositif communautaire appliquée à la santé se construit au travers de dialogues et de la solidarité horizontales (entre pairs), verticales (entre couches sociales, catégories

professionnelles ou tranche d'âges) et durables (tenant compte des générations précédentes ou à venir.

3.1.3. Communauté

Communauté (Dictionnaire Larousse 2009) est une unité de l'organisation sociale qui peut reposer sur la communauté d'intérêts (par exemple, la communauté académique), des conditions de vie partagées (par exemple, un foyer d'accueil) ou sur une unité territoriale (par exemple, un village ou un district) au sens plus large, une communauté est un groupe humain dont les membres sont unis par un lien social. En Biologie une communauté représente un système au sein duquel des organismes vivants partagent un environnement commun et interagissent. La notion de la communauté est également un concept du droit qui désigne un groupe de personnes possédant et jouissant de façon indivise d'un patrimoine en commun. En France on suppose traditionnellement à celui de société et d'association qui reposent sur un pacte ou une convention volontairement formée par ses membres. Par extension, par la communauté désigne uniquement les biens qui sont communs à plusieurs personnes. En Sociologie une communauté est un regroupement de personnes autour d'une thématique commune. Ainsi les communautés sont plus ou moins cohésives et leurs membres partagent entre eux une certaine culture, des normes et des valeurs. Sociologiquement la notion de communauté implique l'existence d'éléments sémantiques partagés et qui rallient autour de lui, des gens. De nombreux types de communautés sont étudiés en sociologie :

- Communauté linguistique : ralliée par une langue commune ;
- Communauté religieuse : ralliée par des croyances spirituelles communes ;
- Communauté épistémique : ralliée par un thème de connaissance ;
- Communauté intentionnelle : ralliée par des visions de vivre ensemble communes ;
- Communauté scientifique, communauté en ligne, communauté de pratique etc. Il peut s'agir de partager un territoire commun, une appartenance sociale commune, mais ce sens est plus arbitraire que sociologie ; le terme est pris dans un sens large, tel un découpage catégoriel des populations. Parfois, surtout lorsque le recours au formalisme l'exige, la définition est plus restrictive qui implique que les acteurs sociaux interagissent effectivement autour d'une thématique commune : des gens qui interagissant sur un forum de discussion en ligne autour d'un thème politique forment une communauté épistémique, puisqu'effectivement ils interagissent autour d'éléments sémantiques communs.

3.1.4. Enfant

Selon petit Larousse (1998) l'enfant est un garçon ou une fille de l'âge de l'enfance. Conformément à la convention des Nations Unis sur les droits de l'enfant, « Est considéré comme un enfant tout être humain âgé moins de 18ans, sauf si une loi nationale accorde la majorité plutôt » de plus un enfant est un jeune être humain en cours de développement et dépendant de ses parents ou d'autres adultes. La convention relative aux droits de l'enfant définit l'enfance comme la période de la vie humaine allant de la naissance à 18 ans. Cependant la définition de l'enfance se diffère quelque selon les disciplines qui traitent du sujet. Le mot enfant désigne aussi une position relative à un parent indépendamment de l'âge « enfant de » renvoie alors au statut généalogique à la filiation légale ou encore à un lien affectif ou social. Car cette définition varie à une discipline telle que le droit, Psychologie, Médecine, Biologie ne fixent pas exactement les mêmes repères. Ainsi, elle commence, soit à la naissance, soit à l'âge de la parole. Elle se termine soit à l'adolescence avec l'entrée dans la puberté, soit à l'âge adulte et à l'âge légal de la majorité civile, âge légalement différent d'un pays à un autre. Après avoir défini les concepts clés, interviennent les théories explicatives.

3.1.5. Théories explicatives

Plusieurs courants de pensées théoriques ont été développés au cours des siècles sur les questions d'insécurité alimentaire (la famine) et nutritionnelle que l'on peut classer en deux (2) grandes catégories à savoir : les théories démographiques et les théories sociologiques qui sont associées aux modèles multi sectoriels. La plupart des théories antérieures aux années 1990 traitent plus de l'aspect « famine » et moins spécifiquement de la question nutritionnelle des enfants.

3.1.6. Théories démographiques (modèles malthusien) Thomas R. Malthus (1798)

La théorie démographique de la famine a été élaborée au XVIII^e siècle par Thomas R. Malthus (1798) dans sa publication Essai sur le principe de la population dans laquelle il avait posé son fameux postulat : « la population croît à un rythme géométrique (plus rapide) que la production alimentaire qui croît à un rythme arithmétique –chaque croissance de population augmente la demande alimentaire comme l'a écrit Malthus : » la race humaine croîtra selon la progression 1, 2, 3, 4, 16, 32, 64, 128, 256 tandis que les moyens de subsistance croîtront selon la progression 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Au bout de deux siècles, 4096 à 13 ; après deux mille ans, la différence sera immense et incalculable » (Theil, 1963, p 12).

La théorie malthusienne présente la famine comme un effet naturel de la forte croissance démographique : elle provoque de décès qui ramènent la population à un certain niveau d'équilibre. La famine est ainsi le dernier rempart naturel qui corrige le déséquilibre démographique. D'après Malthus, l'agriculture de subsistance ne permet pas de satisfaire les besoins d'une croissance rapide de la population (c'est le cas au Cameroun).

Cependant, les prédictions empiriques de Malthus-trop statique se sont révélées fausses par la suite. La révolution agricole avec la mécanisation, la fertilisation des sols et la baisse des prix des produits alimentaires ont démenti cette théorie par rapport aux salaires. Les solutions apportées aux questions d'approvisionnement ont également renforcé la remise en cause de la théorie malthusienne. L'émigration et la transition démographique qui se sont opérées dans le temps n'avaient pas non plus été prises en compte par Malthus. (Theil, 1963, p 12).

En 1970, Esther Boserup a mis en exergue une thèse contraire à celle de Malthus en démontrant que la croissance de la population avait favorisé les changements technologiques intervenus dans l'agriculture. La pression démographique a engendré l'adoption des systèmes très intensifs de production agricole en augmentant les fréquences des récoltes sur une même superficie. Par contre, la faible densité démographique très répandue en Afrique entretient la culture extensive à faible rendement marquée par la pratique de jachère du sol (Boserup, 1970). Au Rwanda, pays qui connaît une surpopulation marquée par une forte densité de population et une faible production agricole, Jean Claude Ndungutse dans son ouvrage intitulé Rwanda les spectres de Malthus Mythe ou réalités ? a mis en exergue d'autres facteurs géo-écologiques, politiques et sociaux, les modes de productions qui sont plus déterminants du faible développement agricole autre que le surpeuplement (Ndungutse, 2001).

En 1993, Michael Kremler (Kremer, 1993, p 712) a élaboré le modèle de croissance économique qui révèle le contraire des préférences statistiques de Malthus en démontrant que « le rythme de progrès technologique est proportionnel à la population mondiale » en se fondant sur l'idée selon laquelle « une invention technologique est utilisable par tous » (Hamford, 2016, p 261).

Il convient de noter l'effet positif du dividende démographique dans le miracle économique intervenu en Asie de l'Est dans les années 1965 à 1990. David E. Bloom et Jeffrey G. Williamson de l'Université de Harvard ont pu permettre en exergue la contribution très positive de la transition démographique spectaculaire intervenue en Asie au vingtième

siècle caractérisée par une baisse très rapide de la mortalité et de la fécondité et un afflux de la main d'œuvre qualifiée jeune ayant pu bénéficier des formations adéquates, au succès du miracle économique intervenu dans les pays Asiatiques tels que la Chine, Hong Kong, Japon, Corée du Sud, Singapour, Taiwan, et c. (Bloom et Williamson, 1998). Une meilleure gouvernance et l'extension des ressources agricoles peuvent contrebalancer la vision alarmiste de peuplement et rendre le facteur démographique positif par le développement contextualisé des pays. La théorie malthusienne est applicable de nos jours dans les pays africains qui connaissent un niveau élevé de fécondité et une croissance rapide de leur population couplés à un déficit de production agricole lié au manque de technologies adaptées. C'est le cas du Cameroun et c. Qui de plus ont une agriculture largement soumise aux aléas climatiques. Charbit & Gaimard, 2015).

L'approche du « déclin dans la disponibilité alimentaire » stipule que la famine est causée par une réduction drastique de la nourriture par tête résultant d'un « choc exogène ». Le cas le plus fréquent est lié à un désastre naturel tel qu'une sécheresse, des inondations, des invasions acridiennes ou un changement climatique, qui affectent négativement la récolte ou le bétail. Cette situation entraîne une baisse du stock alimentaire et une augmentation des prix. Les ménages sont contraints de réduire leur quantité de consommation alimentaire. La baisse de la ration alimentaire individuelle est donc la consommation calorifique va entraîner la malnutrition des enfants (Rossel, 2008) et accroître la mortalité des enfants et des adultes à cause de la faim et des maladies infectieuses. Ce modèle a été bien vécu dans le cas de la grande famine des années 1846-1848 survenue en Irlande. Plusieurs critiques ont été cependant faites à ce modèle de choc exogène qui avait amené plusieurs pays à pratiquer la politique du « laisser-faire » sans accorder de l'attention au problème de distribution alimentaire. Certains pays ont dans le passé connu la famine bien qu'ayant eu le surplus de production agricole au niveau national ou bien d'autres ayant enregistré un déficit de disponibilité alimentaire n'ont pas connu la famine grâce aux importations. (Walter & Schofield, 1989).

➤ **Les théories climatiques ou de chocs exogènes**

L'approche du « déclin dans la disponibilité alimentaire » stipule que la famine est causée par une réduction drastique de la nourriture par tête résultant d'un « *choc exogène* ». Le cas le plus fréquent est lié à un désastre naturel tel qu'une sécheresse, des inondations, des invasions acridiennes ou un changement climatique, qui affectent négativement la récolte ou le bétail. Cette situation entraîne une baisse du stock alimentaire et une augmentation des prix.

Les ménages sont contraints de réduire leur quantité de consommation alimentaire. La baisse de la ration alimentaire individuelle et donc de la consommation calorifique va entraîner la malnutrition des enfants (Rossel, 2008) et accroître la mortalité des enfants et des adultes à cause de la faim et des maladies infectieuses. Ce modèle a été bien vécu dans le cas de la grande famine des années 1846-1848 survenue en Irlande (Walter & Schofield, 1989).

Plusieurs critiques ont été cependant faites à ce modèle de choc exogène qui avait amené plusieurs pays à pratiquer la politique du « laisser-faire » sans accorder de l'attention au problème de distribution alimentaire. Certains pays ont dans le passé connu la famine bien qu'ayant eu un surplus de production agricole au niveau national ou bien d'autres ayant enregistré un déficit de disponibilité alimentaire n'ont pas connu de famine grâce aux importations.

➤ **Les théories politiques**

Deux théories politiques principales existent, à savoir : l'approche par le déclin des politiques alimentaires et celle liée à l'urgence humanitaire :

Les contraintes institutionnelles, administratives, logistiques ou d'infrastructures ont toujours été considérées comme étant des obstacles majeurs par les pays qui subissent la famine. Il s'agit des facteurs structurels de sous-développement qui traduisent les faibles investissements publics dans les infrastructures (Banque Mondiale, 2000).

Cette théorie se focalise sur le système politique (*leadership*, instabilité, mal gouvernance, etc.) et les défaillances des politiques stratégiques parmi lesquels on peut noter : la théorie de la sous-information et aussi manque de liberté (Amartya, 1999), les conditions de gouvernance politique qui prédisposent le pays à une famine ou la malnutrition des enfants (IDS, 2012). La famine est alors perçue comme une conséquence de la défaillance politique plutôt que des problèmes économiques. Dans son ouvrage publié en anglais intitulé « Why Africa is poor and what Africans can do about it¹³ » Greg Mills apporte une réponse controversée soutenue par l'évidence, selon laquelle la pauvreté de l'Afrique est principalement causée par le mauvais choix décisionnel de la part des dirigeants Africains (Mills, 2010).

L'approche humanitaire complexe suggère que la multiplication des cas de famine durant ces trente dernières années serait liée à la recrudescence des conflits armés. Les crises alimentaires et nutritionnelles résulteraient donc des politiques publiques de prédation, du mauvais climat social ou d'anarchie de l'environnement légal prévalant dans la société. Le recours aux armes qui entraînent des violences domestiques, la dislocation économique, des

tourments politiques, des déplacements de populations et la souffrance humaine aggravent la vulnérabilité alimentaire et nutritionnelle de la population.

3.1.7 Action du Gouvernement Camerounais et les partenaires en matière de lutte contre la malnutrition au Cameroun

Le suivi de la sécurité alimentaire se fait à plusieurs niveaux d'intervention. Les interventions se font par priorité en fonction de l'urgence de la vulnérabilité. Depuis des années, la région de l'Extrême Nord et la région de l'Est sont les régions qui ont toujours eu un niveau d'insécurité alimentaire critique. La région de l'extrême Nord, sujette aux conditions climatiques, socioéconomiques et sécuritaires rudes se retrouve toujours dans une situation d'insécurité alimentaire grave ou modérée. La région de l'Est, avec son nombre croissant de réfugiés centrafricains est aussi une région prioritaire pour les actions des Organismes internationaux. Depuis 2016, avec la crise sociopolitique dans la partie anglophone du pays, les deux régions (Nord-Ouest et Sud-ouest) ont aussi intégré le lot des régions dans l'insécurité alimentaire en phase 3 selon les analyses du FEWS-NET en 2021. Cependant, l'intervention des ONG locales et des organismes internationaux reste limitée à cause de la situation sécuritaire qui y règne. Pour preuve, le 16 octobre de chaque année marque la journée internationale de l'alimentation, pour ce faire, en guise de célébration, les ONG qui luttent pour éradiquer la faim dans le monde en collaboration avec les ONG locales organisent généralement quelques actions qui visent à sensibiliser la population sur un certain nombre de pratiques alimentaires.

À cause de la situation sécuritaire, aucune action n'a été réalisée dans les régions anglophones en guise de célébration de cette journée par les ONG ou le gouvernement camerounais le 16 octobre dernier, pourtant ce n'est un secret pour personne que ces deux régions sont les plus touchées actuellement au Cameroun en matière d'insécurité alimentaire. Aussi, L'USAID en septembre 2019, en vue de faire face à la crise alimentaire dans les régions du Nord-ouest et du Sud-ouest (NOSO), a favorisé la plantation de certaines cultures comme l'igname, le maïs, et le plantain dans les centres urbains des deux régions, mais avec les blocus sécuritaires, les récoltes n'avaient pas pu avoir lieu. Les mouvements sécessionnistes empêchaient les échanges entre les zones rurales et les centres urbains dans lesquels étaient concentrés les déplacés internes. Ceci a eu comme conséquence la hausse des prix en entravant la mise en œuvre de l'assistance avec pour corollaire un nombre de déplacés internes importants et l'accentuation de la pauvreté dans les zones urbaines qui sont restées en phase 3 de l'IPC d'insécurité alimentaire.

Tout ceci montre à suffisance que jusqu'à nos jours, les interventions concrètes en termes d'aide alimentaire restent centrées dans la partie septentrionale et dans l'Est du pays. Cependant, les études prospectives et les enquêtes du terrain pour mesurer le niveau de la situation d'insécurité continuent de se faire par l'organe de l'État en partenariat avec les organismes internationaux. La suite de cette partie définira donc les différentes structures qui interviennent dans la gestion de la sécurité alimentaire tout en spécifiant leurs zones d'intervention.

3.1.8. L'Etat et ses Institutions

L'État camerounais à travers ses institutions s'érige en acteur incontournable dans la lutte contre l'insécurité alimentaire. Il met sur pieds des programmes et projets dans différents ministères pour venir en aide aux populations en situation d'insécurité alimentaire.

3.1.9. Le Minader

Le ministère de l'Agriculture et du Développement rural (MINADER) est la structure étatique principale qui s'occupe des questions de sécurité alimentaire au Cameroun. Il est chargé d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer la politique du Gouvernement dans les domaines de l'agriculture et du développement rural (MINADER, 2016). Comme son nom l'indique, à la base il s'occupait de tout ce qui est agriculture et cherchait les solutions pour booster les productions agricoles dans les zones rurales. Le Minader est représenté dans chaque région par une délégation régionale qui abrite une ou plusieurs directions des programmes de mise en œuvre des domaines d'activité de celui-ci. Dans un but d'efficacité dans la mise en œuvre des Actions, il met sur pied des programmes spécifiques pour le suivi de ses activités. C'est dans cette optique qu'il a mis sur pieds le 15 avril 2005, le programme national de veille et de Vulgarisation de la sécurité alimentaire (PNVRSa) qui est chargé d'évaluer le niveau d'insécurité alimentaire et de production agricole des ménages dans le pays afin de prévoir les aides humanitaires ciblées. Au cours de l'année et pendant les campagnes agricoles, les acteurs de ce programme mènent donc des actions concrètes pour assurer la disponibilité physique des aliments. À travers les relations de partenariats avec les organismes internationaux, le PNVRSa joue le rôle de partenaire technique lors des enquêtes d'évaluation du suivi de la sécurité alimentaire au Cameroun. Au travers de ses missions, le MINADER sous l'égide du PNVRSa œuvre pour l'amélioration de la sécurité alimentaire à travers les piliers de disponibilité et d'accessibilité. Ainsi, les missions relatives au domaine agricole comme l'Appui à la production des semences améliorées, le renforcement des

capacités des agriculteurs sur les pratiques culturales, la lutte contre les ennemis des cultures, fléau du vivrier, le relèvement et mise à disposition des données pluviométriques font référence à la disponibilité alimentaire et les missions relatives au développement rural font référence au pilier de l'accessibilité alimentaire (désenclavement des pistes agricoles dans les bassins de production, construction des magasins de stockage, des greniers communautaires dans les marchés, des centres d'achat, relèvement et mise à disposition des prix des denrées alimentaires sur les marchés).

3.1.10. Le Minepia

Le ministère de l'élevage, des Pêches et des Industries animales joue un rôle important dans la lutte contre l'insécurité alimentaire au Cameroun. Non seulement il promeut la production des denrées alimentaires d'origine animale et halieutique, mais aussi il s'occupe d'assurer la qualité de ces denrées en mettant sur pied des programmes et projets de surveillance et de lutte contre les maladies. Pour être plus efficace sur le terrain, il a mis sur pied des projets et programmes dirigés par des experts nationaux dans plusieurs régions qui l'aident dans la collecte de certaines données sur le terrain et dans la résolution des problèmes rencontrés. Quelques-uns parmi ces programmes sont les suivants (MINEPIA, 2022) : *mise à disposition des données pluviométriques* font référence à la disponibilité alimentaire et les missions relatives au développement rural font référence au pilier de l'accessibilité alimentaire (désenclavement des pistes agricoles dans les bassins de production, construction des magasins de stockage, des greniers communautaires dans les marchés, des centres d'achat, relèvement et mise à disposition des prix des denrées alimentaires sur les marchés).

3.2. Le Minepia

Le ministère de l'élevage, des Pêches et des Industries animales joue un rôle important dans la lutte contre l'insécurité alimentaire au Cameroun. Non seulement il promeut la production des denrées alimentaires d'origine animale et halieutique, mais aussi il s'occupe d'assurer la qualité de ces denrées en mettant sur pied des programmes et projets de surveillance et de lutte contre les maladies. Pour être plus efficace sur le terrain, il a mis sur pied des projets et programmes dirigés par des experts nationaux dans plusieurs régions qui l'aident dans la collecte de certaines données sur le terrain et dans la résolution des problèmes rencontrés. Quelques-uns parmi ces programmes sont les suivants (MINEPIA, 2022) :

- PRODEL (Projet de développement de l'élevage) qui a pour mission d'identifier les ménages pauvres et ceux qui sont affectés par les conflits comme potentiels, bénéficiaires des dons

- Programme national de prévention et de Lutte contre les zoonoses émergentes
- Projet de développement des chaînes de valeur d'élevage et de pisciculture
- PCP-ACEFA (Programme de Consolidation et de Pérennisation du conseil agropastoral) dont la mission est d'encadrer financièrement les microprojets et le suivi des producteurs animaliers
- Programme de développement de la pêche, de l'aquaculture et des industries halieutiques qui a pour objectif d'accroître la production halieutique. La mise sur pied de ces projets et programmes montre à suffisance que le Minépia participe activement à l'amélioration de la sécurité alimentaire au Cameroun. Il agit donc ainsi sur les piliers de la disponibilité et de la qualité des aliments en produisant les produits animaliers de qualité.

3.2.1. Le Minsanté

Améliorer la santé de la population est la mission première du ministère de la Santé (MINSANTE). Dans le cadre de la gestion de la sécurité alimentaire et nutritionnelle au Cameroun, il joue un rôle très important dans le pilier de l'utilisation (le volet nutritionnel), en l'occurrence, il lutte contre la malnutrition infantile, propose et améliore les pratiques de nutrition au sein de la population et spécifiquement la population en insécurité alimentaire critique. Au travers de ses actions concrètes sur le terrain, il agit dans la prévention des maladies, la prévention des carences en micronutriments chez les personnes vulnérables (femmes enceintes, enfants de moins 5ans, etc.), et la prise en charge intégrée de la malnutrition. (MINSANTE 2018)

Dans plusieurs régions et notamment dans les régions à risque, le Min santé a mis sur pied plusieurs subdivisions abritant des comités qui luttent contre la malnutrition et qui proposent un plan d'action pour promouvoir une alimentation équilibrée.

3.2.2. Le Minmidt

Le ministère des Mines, de l'Industrie et du Développement technologique s'occupe de la bonne gestion des ressources naturelles au Cameroun. Son rôle c'est d'élaborer et mettre en œuvre les politiques minières et les stratégies de développement industriel et technologique du Gouvernement dans différents secteurs. Dans le secteur alimentaire, ses missions sont notamment la transformation locale des produits agricoles en liaison avec le MINADER, et du suivi des normes alimentaires et de la qualité en liaison avec les administrations concernées comme l'ANOR (Agence des normes et de la qualité). À travers sa direction qui s'occupe de

la sécurité sanitaire des aliments, il participe dans la lutte contre l'insécurité alimentaire en élaborant des politiques qui améliorent la qualité alimentaire.

3.2.3. Le Mincommerce

Le ministère de Commerce (MINCOMMERCE) est l'institution de l'Etat qui est chargé d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer les stratégies de promotion des produits camerounais. Pour les produits qui sont destinés au marché local et à l'exportation, il promeut et défend aussi leur label de qualité (MINCOMMERCE, s.d.). Il travaille donc en collaboration avec d'autres ministères tels Minader, Minépia, etc. pour valoriser les produits locaux tant à l'extérieur qu'à l'intérieur du pays. Dans le domaine de la sécurité alimentaire, il intervient dans le pilier de l'accessibilité à travers le contrôle et la régulation des prix des aliments sur le marché.

Au regard de ce qui précède, on constate que l'État camerounais, pour plus d'efficacité, a assigné à chacune de ses institutions un pilier de la sécurité alimentaire. Il fait un récapitulatif des institutions étatiques impliquées dans la gestion de la sécurité alimentaire et leur pilier d'intervention. On constate que l'Etat camerounais intervient dans trois piliers de la sécurité alimentaire, le pilier de la stabilité n'est pas mis en exergue. Or, d'après la définition de la sécurité alimentaire en 1998, tous ces piliers ont une importance égale dans la gestion efficace du suivi de la sécurité alimentaire.

La stabilité alimentaire fait référence à la stabilité de production et d'accès aux aliments. Elle peut non seulement être menacée par les chocs climatiques, économiques et sanitaires, mais aussi par des conflits. Il est donc important pour chaque état de définir des stratégies nationales pour assurer la stabilité des aliments dans son territoire.

En effet, la sécurité alimentaire faisant partie des préoccupations mondiales et plus encore des préoccupations prioritaires au Cameroun, tous les ministères devraient s'impliquer dans la gestion de la sécurité alimentaire en y créant au sein de leur ministère un département qui traite les questions liées à l'amélioration du niveau d'insécurité alimentaire au Cameroun. En exemple, nous avons :

Le ministère de la Défense (MINDEF) qui a pour rôle d'élaborer des politiques de défense pour la sécurité des personnes pourrait étendre ses actions en s'impliquant dans la gestion de la sécurité alimentaire et en travaillant sur le pilier de la stabilité. Pour ce faire, il devrait mettre en place des stratégies d'amélioration de la sécurité dans les régions conflictuelles pour favoriser les aides alimentaires. Il pourrait aussi créer un département au sein de son ministère qui va jouer le rôle de tampon entre les régions en guerre et qui va définir des moyens de

dialogue afin que les organismes internationaux puissent distribuer aisément les aides alimentaires. Le ministère de l'Environnement au Cameroun est chargé d'élaborer, de mettre en œuvre et de suivre la politique environnementale et la protection de la nature. En coopération avec les organismes régionaux et sous régionaux, il est chargé du suivi des interventions en matière d'environnement. La mise en œuvre de cette mission comprend l'identification des mesures d'utilisation rationnelle des ressources naturelles, la sensibilisation de la population pour favoriser leur participation à la gestion, à la protection et à la restauration de l'environnement, la négociation et le suivi de l'application des conventions internationales relatives à la gestion de l'environnement et au traitement de toutes les formes de la pollution (Kamerpower, 2016).

3.2.4. Les Organismes des Nations Unies

Le Cameroun étant membre des Nations unies, il bénéficie des services des organismes des Nations unies dans plusieurs domaines parmi lesquels le domaine de la sécurité alimentaire à travers les organes spécialisés sur la sécurité alimentaire et qui sont présents sur le territoire Camerounais. Il s'agit notamment du PAM et de la FAO.

3.2.5. La Fao

En abrégé FAO, Le Fond des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture a pour principal objectif l'amélioration de l'état nutritionnel, du niveau et des conditions de vie, et de la production agricole dans un pays. Plus spécifiquement, la FAO dans un pays lutte contre la faim et la pauvreté en œuvrant pour le développement de l'agriculture, elle fournit aussi une aide directe aux populations vulnérables. Elle travaille en partenariat avec les structures Etatiques pour le développement des politiques agricoles.

Depuis 1960, le Cameroun est membre de la FAO avec une ouverture de la représentation dans les années 1978 (FAO, 2018b). En matière de sécurité alimentaire, la FAO participe à la mise en œuvre du programme spécial pour la sécurité alimentaire et le renforcement des capacités nationales pour la formulation des politiques et des projets relatifs à l'alimentation et à l'agriculture (FAO, 2018). L'une des caractéristiques majeures de la coopération Cameroun FAO est le renforcement de la résilience des populations qui vise à faire face aux aléas climatiques, à l'afflux des réfugiés de pays voisins et aux crises sécuritaires que subit le pays (FAO, 2018). Tous les niveaux d'expertise du Fond des Nations Unies ont été mis à la disposition du Gouvernement camerounais pour développer la production et assurer la protection des cultures et des élevages (FAO, 2018).

Les 3 domaines prioritaires de la FAO au Cameroun sont les suivants ;

- ❖ **Appuyer la mise en œuvre des stratégies nationales porteuses d'une croissance forte et durable dans le secteur rural**, en facilitant la transition du pays vers un secteur agricole plus intensif, plus productif et plus compétitif grâce à l'introduction de nouvelles techniques de production, comme l'irrigation améliorée, la protection des végétaux et la santé animale
- ❖ **Promouvoir les opportunités d'emplois agricoles et l'accès aux ressources en milieu rural** notamment pour les jeunes et les femmes, avec un secteur agricole mieux organisé tout au long de la chaîne de valeurs
- ❖ **Élaborer et mettre en œuvre des politiques et stratégies visant à renforcer la résilience des populations rurales faces aux catastrophes et aux crises** en particulier les sécheresses, inondations, urgences alimentaires, menaces transfrontières, crises socioéconomiques et conflits

On peut très vite se rendre compte que la FAO axe ses domaines de priorités beaucoup plus sur la population rurale qu'urbaine. Cette population étant non seulement la moins aisée en matière de ressources matérielles, mais la plus productrice de ressources alimentaires du fait de son agriculture familiale. La FAO veut donc intensifier cette agriculture à travers de nouvelles techniques de production et de ce fait, créer de nouveaux emplois pour développer la partie rurale du Cameroun.

Dans le suivi de la sécurité alimentaire au Cameroun, la FAO travaille en partenariat avec les organismes étatiques en occurrence le Minader via le PNVRSA, les ONG internationales et nationales ainsi que les communautés locales. Elle joue le rôle de partenaire technique dans les enquêtes nationales sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle et participe aussi à l'élaboration des stratégies qui visent à renforcer la résilience des populations face aux crises alimentaires.

3.2.6. Le Pam

Faisant partie d'un des organes des Nations Unies en charge des questions alimentaires, le Programme alimentaire mondial (PAM) a été créé en 1963 avec pour objectif principal « de fournir de l'aide alimentaire en priorité aux pays dont les ressources alimentaires sont insuffisantes et à apporter son assistance à la mise en place des projets de développement Économique et social » (PAM/UNHCR, 2008). La vision plus large du PAM est de sauver des vies, diminuer la pauvreté et l'insécurité alimentaire au sein des populations vulnérables, mais lorsque survient un sinistre dans un pays, ou une situation d'urgence, le PAM distribue

des denrées alimentaires aux populations victimes de sinistre pour éviter que ces dernières ne meurent de famine. C'est à la vue de ces missions du PAM à court et à long terme que le Cameroun a signé avec lui un accord de partenariat le 03 avril 1968, et depuis lors, il a installé ses représentativités dans plusieurs départements du Cameroun.

Le PAM fonctionne par des programmes quinquennaux, le programme pays définit plusieurs projets et composantes en droite ligne avec le document du plan-cadre des Nations Unies incluant les axes de recherche comme l'appui à l'éducation de base, à la sécurité alimentaire et au développement rural (ESSIMI BILOA, 2010).

Le PAM travaille en étroite collaboration et en partenariat avec les institutions étatiques, ONG nationales et d'autres organismes internationaux et son but c'est d'éliminer la faim dans le monde d'ici 2030, raison pour laquelle il intervient autant dans les villes du Nord que du Sud. Pour atteindre cet objectif, il travaille aussi dans les activités de prévision de rendements. Le PAM a mis sur pied un outil magnifique qui est le HungerMap qui permet de donner en temps réel l'évolution de la sécurité alimentaire dans plus de 90 Pays dans le monde et dans lequel il est basé. Sa stratégie c'est de connaître la situation d'insécurité alimentaire en temps réel de ces pays afin de faciliter les interventions et de mieux organiser les aides alimentaires. Il émet même des prévisions pour les endroits où l'accès aux données est limité. Pour ces zones, l'outil utilise une fonction intelligente pour fournir les prévisions immédiates qui sont les estimations en temps de situation de crise de sécurité alimentaire. On peut donc modéliser les informations pour avoir les liens existants entre différents phénomènes pris en compte dans l'application. Le Cameroun ayant signé un accord avec le PAM, il n'est pas en reste quant à l'application de cet outil.

Pour l'élaboration de ses stratégies, le PAM bureau du Cameroun collabore avec le gouvernement et les parties prenantes comme les entités locales, les autres organisations des nations unies et les bénéficiaires. Cette collaboration permet de mieux comprendre les priorités et les difficultés réelles des populations.

3.2.7. Les Organisations Non Gouvernementales

Au cours des 20 dernières années, la persistance de l'insécurité alimentaire grave dans le monde au niveau des familles a incité à réfléchir sur de nouvelles stratégies de gestion de la sécurité alimentaire (Jacques Arnauld, s. d.). Les programmes gouvernementaux étant généralement conçus dans un cadre globalisant et très bureaucratique, avec des initiatives inadaptées au contexte local, il fallait créer un relais entre les familles et les communautés locales avec les administrations centrales des pays. La création des ONG à caractère

humanitaire et apolitique a pour objectif de promouvoir les actions décentralisées, adaptées au contexte local et incluant la participation des bénéficiaires. Les ONG existent donc pour travailler auprès des populations locales et leur apporter des solutions adéquates à leur contexte. Nous avons les ONG internationales et les ONG nationales qui interagissent au Cameroun auprès des communautés défavorables.

3.2.8. Les ONG Internationales

Pas mal d'organisations non gouvernementales présentes au Cameroun, interviennent dans le suivi de la sécurité alimentaire. Elles sont là pour aider de manière opérationnelle le gouvernement dans cette lourde tâche grâce à leur expertise et leur multidisciplinarité. Elles viennent en appui dans le processus de relèvement de la population vulnérable. Elles mènent leurs actions préférentiellement dans les régions prioritaires à l'insécurité alimentaire comme l'extrême Nord et l'Est. Après évaluation du niveau d'insécurité alimentaire dans la région, elles apportent de l'aide (formation, octroi des semences pour la remise des semis, des petits ruminants aux éleveurs, distribution du transfert monétaire, construction des points d'eaux, ou des latrines améliorées dans les villages hôtes (Njiembokue, 2021)), en fonction du besoin urgent de la région. Nous avons entre autres :

3.2.9. Action contre la faim

Les conflits, les dérèglements climatiques et les inégalités étant les principales causes de la faim dans le monde, Action contre la Faim vient en aide aux populations les plus vulnérables pour les aider à prévenir, détecter et traiter la malnutrition. ACF est une ONG internationale présente au Cameroun depuis 2013 ayant pour axe d'intervention eaux, assainissement et hygiène, santé et nutrition, et sécurité alimentaire et moyens d'existence. Au Cameroun, sa stratégie est basée à la fois sur des interventions d'urgence pour faire face à l'impact des crises, notamment dans le Nord-ouest et le Sud-ouest et la guerre contre Boko Haram, et sur des opérations à moyen terme pour améliorer la résilience de la population, lutter contre les causes profondes de la malnutrition et promouvoir la cohésion sociale. Au Cameroun, en termes de sécurité alimentaire et d'alerte précoce, ACF mène ses actions surtout dans la région de l'Extrême Nord en produisant de façon mensuelle des Bulletins de surveillance et d'alerte précoce de la sécurité alimentaire et nutritionnelle pour la région de l'extrême Nord du Cameroun. C'est une enquête de terrain auprès des ménages qui utilise les indicateurs de ses trois axes d'intervention. Dans la sécurité alimentaire, les indicateurs utilisés comme le niveau de consommation alimentaire, l'indice de stratégie d'adaptation

réduit, l'indice de l'échelle de faim font référence à la disponibilité et l'accessibilité alimentaire.

La méthodologie utilisée consiste à faire un sondage probabiliste à deux degrés. Le 1er degré consiste à sélectionner aléatoirement un certain nombre de départements et un certain nombre de sites par département dans la région et le 2ème degré consiste à choisir au hasard les ménages dans les sites sélectionnés. À la fin de l'enquête, les résultats sont publiés donnant les pourcentages des indicateurs susmentionnés. Les enquêtes sur le terrain sont faites en partenariat avec les organismes des Nations unies, l'Union européenne, l'Etat à travers le PNVRSA et les autres ONG internationales comme solidarité internationale.

Encadré 1 : sondage probabiliste

L'évaluation de la sécurité alimentaire dans un pays passe par le ciblage de la population vulnérable en vue d'y apporter les solutions adéquates pour cette population. La détection de ces groupes d'individus vulnérables passe par des enquêtes sur le terrain auprès de ces populations pour récolter un certain nombre d'informations spécifiques et caractéristiques de leur niveau de vie. Le recensement de l'ensemble de la population de la communauté concernée étant irréalisable, car population trop grande pour enquêter tout le monde, il convient de sélectionner un échantillon représentatif et présentant les mêmes caractéristiques que la population d'étude. La sélection de cet échantillon peut se faire de manière aléatoire ou non. Le choix d'un type d'échantillonnage repose sur plusieurs facteurs comme la précision, des estimations désirées, la nature de la population d'intérêt, les contraintes rencontrées sur le terrain et les informations connues sur la population (gouvernement du Canada, 2021). Action contre la faim dans sa méthodologie, utilise le sondage probabiliste qui repose sur le principe de la sélection aléatoire sur le nombre de départements dans la région de l'extrême Nord et le nombre de ménages dans les sites choisis. Les ménages choisis répondent à un questionnaire soigneusement formulé par les experts d'analyse de l'ONG. L'avantage c'est que tous les ménages répondent aux mêmes questions, ce qui permet à la fin de faire une bonne analyse de la situation et présenter les résultats selon les réalités de la population.

3.2.10. Care international

CARE International est l'une des principales organisations humanitaires internationales luttant contre la pauvreté dans le monde. Elle est présente au Cameroun depuis 1978 et aide à réduire l'insécurité alimentaire et nutritionnelle des groupes vulnérables et des réfugiés d'Afrique centrale dans les régions de l'Est et de l'Adamaoua.

À l'Est du Cameroun, ses interventions visent essentiellement les populations réfugiées, les retournés Camerounais de la Centrafrique ainsi que les populations locales les plus pauvres et vulnérables.

À ses actifs, CARE travaille avec le gouvernement, les organisations de développement et les communautés locales sur des programmes pour augmenter les revenus, protéger l'environnement, améliorer l'approvisionnement en eau, assurer la sécurité alimentaire et renforcer les soins de santé, les soins de santé primaires. Sur leur site internet, on note une inexistence des rapports des actions menées au Cameroun en lien avec la sécurité alimentaire.

Encadré 2 : Exemple d'action menée par CARE INTERNATIONAL

La Région du Lac Tchad étant une zone fortement affectée par les chocs climatiques et confrontée à une crise sécuritaire majeure, celle de Boko Haram, les ONG internationales comme Care international, Action contre la faim ont apporté une réponse urgente et relevant à travers le projet de redressement économique et social inclusif du Lac Tchad (RESILAC) en 2018 qui a reçu l'aide de l'Agence française de développement et de l'Union européenne.

Les attaques terroristes ont forcé plus de 2,4 millions de personnes à se déplacer dans les 4 pays concernés par les violences (Care International, 2018). La plupart des personnes déplacées ayant perdu leurs moyens de subsistance, elles se retrouvent dans les zones les plus pauvres et en situation d'insécurité alimentaire. Face à ses aléas (conflits et chocs climatiques), la région du lac Tchad fait face à un certain nombre de défis que devraient relever les ONG. Notamment, développer de l'emploi à la jeunesse, favoriser la cohésion sociale et renforcer les liens entre les institutions des 4 pays concernés que sont le Cameroun, le Niger, le Tchad et le Nigéria. Care international, Action contre la Faim et le groupe URD avec le projet régional Resilac qui a duré 4 ans, vise particulièrement (Care International, 2018) à :

- *Renforcer le capital humain par la cohésion sociale et la gestion collective et durable des*
- *Ressources naturelles ;*
- *Favoriser le redressement économique et la résilience des populations les plus exposées à travers un accès à l'emploi ;*
- *Renforcer les capacités des différents acteurs ;*
- *Et à proposer un recueil de connaissances sur les questions de qualité, suivi-évaluation et capitalisation.*

À travers les actions spécifiques de Care international, nous constatons que Care agit principalement dans les zones de réfugiés où la population est vraiment vulnérable d'où sa présence dans les régions de l'Est et de l'Adamaoua au Cameroun.

3.2.11. Solidarité internationale

Présente au Cameroun depuis 2017, Solidarité internationale est une ONG qui mène ses actions dans les régions les plus vulnérables à l'insécurité alimentaire au Cameroun. Il s'agit notamment de la région de l'extrême Nord et de la Région de l'Est. En situation d'urgence, elle distribue les articles non alimentaires, alimentaires et parfois monétaires aux populations vulnérables. Sa logique d'intervention s'inscrit autour d'un objectif global qui est celui de sauver des vies menacées par un contexte sécuritaire tendu, les perturbations climatiques, et la détérioration des moyens d'existence des personnes déplacées.

Depuis mars 2019, Solidarité internationale participe au Projet de renforcement du Système national de surveillance d'alerte précoce (PRESNAP) de l'ACF qui collecte et analyse les données relatives à la sécurité alimentaire, la nutrition et autres secteurs dans l'Extrême Nord afin d'assurer une veille humanitaire et d'alimenter les analyses nationales du Cadre Harmonisé (CH) auxquelles Solidarité internationale contribue directement.

3.3. Alliance contre la faim et mal nutrition (ACFM)

Autrefois appelée Alliance internationale contre la faim, cette ONG a été mise sur pied en 2003 par la FAO, le PAM et le FIDA à la suite du sommet mondial de l'alimentation. Sa mission principale est de servir de plateforme de plaidoyer conjoint aux échelons international et national en vue de parvenir à un monde libéré de la faim, de la malnutrition et de la pauvreté (FAO, 2022). Dans plus de 40 pays aussi bien dans le Nord que dans le Sud, elle a mis en place des Alliances nationales contre la faim et la Malnutrition (ANCFM). Leur rôle c'est de contribuer à mettre en œuvre le droit à l'alimentation dans les pays respectifs. ANCFM dans chaque pays se met à pied d'œuvre pour permettre aux gouvernements et organisations de la société civile impliquées dans la lutte contre l'insécurité alimentaire de dialoguer sur les politiques efficaces pour atteindre la sécurité alimentaire et nutritionnelle au niveau national (FAO, 2022a). Ces ONG interviennent dans les mêmes régions avec les domaines d'intervention presque similaires.

3.3.1. Les ONG Nationales

De manière générale, en termes de sécurité alimentaire, les ONG locales mènent des actions de développement auprès des populations rurales. Elles agissent directement avec les communautés rurales et les familles en menant des actions qui contribuent à leur

autonomisation. Elles sont des partenaires de mise en œuvre sur le terrain des projets et programmes d'urgence et de résilience à l'endroit des populations pauvres et affectées par l'insécurité alimentaire (Njiembokue, 2021). Les ONG nationales obtiennent auprès des organismes des Nations unies et des organisations internationales les financements nécessaires pour la réalisation de leurs différents projets (Njiembokue, 2021).

Il est important de noter que d'autres bailleurs de fonds en dehors des organisations des Nations unies et ONG internationales existent pour l'assistance et la réalisation des projets et programmes d'amélioration des conditions de vie des populations vulnérables. Les fonds peuvent provenir de partout dans le monde, ils peuvent provenir des états, des indépendants, des organismes (Union européenne, Banque Mondiale, etc.), des Fondations des personnes privées (Fondation Bill et Amanda's Gates, Michèle Ferrero...) et des agences gouvernementales. Nous pouvons énumérer les ONG nationales comme :

- **Le Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement (SAILD)**

Le SAILD est une ONG nationale créée depuis 1988, qui a pour domaines d'actions la gestion des ressources naturelles, la sécurité alimentaire et nutrition et la communication. Dans le cadre de ses activités de sécurité alimentaire, elle mène ses actions dans les régions à forte vulnérabilité d'insécurité alimentaire. Il s'agit notamment des régions de l'Extrême Nord et de l'Est.

En 2020, le SAILD a mis sur pied un projet de formation des exploitants agricoles sur l'acquisition des terres et sur la transformation de la production locale dans les régions de l'Extrême Nord et l'Est, notamment dans les départements de Mayo Tsanaga, Diamaré, Mayo Kani, Lom et Djerem, Haut nyong. Le projet s'est axé sur le pilier de la disponibilité alimentaire et financé par un organisme allemand Brot fur die welt. Les résultats de ce projet ont montré une nette amélioration du score de consommation alimentaire des ménages des régions en occurrence 50% des exploitants agricoles appliquent les méthodes améliorées de l'agriculture écologique 60% des ménages ont augmenté leur score de consommation alimentaire. En 2021, il a mis en œuvre le projet de renforcement de la sécurité alimentaire et l'amélioration de la diversité alimentaire des familles des petits agriculteurs dans les régions de l'Extrême Nord et de l'Est Cameroun.

- **Le Collectif des ONG pour la Sécurité alimentaire et le Développement rural (COSADER)**

Le COSADER est un collectif d'ONG nationales qui aide au développement rural des populations en matière de sécurité alimentaire.

- **L'Organisation des Femmes pour la santé, la sécurité alimentaire et le développement (OFSAD)**

L'OFSAD est une ONG locale qui a pour but de renforcer la lutte contre la maladie et l'insécurité alimentaire et favoriser l'autonomisation

3.3.2. Théories sociologiques de la malnutrition

L'étude sociologique des faits sociaux, indique que les comportements individuels sont fortement dictés par les codes collectifs qui impactent nécessairement sur l'état nutritionnel des enfants. Ainsi Emile Durkheim (1937) l'un des pères fondateurs de la science sociologique avec Weber et Karl Marx, (1988) indique dans sa définition du 'fait social', ce qui suit : « voilà donc un ordre des faits qui présentent des caractères très spéciaux ils consistent en des manières d'agir, de penser et de sentir extérieures à l'individu, et qui sont douées d'un pouvoir de coercition en vertu duquel ils s'imposent à lui » (Durkheim, 1937 page 6-7). Les influences des normes sociales sur 'l'éducation rationnelle' des enfants sont illustrés par la citation suivante de Emile Durkheim : «... Il suffit d'observer dont sont élevés les enfants ... il saute aux yeux que toute éducation consiste dans un effort continu pour imposer à l'enfant des manières de voir, de sentir et d'agir auxquelles il ne serait pas spontanément arrivé. Dès les premiers temps de sa vie, nous le contraignons à manger, à boire, à dormir à des heures régulières, nous le contraignons à la propreté, au calme, à l'obéissance... » (Durkheim, 1937 p 7 -8).

Dans ce modèle sociologique d'étude de la malnutrition des enfants, il y a une part importante de la théorie sociologique ou anthropologique de l'alimentation qui met l'accent sur les pratiques comportementales dictées par les croyances religieuses, coutumes et pratiques sociétales intégrant « les thématiques de sacrifices, du totémisme et des interdits qui leurs sont associés » (Poulain, 2002, p 212).

Le professeur Jean Pierre Poulain socio-anthropologue de l'Université de Toulouse, stipule que « l'alimentation est à la fois hors et dans le fait social en ce sens que les mœurs alimentaires préexistent aux individus, mais que l'alimentation est plus biologique que sociologique avec pour conséquence, l'alimentation devient un lieu d'indexation de problématiques sociologiques plus fortes » (Poulain, 2002 p 212). Le professeur Jean-Pierre Poulain explique ainsi : « l'alimentation est le processus de support de construction identitaire et de pensée magique, reflétant une différence radicale entre primitifs et le modernes (Levy-Bruhl) avec sacrifice aux dieux et au Dieu versus sacrifice du Dieu : avec pour conséquence, les primitifs deviennent l'objet de l'ethnologie et les modernes celui de la sociologie ».

La portée holistique de l'étude sociologique des déterminants de l'alimentation et de la malnutrition des enfants est illustrée par Poulain ainsi qu'il suit : « L'alimentation a une fonction structurante de l'organisation sociale d'un groupe humain ... Qu'il s'agisse des activités de production, de distribution, de préparation, de consommation, elle est un objet crucial du savoir socio anthropologique... Les pratiques alimentaires sont des marqueurs identitaires et par lesquelles se déploient des codes de différenciation sociale... » (Poulain, 2002, p 137).

Dans le but d'approfondir la meilleure compréhension du fait social qui est l'alimentation, la théorie sociologique applique des échelles d'analyse à quatre niveaux d'observations selon le modèle à quatre niveaux établie par Dominique Des jeux (Des jeux & Hercberg, 1996) qui comprend ; le macrosociologique, le niveau méso- sociologique et les logiques de la différenciation sociale, iii) le niveau microsociologique ainsi que les formes de rationalité alimentaire auxquelles s'ajoutent l'échelle d'observation biologique. La théorie sociologique met ainsi en relief la domination des systèmes (Sardan J. -P. O., 1995) et des règles collectives communautaires et familiale qui influencent les comportements ou pratiques individuelles qui affectent certainement la situation nutritionnelle de l'enfant. (Sardan J. -P. O., 1995)

En 1998, l'Unicef a établie modèle causal de la malnutrition des enfants plus ou moins holistique à trois niveaux en mettant en exergue les interrelations entre :

- **Les causes immédiates** que sont les maladies de l'enfance (facteur de santé) et le déficit diététique ;
- **Les causes sous-jacentes** liées au déficit alimentaire au sein du ménage, aux pratiques de soins inappropriées des enfants dues à l'environnement insalubre du ménage et à la faiblesse des services de santé, et le tout étant aggravé.
- **Les causes structurelles** liées à la pauvreté des ménages, à la faiblesse du capital humain, au manque de connaissance de la malnutrition et des pratiques adaptées de soins et aux facteurs sociaux, politiques, économiques et culturels.

Ce modèle holistique intègre la plupart des facteurs abordés par la majorité des modèles décrits précédemment. Ce modèle sociologique multisectoriel sera développé à travers l'étude détaillée des facteurs explicatifs de la malnutrition dans la suite de cette recherche.

CHAPITRE IV : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

La méthodologie désigne : « l'activité critique qui s'applique aux divers produits de la recherche (...). La méthodologie s'applique à tous les types de recherche, qu'il s'agisse des études quantitatives ou qualitatives, des travaux à orientation théorique ou des études sociographiques » (BOUDON, BOURRICAUD), 1982 p 369). Son opérationnalisation dans la construction d'un travail scientifique ne se fait pas au hasard. Elle tient compte, au préalable, d'un cadre théorique qui y occupe une place de choix.

Après le développement du cadre théorique dans lequel ont été élaboré la problématique et la grille de lecture qui tourne autour de dispositif communautaire et prise en charge des enfants malnutris dans les milieux défavorisés au Cameroun. Selon Beaud (2003, p.122), la méthodologie de la recherche est « un équilibre entre la théorie logique qui étudie les principes et les démarches de l'investigation scientifique et la pratique qui est la recherche sans questionnement, sans réflexion théorique, mais combine les différentes interprétations théoriques ». Amin (2005, p.28) présente la méthodologie comme le fondement de l'écriture des sciences sociales car le chercheur doit maîtriser les canaux et les contours pour mener à bien sa recherche. Dans le même ordre d'idée, Vumuka-Ku-Nanga et Matangila Musadila (2013, p.54) estiment que, la méthode « est l'ensemble des procédés scientifiques poursuivis par le chercheur pour aboutir aux résultats. Il n'y a pas de méthode supérieure à une autre, chacune prévalant dans son champ précis. Elles sont donc diverses et variées, spécifiques pour chaque recherche. Elles peuvent être descriptives quand il est question d'une description ; analytiques, pour le cas d'analyse d'une situation ». Le Pr Edo Kodjo Maurille Agbobli (2014, p.26), réenrichit en disant que « la méthode présente une variété d'approches rendant au chercheur, au lecteur des instruments de compréhension de la recherche entreprise, de la lecture effectuée ou du texte ». De tout ce qui précède, on peut dire qu'un travail de recherche sans méthode est vide. Vumuka-Ku-Nanga et Matangila Musadila (2013, p.54)

Il s'agira dans cette section de présenter la méthodologie que nous avons employée pour mener cette étude. Nous allons nous appuyer sur le type de recherche effectué, et reviendrons sur le rappel de l'objet de l'étude, sur la question de recherche et le corps d'hypothèses. Enfin, nous évoquerons les méthodes et techniques d'investigation.

4.1. Rappels sur la question de recherche et les hypothèses

Nous voulons, au moyen de cette recherche, explorer le rapport entre le dispositif communautaire et prise en charge des enfants malnutris dans le milieu Camerounais /Bockle. Il s'agit ainsi pour nous de comprendre et d'expliquer l'avantage qu'aurait le dispositif communautaire sur le processus d'accompagnement de prise en charge des enfants malnutris dans le milieu Camerounais.

4.1.1 La question de recherche

A travers cette recherche nous envisageons explorer le rapport entre le dispositif communautaire et prise en charge des enfants malnutris dans le milieu camerounais/Bockle. La question de recherche de notre travail est la suivante : De quelle manière le dispositif communautaire et prise en charge des enfants malnutris est un problème pour la santé? Cette question nous a guidées vers une littérature conséquente et des investigations théoriques dont nous avons résumé le débat dans l'hypothèse générale.

4.1.2. Les hypothèses et leurs variables

L'hypothèse est une affirmation provisoire suggérée comme explication d'une question posée. Elle sert à engager une réflexion plus ou moins approfondie et orientée vers des informations plus ou moins précises.

Pour Grawitz (2000, p.398), « l'hypothèse est une proposition de réponse à la question posée. Elle tend à formuler une relation entre des faits observés. Ceux-ci rassemblés ; elle permet de les interpréter, de leur donner une signification qui, vérifiée, constituera un élément possible de début de théorie ».

Une hypothèse est donc une affirmation provisoire concernant la relation supposée entre deux ou plusieurs variables et qui, après l'investigation sur le terrain ou en laboratoire peut être confirmée ou infirmée. Nous avons émis une hypothèse générale et plusieurs autres hypothèses opérationnelles.

L'hypothèse générale et les hypothèses de recherche formulées sont présentées ci-dessous.

4.1.3. L'hypothèse générale et ses variables

Comme réponse provisoire à la question de recherche, nous avons formulé une hypothèse générale qui stipule que : «*Le dispositif communautaire a un impact sur la prise en charge des enfants malnutris dans le milieu Camerounais/Bockle* » à travers le facteur économique, le facteur social et le facteur environnemental».

L'hypothèse étant un énoncé qui prédit une relation entre deux ou plusieurs variables, et la variable elle-même étant une caractéristique qui peut prendre différentes valeurs pour

exprimer des degrés et des quantités, notre hypothèse générale est constituée de deux variables. La variable indépendante (VI), c'est celle que nous manipulons dans le but de contrôler ou d'analyser ses effets sur le comportement étudié. La variable dépendante (VD), elle est celle qui va subir les effets de la variable indépendante, elle est la réponse mesurée par le chercheur. Ainsi, nous avons comme:

- Variable indépendante (VI) : Dispositif communautaire

En effet, comme le signale Grawitz (1993, p.347) : « l'hypothèse ne peut être utilisable que sous certaines conditions. Elle doit avant tout être vérifiable » Autrement dit, les variables mises en relation par l'hypothèse générale doivent être définies pour permettre des observations, précises. De ce fait, nous nous sommes appuyés sur la théorie démographique, la théorie de la sociologie, la théorie politique et la prise en charge pour opérationnaliser la variable indépendante de notre hypothèse générale. Cette opérationnalisation nous a permis d'obtenir des modalités qui sont :

Modalité 1 : facteur économique

Indicateur : pauvreté, revenu des parents, prise en charge,

Modalité 2 : Facteur social

Indicateur : relation parent corps soignant, éducation thérapeutique, instruction des parents

Modalité 3 : Facteur environnemental

- **Indicateur** : climat, milieu de vie, catastrophe naturelle, résidence

- Variable dépendante (VD) : prise en charge des enfants malnutris dans le milieu Camerounais/Bockle

Quant à la variable dépendante, elle reste par contre sans changement et permet d'observer les effets de la variable indépendante sur elle.

Partant de la description des variables de notre hypothèse générale, l'on peut symboliser les hypothèses de recherche selon la structure logique factorielle de nos hypothèses de recherche qui se présente comme suit :

Tableau 01 : Plan factoriel de nos hypothèses d'étude

VI VD	Prévention de risque sanitaire (Y)
Facteur économique = x1	$X1 \times Y = X1Y$
Facteur social = x2	$X2 \times Y = X2Y$
Facteur environnemental = x3	$X3 \times Y = X3Y$

Dans cette structure logique découlent les hypothèses de recherche suivantes :

4.2. Les hypothèses de recherche

L'opérationnalisation de l'hypothèse générale nous a permis de construire les hypothèses de recherche. Partant de postulat que l'hypothèse de recherche est une supposition qui est avancée pour guider une investigation, sa formulation évoque les éléments mesurables et manipulables dans l'expérimentation

Les hypothèses de recherche permettront de mener à bien cette recherche puisqu'elles sont plus concrètes que l'hypothèse générale.

Ainsi avons- nous formulé trois hypothèse opérationnelles qui sont :

Hypothèse de recherche1 : le facteur économique influence la prise en charge des enfants malnutris dans le milieu Camerounais

Hypothèse de recherche2 : Le facteur social a un impact sur la prise en charge des enfants malnutris dans le milieu Camerounais

Hypothèse de recherche3 : Le facteur environnemental contribue à la prise en charge des enfants malnutris dans le milieu Camerounais

Tableau synoptique des hypothèses, variables, modalités et indicateurs

Hypothèse générale	Hypothèses spécifiques	Variable indépendante	Modalités	Indicateurs
Dispositif communautaire à un impact sur la prise en charge des enfants malnutries au Cameroun/Bockle	HS1 Le facteur économique influence la prise en charge des enfants malnutries dans le milieu Camerounais/ Bockle	Dispositif communautaire	Facteur économique	-Pauvreté -Revenu des parents -Prise en charge
	HS2 Le facteur social influence la prise en charge des enfants malnutries dans le milieu camerounais/Bockle		Facteur social	-Relation parents- corps soignant -Education thérapeutique -Résidence
	HS3 Le facteur environnemental contribue à la prise en charge des enfants malnutries dans le milieu camerounais/ Bockle		Facteur environnemental	-Climat -Milieu de vie

4.2.1. Type de l'étude

Il existe plusieurs types de recherche en science et notamment, dans les sciences sociales. On peut ainsi citer les recherches expérimentales, descriptives, etc. Chacune d'elle obéit à une logique scientifique qui nécessite parfois des aménagements méthodologiques selon la spécificité du type de recherche sans toutefois rentrer en marge de la dialectique scientifique. C'est en obéissant à ces préceptes méthodologiques que nous disons de notre recherche qu'elle est de type exploratoire et descriptif.

Descriptif dans la mesure où elle cherche à expliquer le rapport entre le dispositif communautaire et prise en charge des enfants malnutris dans le milieu Camerounais dans la région de Garoua et précisément au Centre Médical d'Arrondissement de Bockle. Le paradigme exploratoire, descriptif privilégie exclusivement l'explication c'est-à-dire qu'il a pour seul but de mettre en évidence les facteurs qui expliquent le phénomène. Il implique l'utilisation de la méthode d'observation où on met en place des plans afin d'examiner le changement d'une situation à expliquer (variable dépendante) lorsqu'on soumet une (des) autre(s) variable(s) à des variations (variables) indépendante(s). Au regard de ce qui peut être exploratoire et descriptif, force est donnée de constater que notre étude se veut qualitative de par la nature de ses variables de recherche. Notre étude est une recherche qualitative. La recherche qualitative a pour objet d'étudier les phénomènes humains en vue de plus de compréhension et d'explication. La recherche qualitative est intensive à ce qu'elle s'intéresse surtout à des cas et à des échantillons plus restreints qui sont étudiés en profondeur. Elle permet de rechercher le sens et les finalités de l'action humaine et des phénomènes sociaux. Elle s'inscrit dans la recherche clinique, qui est non-objectivant et qui fait appel à la méthode qualitative.

En effet, la recherche clinique repose sur l'idée que la situation clinique est la source d'inspiration et le lieu d'élaboration de la recherche. Elle porte une attention particulière à l'engagement de l'observateur et procède à une description minutieuse de la spécificité de la situation en se fondant sur le plan méthodologique, sur des études de cas comme source de connaissance du fonctionnement psychique qui vise à construire en une structure intelligible des faits psychologiques dont un individu est la source Perron, (1979) cité par Fernandez et Pardinielli (2006). La recherche clinique permet d'aborder des phénomènes complexes. Son objectif étant de comprendre certains processus et de formuler des significations Fernandez & Pardinielli, (2006). Evidemment, nous cherchons dans cette étude à appréhender les processus d'accompagnement psychologique dans la prise en charge des enfants malnutris dans le Centre Médical d'Arrondissement de Bockle

4.2.2. Présentation et historique du Site de l'étude

Garoua est la capitale de la région du Nord du Cameroun et le chef-lieu du département de la Bénoué. Elle a été érigée en communauté urbaine de Garoua en 2008. La population est estimée à 361000 habitants en 2022, soit la troisième ville du pays. Elle était l'une des premières villes du Cameroun avant la colonisation et était la capitale régionale du grand-Nord jusqu'en 1982. La langue principale d'échange de la ville est le Fulfulde. Cette ville est créée par Modibo Haman Njoundi en 1835. Sous le règne de Malloum Issa, Ribadou-Garoua devient une cité et prend le nom de Garoua. La population des alentours vient s'installer dans cette ville calme. En 1890, avec l'arrivée des bateaux et le commerce de sel, d'étoffes, du sucre, la ville prend de l'ampleur.

Dès le XIV^e siècle, en provenance de Fouta Toro dans la vallée du fleuve Sénégal, les pasteurs Foulbé transitent par les différentes provinces de l'empire du Mali de l'époque, et notamment de la Macina puis le Niger, le pays Haoussa avant d'aboutir au lac Tchad. Ils assistent ainsi à la constitution du royaume du Kanem Bornou par les Kanouri. La ville a été fondée par l'émir Peul Modibo Adama, qui a établi l'émirat d'Adamawa au XIX^e siècle. Pendant la première guerre mondiale, l'Allemagne livre d'importants combats pour défendre la ville qui appartient au Kamerun. Le siège de Garoua débute le 15 Janvier 1915 et se termine le 10 Juin 1915, Après cinq mois de résistance allemande. La population de la ville était de 300000 personnes en 1967. Garoua est la ville natale du premier président Camerounais, Ahmadou Ahidjo. A ce titre, Garoua bénéficie de beaucoup d'infrastructures parmi lesquelles un aéroport international. Le Gouvernement a créé, le 17 Janvier 2008 Une communauté à Garoua. Car cette ville compte Huit Arrondissements à savoir : Baschéo, Bibemi, Dembo, Demsa, Garoua1, Garoua2, Garoua3, Lagdo. Et notre site de l'étude se trouve précisément dans le troisième arrondissement de Garoua du village Bockle. Toutefois le Centre Médicale d'Arrondissement de Bockle est géographiquement limité au Nord par Fleuve Bénoué, au Sud par chefferie du 3^{em} degré à l'Est par l'école de formation d'émergence et à l'ouest par Hôtel Dreamland Annexe.

4.2.3. Organisation et fonctionnement du Centre Médical d'Arrondissement de Bockle

Le Bureau de district sanitaire (BDS) est le niveau opérationnel de régulation le plus décentralisé du Ministère de Santé Publique et de Lutte contre le Sida (MSPLS), il a pour principale mission, l'encadrement et la supervision des formations de santé (FOSA) de son aire de responsabilité en vue d'améliorer leurs performances, la planification des interventions sanitaires et la coordination des intervenants au niveau du district sanitaire.

Le district sanitaire a, dans ses attributions, la conception, la planification, la mise en œuvre, la coordination, le suivi-évaluation de toutes les activités sanitaires menées dans son aire de responsabilité. Ces activités sont de nature promotionnelle, préventive, curative et réadaptation elle.

Bref le Centre Médical d'Arrondissement de Bockle est l'établissement sanitaire de premier recours en milieu urbain, il assure les soins curatifs essentiels, les activités de protection de la Santé de la mère et de l'enfant, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles et les consultations médicales de médecine générale ; de pédiatrie et de gynécologie, dans certains cas,

- **Le centre de référence pour la planification familiale :** Dont le rôle essentiel est d'appuyer les établissements des soins de santé de base (ESSB) qui fournissent des prestations de planification familiale. C'est un centre de consultation, d'information et de formation pour tout ce qui a trait aux activités de contraception et de fertilité.
- **Le centre de diagnostic spécialisé de la tuberculose :** Il s'occupe essentiellement des problèmes de prise en charge des cas de tuberculose et appuie les établissements des soins de santé de base (ESSB) qui interviennent dans le programme de lutte antituberculeuse.
- **Le laboratoire d'épidémiologie et d'hygiène du milieu:** Il a pour mission de soutenir les programmes de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, notamment pour les aspects liés au contrôle de certains produits à risque et au diagnostic biologique et immunologique des maladies faisant l'objet d'un programme structuré de lutte.

✓ Composition et organisation de l' Equipe Cadre de District (ECD)

Selon le document des normes sanitaires pour la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) III. L'Equipe Cadre de District (ECD) doit être composée de 14 personnes dont 10 de l'ECD et quatre de l'hôpital de district. Il s'agit de : le Médecin

Chef de District le Médecin Directeur de l'hôpital de district ou son représentant, le Chef nursing, trois superviseurs polyvalents 14, le chargé du SIS, le gestionnaire des ressources du Bureau du District Sanitaire (BDS), le secrétaire administratif et comptable du (BDS) le technicien de promotion de la santé, le technicien de maintenance biomédicale, un technicien Chef de laboratoire de l'hôpital de district une sage-femme chef de la maternité et un pharmacien du (BDS). Cette ECD est placée sous la coordination du Médecin Chef de District Sanitaire (MCDS).

L'Equipe Cadre de District (ECD) met en œuvre le paquet de services sous la coordination et la supervision du Bureau Provincial de la Santé (BPS) et les différentes directions centrales du Ministère de Santé Publique et de Lutte contre le Sida (MSPLS). L'ECD assure un service d'administration et de rapportage pour faire le point sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du PNDS III 2019- 2023.

Ce paquet de services s'articule autour des axes suivants : Planification et gestion des activités du district ; Supervision ; Approvisionnement en médicaments et autres intrants essentiels ; Gestion des données ; Formation ; Référence et contre-référence ; Gestion des ressources humaines et financières Implication communautaire; Appui technique, Organisation et coordination des interventions.

- **Equipe Cadre du District** L'(ECD) est responsable de la planification, de l'organisation, de la mise en œuvre, du, suivi et de l'évaluation des soins de santé primaires de qualité. A son niveau, le district sanitaire doit intégrer la planification faite « de bas en haut » (partant de la communauté) et celle faite « de haut en bas » (partant des orientations du Ministère de la Santé publique et de la lutte contre le SIDA) suivant un plan coordonné, global et unique pour son district et ses structures de soins.

L'Equipe Cadre de District a aussi comme mission de sauvegarder le patrimoine foncier, immobilier et mobilier des structures sanitaires du district. Elle est la véritable instance chargée de garantir et d'assurer l'opérationnalité du district. Elle est responsable de la bonne gestion des ressources humaines, matérielles et financières disponibles afin d'assurer le meilleur fonctionnement et la coordination des structures de santé dans le district, ainsi que le soutien des activités communautaires à travers les CoSa., Les principales composantes du paquet de services du BDS sont décrites dans les « Normes sanitaires 2019-2023 ». Elles sont synthétisées dans ce document, en tenant compte des apports plus récents.

4.2.4. Mission et Objectif du Centre Médical d'Arrondissement de Bockle

Elle consiste donc à créer un espace d'échange entre les professionnels de santé, les médecins locaux et les volontaires dans l'objectif de les épauler dans leurs missions quotidiennes au sein des structures médicales partenaires. Le district de santé a pour mission, la planification, la coordination et la supervision de la mise en œuvre des activités des programmes de santé dans les Formations Sanitaires (FOSA) publique, confessionnelles agréées et privées opérant au sein du district. Le centre de santé de Bockle dispose d'un Comité de Santé (COSA) et d'un comité de gestion (COGES) qui servent d'interface entre le FOSA et la communauté à la base. Le Bureau du District Sanitaire (BDS) joue également un rôle dans la coordination et le suivi-évaluation des interventions sanitaires des différents acteurs dans le district, y compris l'encadrement des interventions communautaires. Chaque district de santé est dirigé par une Equipe Cadre de District (ECD) sous la conduite d'un Médecin Chef de District (MCD) qui rend compte au bureau provincial de santé. La tâche principale du centre de santé de Bockle consiste à offrir le paquet minimum d'activité. Les consultations curatives polyvalentes, adultes et enfants, prenant en compte toutes les plaintes et symptômes (maladies transmissibles, non transmissibles, chroniques, mentales) des patients instaurent un traitement. Le registre des consultations curatives comprend aussi les données personnelles du malade, le lieu d'habitation-colline /sous colline, la date et type : nouveau cas de plainte ou consultation de l'évolution des plaintes et etc. Prise en charge des urgences, c'est-à-dire la stabilisation-traitement, et l'organisation de la référence vers l'Hôpital de District (HD) conjointement avec la famille. Une urgence se réfère, peu importe si le ou la malade peut payer ou non. Une créance officielle est signée par la famille. Les consultations préventives des enfants seins : pesées, taille, examen clinique, basique, vaccination, administration de vitamine A, prise en charge éventuelle de l'enfant malnutri. Les consultations prénatales : anamnèse, examen clinique de base (poids, taille, TA, pouls, hauteur, utérine, BCF), préinscription des examens de labo, de routine (glycosurie albuminuries, HB), vaccination AT, administration de fer + acide folique. Les consultations post natale : pour la mère ; anamnèse, examen clinique de base (poids de la mère, permettre brachiale, TA, douleurs pelviennes, pâleurs des conjonctives, œdèmes des membres inférieures, état des seins (vérifier la présence de la mastite , des crevasses, de la masse (abcès chaud) ; du périnée (si plaie infectée, si épisiotomie ou déchirure, si présences de fistule obstétricales), de l'utérus (présence des signes d'infection, perte malodorante , fièvre, douleur, saignement) et l'abdomen (cicatrise infectée, abdomen douloureux, contractures). Gestion et exécution des actes techniques, le circuit de la parturiente : accueil et enseignement, remplissage du programme, accouchement assisté, par

voix basse + épisiotomie + section du cordon, ou référence à temps pour dystocie ou hémorragie, soins immédiats ou nouveau-né, pesée, diamètre bipariétale, mise au sein, administration de méthédrine, suture de l'épisiotomie et désinfection du périnée. Une remarque utile est de classer les programmes/ année et par mode alphabétique ou numérique, de façon à pouvoir retrouver le déroulement de ou des accouchements précédents de la parturiente. Distribution des tâches

Le Centre de santé de Bockle ou appelé encore (CMA) est organisé de la manière suivante :

❖ **Médecin Chef du District**

Le Médecin Chef du District (MCD) est d'abord un chef d'équipe, un animateur :

Il doit avoir un sens élevé de responsabilité et de leadership.

Il doit déléguer ses tâches (secrétariat, finances, approvisionnements...) et ne peut vouloir tout faire lui-même.

Il doit favoriser le travail en équipe.

Il doit coordonner les ressources disponibles dans son district pour assurer son fonctionnement optimal.

Il doit s'impliquer dans la supervision compte tenu de son gradient de compétence.

Il doit assurer la consultation.

Il doit superviser et coordonner toutes les activités ; donner les ordres et contrôler l'exécution.

S'occupe de la chirurgie

❖ **Médecin Consultant**

Fait la consultation des malades ;

S'occupe de tour de salle ;

Prescrit les médicaments ;

Réfère et observe les malades

Collabore avec son chef et les restes des infirmiers.

❖ **Infirmier Titulaire du Centre**

S'occupe de la gestion (personnels, matériels, et bien du centre). Apprête les documents administratifs ;

Contrôle le mouvement des infirmiers,

Contrôle l'entrée et la sortie de la caisse

Propose la permutation des personnes

❖ **Directeur**

Contrôle l'administration du soin et s'occupe de recyclage des infirmiers ; s'occupe de l'encadrement des stagiaires ;

S'occupe également de centralisation et de l'expédition des rapports épistémologiques ;

Contrôle les chefs des services différents.

Le patient, à son arrivé, il passe à la réception pour se faire enregistrer et retirer la fiche de consultation dignement remplis par le réceptionniste, après lui avoir verbalisé du connaissance de quoi il souffre, la réceptionniste prélève les signes vitaux qui doivent être mentionné dans la fiche, en suite il est orienté en consultation.

A la fin de consultation, l'infirmier va donner au malade un bon de laboratoire. A la sortie des résultats, des examens, l'infirmier va prescrire le traitement conforme et qui permettra l'orientation du patient, soit à l'observation soit à recevoir les soins ambulatoires ou encore qui pourra aboutir à un transfert vers un hôpital de référence

4.3. Populations et échantillon

Sous ce titre, nous commencerons par présenter la population d'étude avant de nous intéresser à l'échantillon lui-même.

4.3.1. Population d'étude

La population est un univers d'enquête défini comme étant « *l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de l'enquête. C'est l'ensemble d'unités élémentaires sur lesquelles porte l'analyse* » (Mucchielli, 1973 :16). Le choix de la population d'une étude est imposé par la nature de l'information à recueillir. Les membres de ladite population doivent être capables de fournir des réponses pertinentes aux questions du chercheur. Ce choix n'est donc pas neutre et prédétermine la distribution des réponses que le chercheur veut obtenir. Vu l'intitulé de notre étude, la population se compose de tous (les enfants malnutris du village Bockle dans la région du Nord-Cameroun. Ainsi, on distingue une population cible et une population accessible. La population cible est l'ensemble des personnes qui satisfont aux critères de sélection définis d'avance et qui permettent de faire des généralisations. Pour cette étude, la population cible concerne tous les enfants malnutris du village Bockle de Garoua III. Comme on a rarement la possibilité d'étudier la population cible dans sa totalité, on examine la population accessible. Mucchielli, 1973 :16).

La population accessible est un sous ensemble de la population cible. Elle est celle à laquelle nous avons pu accéder pendant nos investigations. Pour cette étude, la population accessible

concerne tous les enfants malnutris du village Bockle. L'échantillon c'est un ensemble d'individu extrait d'une population étudiée de manière à ce qu'il soit représentatif de la population mère pour l'objet de l'étude (Gordon1993).

L'échantillon doit par conséquent posséder toutes les caractéristiques de la population d'enquête d'où il est tiré afin de la généralisation des conclusions à l'ensemble du groupe. Il est en effet impossible d'interroger toute une population pour des raisons de coût et de temps, ce qui conduit le chercheur à échantillonner un petit groupe pour ensuite extrapoler les résultats qu'il établit à la population entière. Pour cette étude, l'échantillon est constitué de sept enfants malnutris du village Bockle admissent au Centre Médical d'Arrondissement (CMA).

Echantillonner consiste à choisir un nombre limité d'individu, d'objet ou d'événement dont l'observation permet de tirer des conclusions applicables à la population entière (univers) à l'intérieur duquel le choix a été fait. Les méthodes d'échantillonnage donnent les différentes démarches à suivre pour extraire un échantillon tout en ayant un maximum de garanties quant à sa représentativité.

4.3.2. Echantillon

L'échantillonnage est un processus par lequel on choisit un certain nombre d'éléments dans une population de telle manière que les éléments choisis représentent ladite population. Il s'agit d'une notion importante en recherche, car lorsqu'on ne peut pas saisir un phénomène dans son ensemble, il est nécessaire d'opérer des mesures en nombre fini, afin de représenter ledit phénomène. À en croire Bacher repris par Rossi (1992, p. 27), « les techniques d'échantillonnage ont toutes pour objet, le choix, dans une population définie que l'on veut décrire, un certain nombre d'éléments qui devront présenter les mêmes caractéristiques que la population.» En d'autres mots, l'échantillonnage est la sélection d'une partie dans un tout. Elle est la forme réduite de la population mère puisqu'ayant les mêmes caractéristiques. C'est un ensemble d'individus extraits d'une population initiale de manière aléatoire ou non, de façon à ce qu'il soit représentatif de cette population.

Dans la présente étude, nous avons procédé à un échantillonnage à choix raisonné au moment d'apprentissage de l'éducation thérapeutique des aliments prêt à l'emploi car cela permet aux parents d'enfants malnutris pour améliorer la condition des enfants sous-nutrition. Il s'agit de tirer une portion de la population de telle manière que chaque membre y ait une chance égale d'être sélectionné. Ce procédé est considéré comme le meilleur moyen de sélectionner un échantillon représentatif.

L'échantillon est la partie de l'univers qui sera effectivement étudiée qui permettra, par exploration, de connaître les caractéristiques de la totalité de l'univers (Loubet Delbayle, 1989). Elle est un ensemble de population donnée que l'on tire au hasard pour réaliser une étude scientifique (Amin, 2005). L'échantillon est une prise de quelques éléments de la population. Le but ultime dans la plupart des investigations étant d'être capable de généraliser les résultats des données à l'ensemble de la population à partir dudit l'échantillon extrait. L'échantillonnage est la construction de l'échantillon qui, elle-même, permet de connaître le tout d'une partie. Dans le cadre de notre recherche, l'ensemble des enfants malnutris fréquentant les centres constituent la population de notre étude. De cette population-mère, nous avons choisi les enfants du Centre Médical d'Arrondissement de Bockle dont les caractéristiques respectent les objectifs que nous nous sommes fixés au départ. Ainsi, notre échantillon est composé au total de 08 enfants dans ce centre remplissant tous les critères de sélection. Ces critères sont :

- Premièrement, il fallait être enfant malnutris fréquentant le Centre Médical d'Arrondissement de Bockle ;
- Deuxièmement, il fallait que l'enfant se situe dans la tranche d'âge comprise entre 0 à 11 ans et. Nous avons choisi cette catégorie de jeunes, parce qu'un enfant de moins de 12 ans n'a pas un projet clairement identifié, mais a plutôt un rêve. Et de plus avec cette catégorie, le sujet a la maturité nécessaire pour répondre à tous nos questions et converser plus longuement.
- Troisièmes, les personnels doivent exercer dans le centre, assistant social et éducateur.

4.3.3. Echantillon d'étude et critères de sélection

Pour obtenir un échantillon le plus homogène possible, nous avons déterminé à l'aide des critères les caractéristiques qu'on désire trouver dans nos éléments de l'échantillon. Nos critères d'inclusion ont été le groupe d'âge (c'est-à-dire les enfants de 0 à 10ans avoir 11 ans, ne dépassant pas 11 ans), la maladie atteinte (malnutrition Aigu, Modéré, et Sévère), être porteur de la malnutrition. Nos critères d'exclusion ont été le centre choisi pour le traitement (nous avons exclu les enfants malnutris d'autres Centres) (nous avons exclu des patients qui ont plus de 11 ans et autre maladie).

Après avoir présenté la population, le type d'échantillonnage et l'échantillon de notre étude, nous allons à présent nous intéresser à l'instrument de collecte de données

4.4. Méthode de cueillette de données ou les techniques utilisées

Sous ce titre, notre travail se décomposera en deux phases : la première concerne la pré-enquête et la seconde, la collecte des données proprement dite : l'enquête. Dans la première phase, nous nous sommes rendus dans le Centre pour des démarches administratives afin que l'enquête ait lieu. Ainsi, nous avons demandé une autorisation d'enquête auprès du Responsable du Centre qui nous a ensuite donné son approbation. Après l'approbation du Responsable, nous avons soumis des lettres de consentement à chaque participant afin d'obtenir son consentement à participer à l'étude.

Dans la seconde phase, le déroulement de l'enquête à proprement dit. L'enquête est une investigation menée dans le but d'élucider ou d'expliquer une situation donnée. La collecte des données a été effectuée du 3 Mars au 15 juillet 2023 auprès de 7 parents d'enfants malnutris et 3 personnels fréquentant le Centre Médical d'Arrondissement(CMA) de Bockle.

4.4.1. Instruments de collecte des données de l'étude

Plusieurs instruments permettent la collecte des données en sciences humaines. Parmi ceux-ci, on peut citer le questionnaire, l'entretien, l'interview, le focus group discussion. A ce titre, le chercheur doit s'assurer que l'instrument choisi mesure effectivement ce qu'il prétend examiner. C'est dans ce sens que Grawitz (2001), soutient que dans la recherche, la nature même des informations qu'il convient de recueillir pour atteindre l'objectif commande les moyens pour le faire. En effet, il est indispensable d'approprier l'outil à la recherche, l'objectif à atteindre détermine le choix de la technique. Pour vérifier si le dispositif communautaire peut aider la prise en charge des enfants malnutris, nous avons utilisé l'observation et l'entretien. L'observation a été menée sur les enfants malnutris du village Bockle admissent au Centre Médical d'Arrondissement(CMA) du centre et l'entretien a été mené avec leurs agents de santé.

4.4.2. Plan observation

Elle est une technique qui permet au chercheur qui vit dans un groupe social de recueillir les données en appréciant les réalités sociales. Madeleine Grawttz souligne que : L'observation directe (...) provient du fait que l'observateur observe le groupe en train de Vivre, l'action qui naît, les processus pendant qu'ils se déroulent et non après coup. Il s'agit vraiment d'une observation directe et le plus souvent multidimensionnelle c'est-à-dire attachée à plusieurs aspects Grawittz. (1988).

La sociologie reprend de façon substantielle, sa réflexion sur le mode d'appréhension du réel par l'observation directe à partir des années cinquante seulement. L'observation directe est une technique des collectes des données qui permet au chercheur de prendre une position stratégique pour mieux observer le phénomène qu'il veut étudier « L'observation des faits est la seule base solide des connaissances humaines Envisageant toujours les faits sociaux non comme des sujets d'admiration ou des critique, mais comme des sujets d'observation, elle (science sociale) s'occupe uniquement d'établir leurs relations mutuelles » (Grawitz 1979)

D'après le Petit Larousse illustré (2008), l'observation est définie comme l'action de regarder avec attention les êtres, les choses, les événements, les phénomènes pour les étudier, les surveiller, et en tirer une conclusion. Pour Raymond et Luc (2006), l'observation comprend l'ensemble des opérations par lesquelles le modèle d'analyse (constitué d'hypothèses et de concepts avec leurs dimensions et leurs indicateurs) est soumis à l'épreuve des faits, confronté à des données observables. Elle est parfois appelée « travail de terrain » est une étape essentielle dans toute recherche en science sociales et humaines. Ces disciplines peuvent en effet être considérées comme des disciplines « empiriques » en ce sens qu'elles impliquent toujours la récolte et l'analyse des matériaux « concrets » telles que des réponses aux questions dans un questionnaire, des données statistiques, des propos recueillis dans le cadre d'entretiens, des documents audiovisuels ou des observations effectuées directement sur les lieux de vie des personnes étudiées. L'observation est un processus dans lequel les habitudes, les attentes, la connaissance scientifique et le savoir-faire de l'observateur jouent un rôle décisif. Raymond et Luc (2006).

Celui qui observe dégage de la réalité un certain nombre d'informations. Il recueille une quantité d'éléments qui lui paraissent pertinents. C'est un inventaire du réel, et déjà se pose un problème majeur celui de découper la réalité en unités pertinentes. Pour cette raison mais aussi parce qu'il ne peut tout percevoir, ni tout vouloir observer, l'observateur fait donc un choix; il sélectionne les informations qu'il aura dégagées en fonction d'un objectif final qu'il se doit de déterminer à l'avance; cela est nécessaire s'il ne tient pas, lors du dépouillement, à se retrouver face à une masse d'informations brute dont il ne saura que faire, ou s'il ne veut pas courir le risque que certains éléments importants passent inaperçus parce que mal ciblés. Afin d'effectuer une collecte de données intéressantes, que ce soit dans le cadre d'une recherche ou lors d'une évaluation, l'observation se trouve à être un outil totalement adapté et nécessaire à la réalité des éducateurs spécialisées. L'observation est considérée comme une compétence requise de la discipline de l'éducation spécialisée, précisément en intervention. Elle se présente comme un élément de base permettant une analyse clinique dans le travail de

l'interventionniste. C'est sur l'observation que repose toute la démarche éducative, puisqu'elle permet d'avoir un portrait du sujet et de la problématique. L'observation peut être utilisée par les interventionnistes qui travaillent dans un contexte expérimental. Elle peut aussi être présente dans le quotidien que partagent l'interventionniste et le sujet, appelé vécu éducatif partagé. L'usage de l'observation dans l'étude s'explique aussi par le fait qu'elle comporte l'observateur, l'observé, le destinataire, leurs places et leurs déplacements, comme les relations entre eux, envisagés dans l'espace et le temps de leur rencontre. La méthode d'observation dans cette étude, est très importante car c'est un travail de décomposition-recomposition de la perception et des rapports ordinaires, tels qu'ils sont institués dans les modes d'observation construits à des fins scientifiques. Envisager l'observation comme un processus dans cette étude, c'est la considérer comme un ensemble de phénomènes auquel on peut assigner une unité, et que l'on peut considérer comme actif et organisé dans le temps. Une telle conception conduit à sortir de la logique habituelle, pour laquelle l'observation est morcelée, en étant considérée tantôt comme une méthode, tantôt comme un temps dans une démarche de recherche, ou encore comme un lot d'informations collectées. Car c'est plutôt la prise en compte de l'intrication de ces divers aspects qui nous paraît constituer la spécificité d'une observation construite.

Dans une étude comme la nôtre, observer c'est donc s'accaparer certains éléments du réel et en ignorer d'autres.

4.4.3. Présentation de l'entretien

L'entretien est une situation de communication orale, l'un est l'enquêteur et l'autre est l'enquêté. C'est un dialogue entre le chercheur et le répondant. C'est un contact face à face entre le chercheur et le sujet avec des questions adressées au sujet sur le thème d'étude. Les informations sont collectées à travers d'un guide d'entretien. Selon M. A. Tremblay, 1968(cité par Depelteau. F, 2003), l'entretien c'est aussi une technique d'observation qui comporte l'utilisation de question plus ou moins directe, adressées à un informateur rencontré fortuitement ou choisi en fonction de critères préalablement établi. M. A. Tremblay, 1968(cité par Depelteau. F, 2003),

4.4.4. Typologie des entretiens

L'entretien remplit généralement trois fonctions entre autres examiner des concepts et comprendre le sens d'un phénomène tel qu'il est perçu par les participants, servir comme principal instrument de mesure et enfin servir de complément aux autres méthodes de collecte des données. Partant de ces fonctions, nous distinguons trois types d'entretien.

❖ L'entretien non dirigé

Dans l'entretien non dirigé, la formulation et l'ordre des questions ne sont pas déterminées d'avance, mais laissés entièrement à la discrétion de l'interviewer. L'entretien non dirigé est un outil de prédilection dans les recherches qualitatives. Le chercheur introduit le sujet sur lequel doit porter l'entretien. Le participant est invité à exprimer ses idées sur le sujet ; l'interviewer doit manifester son intérêt et être attentif. L'entretien peut être amorcé par une question très large. Ce type d'entretien peut parfois constituer la première étape de la conception d'un instrument de mesure.

❖ L'entretien dirigé

Dans l'entretien dirigé, l'interviewer a la haute main sur le contenu et le déroulement des échanges ainsi que sur l'analyse et l'interprétation des mesures (Waltz et al. 1991). La nature des questions à poser, leur formulation et leur ordre de présentation sont déterminés d'avance. Comme les questions à poser sont fermées, l'interviewer est astreint à suivre un cadre défini. Un des avantages de ce type d'entretien est de permettre la comparaison des données entre les répondants.

❖ L'entretien semi-dirigé

Selon Loubet (2000) l'entretien est « *un type de relation interpersonnelle que le chercheur organise avec les personnes dont il attend des informations en rapport avec le phénomène qu'il étudie* » (p.47). Ainsi pour Grawitz (1990), l'entretien semi directif est : « *une communication orale ayant pour but de transmettre des informations de l'enquêté à l'enquêteur* » (p.744). Cette technique distingue l'entretien directif de l'entretien non directif. Selon que le contenu est ou non structuré par l'enquêteur, la participation est active. Chacun intervient à l'intérieur d'un champ délimité en fonction de l'objectif de l'enquête. Le choix motivé de ce type d'entretien est le fait qu'il peut admettre des questions formulées et/ou non formulées à l'avance, des questions ouvertes et celles fermées. Ce qui garantit une certaine marge de liberté aux répondants. Il se traduit par la production d'un discours par un sujet, dans le cadre d'une interaction avec une personne interviewée. Pour notre travail de recherche, nous avons privilégié l'emploi de l'entrevue semi-dirigée, puisque cette méthode permet aux sujets de « *parcourir des questions ouvertes comme ils l'entendent, selon un axe central proposé par la chercheuse* » (Mucchielli, 2009, p.122). Aussi, nous désirions enrichir notre matériel d'analyse et le contenu de notre recherche en favorisant l'afflux d'informations nouvelles avec nos enquêtés. Également, l'entrevue permet de recueillir le point de vue de protagonistes sur un sujet en particulier, en accédant de manière compréhensive à leurs

représentations et à leurs perceptions, en obtenant un matériel ancré dans leurs réalités personnelles et sociales (Rousseau et Bonnard, 2001 ; Van der Maren, 1996), ce qui concorde avec nos objectifs de recherche relatifs aux parents d'enfants malnutris.

Ainsi, le recours à l'entrevue semi-dirigée entant qu'une approche exploratoire nous semblait pertinent. Cette technique nous a aussi permis d'établir un climat de confiance avec les sujets rencontrés (Lamoureux, 2000), ce qui était nécessaire avec des parents qui avaient parfois peur de parler ou de se dévoiler, comme dans le cas de certaines familles. Les entretiens se sont déroulés pendant les mois de septembre, octobre et au Novembre. Ils ont été menés pour la plupart au domicile des participants. Quelques entretiens ont été menés dans les lieux du dit centre de santé. Tous les entretiens ont été enregistrés sur bande audio avec évidemment, le consentement du participant. Ces enregistrements ont permis de de transcrire fidèlement les discours des participants. L'entretien a duré entre 40 minutes et une heure.

Le chercheur fait appel à l'entretien semi-dirigé dans le cas où il désire obtenir plus d'informations particulières sur le sujet. Cet entretien est principalement utilisé dans les études qualitatives, quand le chercheur veut comprendre la signification d'un événement ou d'un phénomène vécu par les participants. Dans ce type d'entretien, l'interviewer arrête une liste des sujets à aborder, formule des questions concernant ces derniers et les présente au répondant dans l'ordre qu'il juge à propos.

Savoie-Zajc (2000, p.266) définit l'entretien comme :

« Une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laisse guider par le flux de l'entretien dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux sur lesquels il souhaite entendre le répondant, permettant ainsi de dégager une compréhension riche du phénomène à étudier ».

Donc, cet entretien porte sur un certain nombre de thèmes qui sont identifiés dans un guide d'entretien préparé par l'enquêteur. L'interviewer, s'il pose des questions selon un protocole prévu à l'avance parce qu'il cherche des informations précises, s'efforce de faciliter l'expression propre de l'individu, et cherche à éviter que l'interviewé ne se sente enfermé dans des questions.

4.5. Recherche documentaire

Utile à toutes les étapes de l'élaboration d'une recherche en science sociale, la recherche documentaire est une investigation préalable à la recherche proprement dite. Elle consiste en la recension des différents documents qui permettent aux chercheurs de mieux comprendre le sujet et surtout son domaine d'investigation. Pour Grawitz (1979). « La

technique documentaire consiste en une fouille systématique de tout ce qui est écrit ayant une liaison avec le domaine de recherche » (p.571). La documentation apporte certains types des matériaux sur des évènements passés que d'autres techniques seront incapables de procurer. Elle évite des démarches inutiles là où les matériaux existants sont suffisamment riches pour admettre une analyse directe sans nécessité de supplémenter les faits et les attitudes rapportées

4.5.1. Le choix des entretiens dans l'étude

L'usage des entretiens dans notre étude est jugé indispensable car il se déroule entre deux interlocuteurs dont l'un cherche à savoir la réalité sur un phénomène ou sur un sujet et l'autre qui est censé être bien placé pour en savoir plus sur le phénomène ou le sujet. Donc, le choix de l'entretien avec les agents santé et la prise en charge des enfants malnutris dans les milieux défavorisés Camerounais du village Bockle du Centre Médical d'Arrondissement (CMA). L'entretien est l'un des outils de collecte de données pour notre étude et est motivé par le fait que dans un cadre de soin d'aide, il faut placer l'écoute au prix de tout.

Dans l'étude, l'usage de l'entretien permet de saisir les réponses au fur et à mesure de l'entretien. Les éléments du guide d'entretien ont mis l'accent sur :

- ❖ L'identification ;
- ❖ Facteur économique ;
- ❖ Facteur social
- ❖ Facteur environnemental

4.5.2. Démarche de collecte des données

Dans cette partie, notre travail se décompose en deux phases : une dite de pré-validation du guide entretien qui est la pré-enquête et l'autre la collecte des données proprement dite : c'est l'enquête. La première phase sera effective une fois que le guide entretien est validé par le directeur de la recherche ; puis suivra immédiatement la phase de collecte proprement dit.

4.5.3. La pré-enquête

Elle consiste à tester sur un échantillon réduit, l'instrument prévu pour l'enquête dans l'optique d'en vérifier la validité et la facilité des thèmes et sous thèmes sur lesquels portent l'entretien et la facilité des indicateurs sur lesquels porte l'observation. Il était question pour nous d'éprouver notre grille d'observation et notre grille d'entretien sur le plan de la forme et du fond. Ceci ayant pour fondement de souligner si possible les lacunes, de les corriger le cas échéant et de s'assurer que le contenu de ces instruments de collecte de données répond effectivement à notre objectif. Nous avons procédé au test de fiabilité de nos instruments de collecte de données. Ce test a été fait à 7 parents des enfants malnutris choisis au hasard et à 3

agents de santé dans l'enceinte du Centre Médical d'Arrondissement de Bockle dans la région du Garoua. Ce Centre est limité au nord par le Fleuve de Bénoué, à l'est par l'école de la formation d'émergence, à l'ouest par l'Hôtel Dreamland Annexe et au sud par le Chefferie du 3^{em} degré. Parmi ces parents, femmes, 5 sujets étaient de sexe féminin et 2 personnes du sexe masculin, leurs âges oscillaient entre 20 et 30 ans. Au terme de cette étape, nous n'avons pas amendé nos outils de collectes de données. En effet, nous avons pu nous rendre compte que nos outils de collecte de données ont pu refléter quelques indices de dispositif communautaire et prise en charge que notre sujet a à leur tour pu manifester. Cette étape nous a permis de constater que les problèmes relatifs au non clarté des thèmes et sous thèmes étaient résolus.

4.5.4. L'enquête et ses difficultés

Cette section montre comment nous avons procédé dans l'observation et ressort les difficultés rencontrées.

Après avoir constaté que le guide d'entretien était accessible à tous, nous avons entamé l'investigation proprement dite en procédant à sa passation. Elle s'est déroulée du 3 Mars au 18 avril 2023, donc près de 1/2 mois avec des observations de terrain. Nous avons opté pour l'observation pendant l'action, donc pendant les activités et pendant les organisés dans les enceintes du Centre que nous avons pu nous entretenir avec ces derniers.

Tout au long de l'enquête, nous avons fait face aux difficultés qui méritent d'être soulignées entre autres quelques comportements inappropriés de ces parents qui ont rendu un peu difficile nos observations.

Parvenu à cette phase, il convient à présent de statuer sur la technique d'analyse de données.

La seconde difficulté à laquelle nous avons été confrontées était due aux conditions d'entretiens qui n'étaient pas toujours faciles. En effet, les conditions sonores ont été gênantes car, les enregistrements étaient parfois émaillés des cris, de claquements de porte, etc.

La 3^{em}e difficulté rencontrée était sérieusement sur la langue car certains parents d'enfants malnutris que nous les avons administré nos guides entretiens ne comprennent pas le français ni notre patois donc il a fallu l'intervention de relais communautaire qui joue la médiation entre nous et certains répondants.

4.5.5. Déroulement de l'entretien

Les entretiens ont eu lieu avec les participants retenus après leur soumission aux critères aux critères de sélection. Ils étaient tous volontaires à participer à l'étude. Les participants ont toujours eu la possibilité de refuser un entretien et ils étaient libres d'y livrer ce qui leur était

possible de dire Giordano(2003) ; Mayer & Ouellet, (1991). La consigne est de verbaliser spontanément l'expérience vécue, telle que le sujet ressent verbalisant son vécu traumatisant. L'entretien directif constitue un type d'entretien où les questions formatées et posées de manière identique au interviewé. Cette technique d'entretien est utile pour établir des comparaisons au sein d'un échantillon, c'est-à-dire le groupe des personnes auprès desquelles l'enquête est menée. En revanche, ce type d'entretien permet facilement d'accéder aux représentations des personnes d'interviewées (leur vision sur un sujet), les questions orientant fortement le champ que l'enquête pourra investir par ces réponses. Il permet de développer une démarche qualitative et de favoriser l'expression des points de vue et des opinions personnelles plutôt qu'une démarche quantitative. C'est une méthode qui sert à une approche compréhensive. L'entretien est utile quand l'enquêteur ignore le monde de référence de l'enquêté ou lorsqu'il ne souhaite pas décider à priori du système de cohérence interne des informations recherchées. L'entretien est adapté si l'étude se centre sur les individus ou un groupe restreint. Pour mener à bien une série d'entretiens, il faut faudra s'assurer de disposer d'un temps suffisant pour l'analyse car le traitement à posteriori demande du temps pour que la richesse de l'entretien soit exploitée le mieux possible.

4.6. Récit de vie

Le récit de vie a pour objet de nous renseigner sur les expériences de vie des sujets aux différentes étapes et plus particulièrement celles qui ont précédées et suivies la période des exactions et de la maladie de nutrition qu'ils ont subis ou pour lesquels ils ont été les témoins directs. En traitant le parcours de vie, à la fois pré- et post-trauma, il s'agissait de saisir l'impact de la malnutrition. Tout en mettant l'accent sur l'événement le plus douloureux, il fallait garder à l'entretien toute la neutralité utile et aider le sujet à s'exprimer librement Cette reconstitution est pour nous une source de données pour l'analyse de la malnutrition et de ses effets chez les enfants atteints de sous-nutrition du Centre Médical d'Arrondissement de Bockle. Il convient ici de noter, l'observation, et les entretiens semi-directifs que nous avons effectués ont été des techniques de collecte des données qui nous ont permis de recueillir dans une durée de temps assez limitée, un grand nombre d'informations auprès des parents d'enfants malnutris dans le milieu défavorisés Camerounais dans ce site. Quant à l'entretien semi- directif, le thème principal de l'entretien est décomposé en sous-thèmes mais cette dernière laisse la libre expression à la personne interrogée pour chacun de sous-thème.

4.6.1. Etape de Construction de guide d'entretien

Le guide d'entretien comprend un ensemble organisé des thèmes que l'on souhaite explorer. C'est un ensemble d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. Le degré de formalisation est fonction de l'objet d'étude, de l'usage et du type d'analyse que l'on projette de faire. Un guide d'entretien se prépare de manière toute aussi rigoureuse qu'un questionnaire même si l'élaboration d'un guide est plus concise que celle d'un questionnaire (Tichelen, b.d.). Le guide d'entretien selon Azioun (2018) est la liste des thèmes auxquels l'interviewer s'intéresse, thèmes sur lesquels il est susceptible d'effectuer ses relances. Il doit comporter les thèmes jugés pertinents par la littérature de recherche et/ou par les praticiens, les thèmes pertinents par rapport à la problématique du chercheur, et les thèmes venant de l'intuition et de l'observation de ce dernier.

Azioun (2018), affirme davantage que les thèmes de ce guide sont un aide-mémoire qui signale au chercheur tous les éléments sur lesquels il essaiera d'amener le répondant à s'exprimer de façon approfondie, mais seulement si le répondant aborde ou mentionne le thème lui-même. Le guide de l'interviewer doit être connu par cœur par l'interviewer. Ce guide peut être fixe ou évolutif (Azioun, 2018). Le but de l'interview est d'obtenir des réponses qui correspondent exactement à l'objet de la recherche et traduisent fidèlement ce que le sujet interrogé souhaite exprimer. Les questions doivent être comprises de la même façon par toutes les personnes interrogées (Delbayle, 1989). Dans le cadre de cette recherche, nous avons utilisé le téléphone et les guides d'entretiens comme matériels de collecte de données. Le téléphone nous a permis d'enregistrer les conversations que nous avons eues avec les participants. Cela nous a permis de faire la retranscription des informations obtenues en vue de faciliter l'analyse.

4.6.2. Techniques d'analyse des données

Le type de recherche que nous avons effectué, (qualitative), les objectifs et notre hypothèse ainsi que la nature des données collectées nous ont permis de recourir à l'analyse de contenu pour analyser nos observations et nos entretiens. Pour Cohen & al. (2007, p.461) l'analyse qualitative implique la manière dont un chercheur donne un sens aux données en termes de définitions de la situation par les participants, en notant les modèles, les thèmes, les catégories et les régularités. Cohen & al. (2018, p.643), déclarent que l'analyse qualitative des données englobe l'organisation, la description, la compréhension, le compte rendu et l'explication des données. L'analyse qualitative des données concerne la manière dont un chercheur part des données à l'interprétation et la catégorisation. Elle est un processus continu

qui a lieu pendant et aussi bien à la fin de la recherche (Cohen & al. 2018, p.644). Elle se focalise sur des données et des significations approfondies, spécifiques au contexte, riches et subjectives des participants (Cohen & al. 2018, p.643).

Pour Wanlin (2007, p.249), l'analyse de contenu est « un ensemble d'instruments méthodologiques de plus en plus raffinés et en constante amélioration s'appliquant à des « discours » extrêmement diversifiés et fondés sur la déduction ainsi que l'inférence. ». Cet auteur a donné trois étapes d'analyse de contenu à savoir : la pré-analyse ; l'exploitation du matériel et l'interprétation. Nous nous sommes basés sur ces étapes proposées pour faire l'analyse du contenu des verbatim des participants. Ainsi, nous avons premièrement lu et relu plusieurs fois les déclarations des participants afin de nous familiariser avec les données textuelles et comprendre le sens du message qu'ils veulent faire passer. Ensuite, nous avons procédé à la dissection de ces données textuelles afin de faire une catégorisation thématique. Et enfin, nous avons procédé au traitement et à l'interprétation des pièces des données catégorisées. Afin de protéger l'anonymat de nos participants, des pseudonymes ont été attribué lors de la citation de ces personnes.

4.6.3. Modèle d'analyse de l'étude

Le choix d'une technique spécifique et le sens de l'interprétation repose à la fois sur la nature du document, les questions qui structurent la recherche ainsi que sur les fondements épistémologiques qui animent le chercheur. Par ailleurs, l'analyse de contenu est une technique de traitement de données préexistantes par recensement, classification et quantification des traits d'un corpus. L'analyse de contenu permet de définir des catégories thématiques et formelles pertinentes pour la vérification de l'hypothèse et de coder un discours, un texte, des interactions sociales en groupes de ces catégories. La place de l'analyse de contenu des thèmes ou sous- thèmes est de plus en plus grande dans la recherche sociale, notamment parce qu'elle offre la possibilité de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité, comme par exemple les rapports d'entretiens semi-directifs (Raymond et Luc, 2006). Mieux que toute autre méthode de travail, l'analyse de contenu des thèmes ou sous-thèmes dans la recherche permet lorsqu'elle porte sur un matériel riche et pénétrant, de satisfaire harmonieusement aux exigences de la rigueur méthodologique et de la profondeur inventive qui ne sont pas toujours facilement conciliables. (Raymond et Luc, 2006).

4.6.3. Constitution des données de l'étude

La première étape de notre processus d'analyse a d'abord consisté à rassembler toutes les données recueillies susceptibles de répondre à notre question de recherche en lien avec les variables de notre modèle conceptuel. Il s'est agi pour nous d'une période de pré-analyse ayant pour but de vérifier que l'ensemble de nos données forme le corpus de notre recherche ou si l'on veut, l'ensemble du matériel à analyser pour reprendre Deslauriers (1991). Pour Deslauriers en effet, cette étape est celle qui consiste à de décontextualiser et de déconstruire les données afin d'obtenir des unités comparables. Notre travail ici englobait la retranscription et la codification des données c'est-à-dire, faire d'abord une transcription exacte des enregistrements audio sur papier pour chaque entrevue (verbatim) en les numérotant, puis, codifier les données en unité de texte. Nous avons veillé à ce que ce travail soit minutieusement élaboré, permettant de rassembler les données des dix entrevues que nous avons codifiées en sous-catégories de manière congruentes avec nos variables et suivant les modèles théoriques interprétatifs. Deslauriers (1991)

Pour parvenir à récolter les données nécessaires permettant de répondre à la question posée, l'entretien doit avoir été préparé en amont. Il s'agit

De définir les objectifs de la collecte, de formuler des hypothèses, de présenter des variables. Il faut garder à l'esprit qu'à ce stade, les variables

Présentées sont des propositions. C'est à partir de ces variables que les thèmes du guide d'entretien seront définis. Ces objectifs peuvent être

Définis pour le contexte dans lequel la collecte est organisée : Une recherche, une controverse, une prestation de service, par exemple. Selon ce

Cadre, l'objectif visera à répondre à une question qui n'est pas toujours très formalisée. Elle peut être inspirée d'une intuition ou d'un sentiment

Mais peut aussi être le résultat d'interrogation antérieure. La constitution d'un corpus est l'une des étapes qui permet de mener à bien

La recherche Mais elle intervient après avoir mis en évidence une hypothèse de travail. Ainsi, l'hypothèse qui préside à la constitution de notre

Corpus est-elle Née d'une étude effectuée sur la préposition dans. Les dictionnaires, pour la définir, donnent les différents emplois auxquels on

Peut avoir Affaire : par exemple, pour Dubois (1994). Dans indique le lieu, le temps, la manière, la manière d'être et l'état, introduit l'objet

Indirect du verbe Ou d'un substantif, marque l'évaluation approximative. Les grammaires, quant à elles, se focalisent sur les emplois syntaxiques

Possibles de la Préposition dans aussi des compléments et elles à caractériser ces différentes possibilités à l'aide de propriétés distinctives. Or,

L'on quitte les Exemples fournies pour observer les emplois de la préposition dans telle qu'utilisée dans la presse et la littérature, les

Descriptions disponibles apparaissent insuffisantes : Il faut aller plus loin dans la caractérisation de cette préposition afin de proposer des solutions appropriées.

4.7. L'analyse de contenu de type thématique

Selon Pedinieli (1994 :115) « l'analyse thématique est avant tout descriptive et peut être associée à d'autres modes de dépouillement. Elle correspond à une complexification de la question simple ; de quoi le sujet parle-t-il ? Elle procède par découpage du discours et recensement des thèmes principaux et secondaires qui peuvent faire l'objet d'analyses différentes selon les hypothèses »

Equivalente à l'analyse de données pour les données qualitatives, l'analyse de contenu est une méthode utilisée pour le traitement des données qualitatives. Elle est définie par Aktouf (1987) comme : « une technique d'étude détaillée des contenus de documents. Elle a pour rôle d'en dégager les significations, associations, intensions non directement perceptibles à la simple lecture des documents ». L'analyse de contenu repose sur le principe que la répétition d'unités d'analyse de discours signale les préoccupations, les centres d'intérêt des auteurs du discours. Elle nous a permis de dépouiller ; de classer, d'analyser les informations contenues dans nos entretiens. Aktouf (1987)

Égale entre eux et la possession de ressources de pouvoir dans les jeux relationnels est loin d'être étrangère à leur position dans les rapports sociaux plus larges. (ROULEAU, L, 2007, p 139- 141).

CHAPITRE V: PRESENTATION DES RESULTATS, DISCUSSION ET PERSPECTIVES

Après avoir présenté la problématique de la recherche, le cadre de référence ainsi que la méthodologie, c'est le moment de présenter les résultats de la recherche. L'analyse de la méthodologie qualitative est la phase ultime et la plus ardue de la recherche. Les différentes démarches étant déjà réalisées et décrites dans le chapitre précédent. Il est important maintenant de faire parler nos matériels, c'est-à-dire procéder à une analyse soutenue d'entrevues réalisées. Comme l'a souligné Bellot (2001), faire parler le matériel n'est pas que le fruit de la retranscription des données recueillies lors de nos entrevues, mais c'est un processus beaucoup plus complexe qui consiste en un processus de traitement, d'organisation, et de classement. Pour l'approche qualitative, il s'agit d'un processus de compréhension de la réalité décrite par les parents d'enfants rencontrés. Ainsi, cette partie vise à présenter les points de vue des huit interviewés (8) parents d'enfants de la santé dans le cadre de cette étude portant sur dispositifs communautaires et prise en charge des enfants malnutris dans le milieu Camerounais dans la région de Garoua et précisément au Centre Médical d'Arrondissement de Bockle. L'analyse a porté d'une part sur la condition des enfants malnutris et d'autre part sur leurs prises en charge.

5.1 Présentation des résultats

La majorité (55,1%) des ménages de cette étude était dirigée par des hommes, ce qui est comparativement faible par rapport à 7,4% des ménages dirigés par les hommes dans la même région en 2008 et 33,5% de ménages dirigés par les hommes à Garoua. Cela pourrait laisser sous-entendre qu'il y a de plus en plus de femmes chef de ménage au fil des années. Il ressort que 66,5% des chefs de ménage de cette étude n'avaient aucun niveau de scolarisation, ce qui était sensiblement identique au 67,7% qu'avait noté une étude dans la même région en 2008. Cet analphabétisme des chefs de ménages pourrait constituer un facteur limitant à l'atteinte de la sécurité alimentaire. A la première période de l'étude, la majorité (44,4%) des femmes de cette étude était non scolarisée. Ce fort taux d'analphabétisme des femmes en âge de procréer laisse présager un niveau de connaissance faible sur les bonnes pratiques d'alimentation et de soins à l'endroit des femmes en âge de procréer et du jeune enfant. Les stratégies d'interventions orientées vers le renforcement des connaissances et des pratiques devraient tenir compte de cela pour une meilleure efficacité. Habituellement, plus le niveau de

scolarisation de la femme est élevé, plus son statut économique est meilleur, plus elle a des connaissances sur l'importance d'une alimentation diversifiée et donc est de meilleur statut nutritionnel.

5.1.1. Caractéristiques de la consommation alimentaire des ménages

Une variation de la consommation des aliments a été notée entre les différentes périodes de l'année comme plusieurs autres études l'ont déjà confirmé suivant les saisons (Abizari A.R. 2017). Presque tous les ménages avaient consommés les céréales (mil/sorgho, maïs et le riz etc.) et tubercules dans chacune des trois périodes. La forte consommation des céréales dans cette étude était fortement due à leur disponibilité physique. Début février 2017, la situation alimentaire était satisfaisante et était caractérisée par une disponibilité des céréales sur les marchés.

Les ménages de la région du Centre-Ouest avaient des similitudes avec ceux du Niger en 2014 en termes de consommation des aliments à base de céréales. Les ménages (7,3%) à

Abidjan en Côte d'Ivoire en décembre 2012, avaient une alimentation basée sur les céréales, racines et tubercules blancs et 42,1% consommaient du lait ou des produits laitiers. Ces ménages consommaient plus du lait ou des produits laitiers que ceux de la région du Centre-Ouest en 2017 quelle que soit la période. En Ethiopie en 2011, le groupe des céréales était le plus couramment consommé (6%), les poissons, œufs et fruits étaient les moins consommés (Workico. A 2016)

L'analyse indique qu'au total, 36,3%, des ménages étaient en insécurité alimentaire (sévère et modérée) respectivement en période de soudure, relèvement et mitigation. Pour ces ménages, l'alimentation était monotone, peu diversifiée et peu riche. Ces résultats sont similaires à ceux d'autres études qui notaient que les régions du centre ont une prévalence d'insécurité alimentaire globale supérieure à la moyenne nationale. Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans ces régions plusieurs agriculteurs exercent d'autres activités et n'arrivent pas avoir un stock alimentaire suffisant. Ils font face aussi à l'augmentation du coût de la vie se manifestant entre autres par une réduction des dépenses totales et ou par une réduction des quantités des aliments achetés. Ces ménages sont en plus, beaucoup plus sensibles aux chocs liés aux facteurs climatiques comme la sécheresse et les inondations. Un autre élément important à prendre en compte est la répartition inégale des richesses dans ces régions. Il y a des ménages majoritairement très pauvres habitant dans les habitats précaires et d'autres ménages minoritaires plus riches.

Au Cameroun, une étude similaire réalisée en période post-récolte notait 19% et de 11% de ménages en insécurité alimentaire respectivement en 2012 et 2014. Ce qui est largement inférieur aux valeurs trouvées au Centre-Ouest du Burkina Faso en 2017. Ces différences s'expliquent par le fait qu'au Cameroun il y avait un projet de sécurité alimentaire des femmes et des enfants dans la région de Mopti, ce qui n'était pas le cas dans la région du Nord.

Au Niger, une étude similaire réalisée en Janvier 2011 notait qu'environ 2 ménages sur 10, (20%) étaient en insécurité alimentaire sous la forme sévère ou modérée, ce qui est largement inférieur aux résultats de cette étude (FAO 2011 p11). Cela s'explique par le fait que cette étude n'avait pris en compte que 12,6% des ménages urbains contre 28% des ménages pour celle du Niger. Aussi la crise de 2010 au Niger avait suscité l'intervention de l'état nigérien et de la communauté internationale dans la lutte contre l'insécurité alimentaire.

5.1.2. Facteurs associés à l'insécurité alimentaire des ménages

De façon naturelle, la consommation et la diversité alimentaires peuvent dépendre de certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques au niveau ménage.

Certaines variables étaient associées à l'insécurité alimentaire des ménages quelle que soit la période. Il s'agit de la province d'origine, du nombre de source de revenu et du nombre d'animaux d'élevage. Des études similaires avaient déjà montré une association entre l'insécurité alimentaire ou l'état nutritionnel et le revenu, la situation géographique (Oudraogo. O, 2019).

En Janvier 2011 au Niger une étude montrait que la consommation alimentaire s'améliorait avec la possession d'animaux. En outre la consommation des produits dérivés de l'élevage (viande et lait) augmentait le score de consommation alimentaire et aussi la possession d'animaux d'élevage améliorait l'indice de richesse, et par conséquent la sécurité alimentaire des ménages. Une étude réalisée au Tchad en 2012 notait que la diversification des sources de revenu était une stratégie clé des ménages pour améliorer leur sécurité alimentaire (Ollo S Etienne K 2013).

L'insécurité alimentaire des ménages de cette étude était associée au lieu de résidence en période de mitigation et de relèvement. Mistry *et al.* Ont déjà confirmé une association entre l'insécurité alimentaire et le milieu de résidence. Dans les villes, il y a plus de chefs de ménages avec un niveau acceptable d'éducation, un nombre de membres de ménage relativement faible et un revenu assuré dans la majorité des cas, ce qui contribue à diminuer le risque d'insécurité alimentaire. Dans les campagnes, la taille de la population du ménage jadis

considérée comme source de main d'œuvre constitue un obstacle à la sécurité alimentaire du ménage. Le ratio de dépendance du ménage, le sexe et l'âge du chef de ménage était associé à l'insécurité alimentaire du ménage en période de mitigation et de soudure mais pas en relèvement. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la période de relèvement correspondait à la période d'abondance et par conséquent chaque membre du ménage mangeait à sa faim.

À Abidjan le fait d'être un chef de ménage jeune, instruit, disposant de sources de revenus, de stocks alimentaires réduisait le risque d'insécurité alimentaire pour le ménage (IBM corps 2011).

En Ethiopie, le statut socioéconomique moyen et élevé, être un chef de ménage lettré, être un chef de ménage de sexe masculin, la taille du ménage, résider en milieu urbain, et la possession de stock alimentaire étaient positivement associée à la diversité alimentaire élevée dans le ménage. D'autres études ont montré une relation entre le sexe féminin et l'insécurité alimentaire du ménage. Au Cameroun en milieu rural, les femmes chefs de ménages qui sont généralement des veuves héritent très peu des biens de leur défunt mari du fait qu'elles sont toujours considérées comme des « étrangères ». Elles ont également peu accès aux ressources productives (terre, crédit, etc.) toute chose qui limite ainsi leur capacité d'accroître les disponibilités alimentaires du ménage et augmente leur sentiment d'être en insécurité. Le statut matrimonial du chef de ménage était associé à l'insécurité alimentaire du ménage en période de mitigation et de relèvement. Ce qui voudrait dire que l'insécurité alimentaire était indifférente au statut matrimonial du chef de ménage en période de soudure. Durant cette période de soudure, il y a souvent des ruptures de stock dans la majorité des ménages.

En période de mitigation, le niveau de scolarisation du chef de ménage et la taille du ménage étaient associés à l'insécurité alimentaire du ménage. Plus souvent, comme dans plusieurs études, le niveau de scolarisation est associé à l'insécurité alimentaire du ménage (Taruvunga. A 2013) mais il existe des exceptions selon la période d'étude. On peut penser que, plus le niveau de scolarisation du chef de ménage est élevé, plus son statut économique est meilleur, plus elle a des connaissances sur l'importance d'une alimentation diversifiée et donc est de meilleur statut nutritionnel. En 2017, au Burkina Faso, selon l'enquête permanente agricole, au niveau des ménages, les productions enregistrées laissaient présager que 45,8 % d'entre eux ne seraient pas en mesure de couvrir leurs besoins céréaliers avec leur propre production (Ministère de l'agriculture et de l'aménagement hydraulique 2017).

La sécurité alimentaire nationale et la sécurité alimentaire des ménages ne vont pas toujours de pair car la disponibilité des approvisionnements alimentaires en quantité adéquate

et variée est une condition nécessaire mais pas suffisante pour assurer l'accès à tous les ménages qui sont dans le besoin.

5.1.3. Caractéristiques de la consommation alimentaire des femmes en âge de procréer

Aucun aliment à lui seul ne peut couvrir les besoins nutritionnels d'un individu. Pour couvrir les besoins nutritionnels une diversité alimentaire s'avère nécessaire. Chez les femmes, les œufs, les viandes, les fruits riches en provitamine A et les légumes à feuilles vert foncé étaient plus consommés en période de soudure. Les tubercules blancs, racines et plantains, les poissons et les autres fruits étaient plus consommés en période de relèvement. Le lait et les produits laitiers, les autres légumes et les légumes et tubercules riches en provitamine A étaient plus consommés en période de mitigation. Les céréales étaient majoritairement consommées durant toutes les périodes comme l'avaient souligné d'autres auteurs Bien (Savy. M 2006).

Que les légumes et feuilles soient consommés, les mauvaises pratiques culinaires (cuisson prolongée à l'eau, rejet du jus, adjonction de potasse pour attendrir les feuilles...) entraînent une déperdition des micronutriments (vitamines et minéraux). Ces mauvaises pratiques associées à la pauvreté du régime alimentaire en fer et vitamine A pourraient expliquer en grande partie la prévalence élevée de sous-nutrition dans cette population.

Il y avait une variation de la consommation des groupes ou sous-groupes d'aliments chez les femmes selon les périodes de l'année. Plusieurs études ultérieures ont confirmé cette variation selon les saisons. La faible consommation de certains aliments était due à leur disponibilité selon la période, aux préférences alimentaires, à la culture, à l'insuffisance de moyens financiers, à la religion et aux caractères et attitudes personnels (Frank. B 2015).

5.1.4. Diversité alimentaire des femmes en âge de procréer et facteurs associés

Le score moyen de diversité alimentaire des femmes variait de 6,48 ; 5,47 et 4,84 sur 10, respectivement en période de mitigation, soudure et relèvement. Ces scores moyens étaient similaires à ceux (5,1) trouvés au Bangladesh. D'autres auteurs ont trouvé des scores moyens de diversité alimentaire chez les femmes plus faibles par rapport aux scores moyens de diversité alimentaire des femmes de cette présente étude. En effet, le score moyen de diversité alimentaire trouvé chez les femmes était au Cameroun $3,82 \pm 0,05$, au Bangladesh $4,5 \pm 1,1$ au Malawi en saison post-récolte $4,7 \pm 1,2$ et en saison pré-récolte $4,0 \pm 1,0$ au

Kenya $3,78 \pm 0,99$ et en milieu rural en Zambie $4,39 \pm 0,03$. D'autres auteurs ont trouvé des scores moyens de diversité alimentaire plus élevés chez les femmes kényanes $6,84 \pm 1,46$ (HJertolm KG 2019).

Bien sûr, avoir une diversité alimentaire plus élevée ne garantit pas l'atteinte des besoins en micronutriments si la quantité de prise de ces aliments est très faible comparativement aux recommandations alimentaires. Mais force est de reconnaître qu'une faible diversité alimentaire a un impact négatif sur la santé en favorisant le double fardeau de la malnutrition

(Cooper AJ, Sharp SJ 2012)

Les différences entre ces différentes études et cette présente étude résident dans les milieux (rural et/ou urbain) choisis, le niveau d'éducation des femmes ainsi que d'autres facteurs.

La faible diversité alimentaire des femmes était associée à certaines variables selon les périodes agricoles de l'année. Les femmes du milieu urbain avaient moins de risque d'avoir une faible diversité alimentaire comparativement à celles du milieu rural durant les deux périodes (mitigation et soudure) de l'année 2017. Cela a été noté par une étude réalisée en Ethiopie qui notait que le lieu de Résidence était un déterminant significatif de l'atteinte de la diversité alimentaire adéquate. A Garoua, cela pourrait s'expliquer par le fait qu'en milieu urbain les femmes tirent l'essentiel de leur revenu du salaire ou autres activités rémunérées et du commerce d'une manière générale, tandis qu'en milieu rural elles mènent majoritairement des activités non rémunérées.

En période de mitigation et de soudure, les femmes vivant dans les ménages dont les membres étaient au plus six, étaient plus susceptibles d'avoir une faible diversité alimentaire comparativement aux femmes des ménages ayant plus de membres. D'autres auteurs avaient trouvé des liens entre la taille du ménage et l'atteinte d'une bonne diversité alimentaire.

Les femmes illettrées avaient plus de risque d'avoir une faible diversité alimentaire durant toutes les périodes comparativement à celles qui étaient scolarisées. Une autre étude notait que les femmes illettrées étaient 2,5 fois plus susceptibles d'avoir une faible diversité alimentaire et il en était de 3 fois pour celles qui vivaient en milieu rural. Le niveau de scolarisation influence les connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur l'alimentation et le recours aux soins de santé pour elles-mêmes et leurs enfants. Habituellement, plus le niveau de scolarisation de la femme est élevé, plus son statut économique est meilleur, plus elle a des connaissances sur l'importance d'une alimentation diversifiée et donc elle aura un bon statut nutritionnel (Moges MB & al 2018).

L'âge des femmes était déterminant dans leur diversité alimentaire en période de relèvement, les femmes plus âgées avaient moins de risque d'avoir une faible diversité

alimentaire. Par contre, un auteur notait que l'âge entre 15 et 30 ans chez les femmes était plus propice à l'atteinte d'une diversité alimentaire idéale.

Des projets ou programmes d'agriculture sensibles à la nutrition sont nécessaires pour augmenter la diversité et la qualité nutritionnelle de la production agricole et par conséquent la diversité alimentaire des membres du ménage concerné.

5.1.5. Caractéristiques de la consommation alimentaire des enfants

Chez les enfants de 6 à 23 mois, les produits de palm rouges, les fruits riches en provitamine A, les légumes à feuilles vert foncé étaient plus consommés en période de soudure. Les tubercules blancs, racines et plantains, les légumes et tubercules riches en provitamine A, les abats, les œuf, les viandes, les poissons, les autres fruits et les autres légumes, les sucres et produits sucrés, les légumineuses, noix et graines, les huiles et les graisses étaient plus consommés en période de relèvement. Tandis que le lait et les produits laitiers étaient plus consommés en période de mitigation uniquement. Le régime alimentaire de ces enfants était basé sur les céréales quelle que soit la période de l'année. Des études similaires ont confirmés cette forte consommation de céréales chez les enfants. Contrairement aux autres études réalisées dans les pays côtiers, les poissons consommés par les populations de cette étude étaient en majorité du poisson sec en poudre, c'est à dire sous forme de condiments.

5.1.6. Diversité alimentaire des enfants et facteurs associés

Le score moyen de diversité alimentaire des enfants de 6 à 23 mois variait de 4,84 ; 4,45 et 4,38 sur 7, respectivement en période de relèvement, mitigation et soudure. Des études similaires ont confirmé des variations de la diversité alimentaire chez les enfants. La diversité alimentaire des enfants de la région du Centre-Ouest du Cameroun était plus élevée que celle des enfants de la région du Centre du Ghana, du Sud-Ouest de l'Ethiopie, et de l'Inde. Mais, une diversité alimentaire élevée seule ne suffit pas pour atteindre les besoins en micronutriments, sans tenir compte d'une quantité raisonnable des aliments consommés.

En période de relèvement de cette étude, les enfants vivant dans les ménages ayant au plus 6 membres ou dirigés par les chefs de ménages jeunes de sexe masculin avaient étaient moins susceptibles d'avoir une faible diversité alimentaire comparativement aux autres enfants vivant dans les ménages ayant au moins 7 membres. En Ethiopie, être un chef de ménage de sexe masculin était positivement associée à la diversité alimentaire élevée.

Dans cette étude, en période de soudure, les enfants vivant dans les ménages ayant plus de sources de revenu étaient moins susceptibles d'avoir une faible diversité alimentaire. Une

étude réalisée en Tanzanie chez les enfants de 6 à 23 mois par Victor *et al.*, en 2014 montrait à travers l'analyse en régression multi variée que les principaux facteurs de risque de faible diversité alimentaire étaient l'âge de 6 à 11 mois, le faible niveau d'éducation des parents (mère/père), l'accès limité aux médias, l'insuffisance dans la participation des consultations post-natales et le statut socioéconomique pauvre. Chez les enfants d'âge préscolaire chinois, la diversité alimentaire était influencée positivement par le milieu urbain, les dépenses élevées sur l'alimentation des enfants et une prise des repas hors ménage élevée.

En période de soudure et de relèvement de cette étude, les enfants de 6 à 11 mois de sexe masculin étaient moins susceptibles d'avoir une faible diversité alimentaire comparativement aux autres plus âgés. En Ethiopie, une étude réalisée en 2014 chez les enfants de 6 à 23 mois a montré que leur diversité alimentaire était positivement associée à leur âge (6 à 11 mois) et aux connaissances de leur mère sur l'alimentation adéquate complémentaire (Gebremedhin S, Baye K2017).

D'autres études ont déjà montré l'association entre l'âge des enfants et leur diversité alimentaire dans d'autres pays, la pratique du maraîchage dans le ménage et la diversité alimentaire des enfants. Comme dans la présente étude, le sexe était associé à la diversité alimentaire des enfants dans d'autres études. A Garoua, cela pourrait s'expliquer par les pratiques socioculturelles différentes entre les filles et les garçons. La précocité du recours aux soins est fonction souvent du sexe de l'enfant et de l'ethnie, mais dans la majorité des cas le garçon est beaucoup plus priorisé. Ce qui va l'exposé plus au gavage, purge et autres traitements défavorable à la santé.

5.1.7. Caractéristiques de la consommation alimentaire des enfants

Chez les enfants de 24 à 59 mois, les œufs, les viandes, les fruits riches en provitamine A, les légumes et tubercules riches en provitamine A, les légumes à feuilles vert foncé, les produits de palm rouges, le lait et les produits laitiers étaient plus consommés en période de soudure.

Les tubercules blancs, racines et plantains, les autres fruits, les sucres et produits sucrés étaient plus consommés en période de relèvement. Tandis que les poissons, les autres légumes et les légumineuses, noix et graines étaient plus consommés en période de mitigation.

Durant toutes les périodes agricoles, les céréales étaient beaucoup plus consommées par les enfants de 24 à 59 mois comme dans d'autres études.

En général, les produits carnés n'étaient pas beaucoup consommés par les enfants de 24 à 59 mois de cette étude comme le soulignaient aussi d'autres études (Becquey. E 2011).

5.1.8. Diversité alimentaire des enfants de 24 à 59 mois et facteurs associés

Le score moyen de diversité alimentaire des enfants de 24 à 59 mois variait de 5,53 ; 5,33 et 5,12 sur 9, respectivement en période de soudure, mitigation et relèvement.

Les scores moyens de diversité alimentaire des enfants de 24 à 59 mois de la région du Centre- Ouest étaient en deçà de ceux. Trouvés chez les enfants d'âge préscolaire des milieux ruraux pauvres de la région du Centre-Sud de la Chine. Cette différence pouvait s'expliquer par la différence légère des tranches d'âge des enfants étudiés.

Les facteurs associés à la faible diversité alimentaire des enfants de 24 à 59 mois de cette étude variaient d'une période à l'autre. En période de relèvement de cette étude, les enfants de 24 à 59 mois du milieu urbain étaient plus susceptibles d'avoir une faible diversité alimentaire comparativement à ceux du milieu rural. Contrairement, d'autres auteurs ont trouvés que résidé en milieu urbain était associé à une diversité alimentaire élevée. Le fait de vivre en milieu urbain est signe de statut socioéconomique élevé et par conséquent d'une bonne accessibilité alimentaire. Cette différence pourrait s'expliquer par l'échantillon d'enfants de 24 à 59 mois du milieu urbain de cette étude qui était faible. Hirvonen *et al.* en 2016 ont montré que la différence de la diversité alimentaire chez les enfants entre le milieu rural et le milieu urbain pourrait être due aux différences de niveau d'éducation des parents, de l'accès aux services de santé entre les deux milieux.

Les enfants de 24 à 59 mois vivant dans les ménages dirigés par un homme avaient quatre fois plus de risque d'avoir une faible diversité alimentaire comparativement aux autres enfants vivant dans les ménages dirigés par les femmes. Cela pourrait être dû à l'influence de la femme qui est toujours disponible contrairement à l'homme, comme relatait Leonard Tammy en 2014, le voisinage physique et social influence le comportement alimentaire des résidents à revenu faible. L'influence était de plus en plus forte avec la proximité aux sources des aliments et à la consommation des fruits et légumes des voisins (Leonard T, 2014).

Contrairement, aux enfants mexicains de 24 à 59 mois vivant dans les ménages en insécurité alimentaire, chez qui la faible diversité alimentaire était plus constatée les enfants de 24 à 59 mois des ménages en insécurité alimentaire de cette étude étaient moins susceptibles d'avoir une faible diversité alimentaire. Une autre avait conclu qu'être dans un ménage en sécurité alimentaire au Ghana ne garantit pas l'atteinte de l'alimentation minimale acceptable chez les enfants ;

5.1.9. Profil de consommation alimentaire

Les ménages ayant un score de consommation alimentaire acceptable ajoutaient en plus du poisson, de l'huile ou la graisse et des fruits à leur régime alimentaire quelle que soit la

période agricole. Ce qui voudrait dire que la flambé des prix de ces aliments remettrait en cause les acquis de ces ménages.

En période de mitigation, le poisson, l'huile ou la graisse et les légumineuses ou noix permettaient les femmes de diversifier leur régime alimentaire, tandis qu'en période de soudure, les autres légumes, les légumineuses ou noix, le lait et produits laitiers faisaient la différence.

En période de relèvement le régime alimentaire des femmes était identique. Une étude réalisée au Garoua avait trouvé que la différence se trouvait au niveau du lait, des autres légumes, des Huiles et graisses et des poissons.

Le régime alimentaire des enfants de 24 à 59 mois était identique en période de mitigation et de soudure et légèrement différent en période de relèvement dû aux autres légumes et les huiles. Tandis qu'en période de mitigation et de relèvement le régime alimentaire des enfants de 6 à 23 mois était identique et très diversifié en période soudure. L'étude réalisée au Cameroun avait trouvé aussi l'ajout du poisson, les huiles et graisses et autres légumes chez les enfants qui avaient une diversité alimentaire moyenne (UE, CEFOD Mali 2014).

5.1.10. Prise de vue sur huit entretiens « types »

Sur le plan de la méthode, tel qu'évoqué dans le chapitre précédent, les restitutions réalisées s'attardent surtout aux réalités objectives des participants, soit les faits, les événements et les conditions de vie. Afin de les personnaliser et de les rendre plus « vivantes», Quelques paroles des répondantes de l'ordre de la discursivité et de la réflexivité ont été insérées parmi les éléments descriptifs de la trajectoire. Mentionnons enfin que nous avons été soucieux de recomposer fidèlement les histoires à partir de ce qui nous a été raconté (et a été retranscrit intégralement). Par-delà les efforts pour créer un rapport des plus égalitaires lors des rencontres avec les participants, il importe de se remémorer qu'au final, c'est le chercheur qui a le « dernier mot » (Jeffrey 2004) ; l'intégrité et la transparence sont ainsi deux principes éthiques fondamentaux qui nous ont accompagnée tout au long de cette recherche.

5.2. Répondant 1

Question Selon vous comment la malnutrition des enfants est très élevée dans votre région ?

« Je réponds au nom de **M. H .D**, je suis âgé de 45 ans, marié, père de 4 enfants.

Les rapports de notre entretien montrent, qu'au niveau du ménage, les enfants appartenant aux ménages de niveau de vie faible comparativement à ceux de la population de référence

qui est le niveau de vie moyen, courent 3 fois moins de risque d'être exposés à la malnutrition, alors que les enfants issus de niveau de vie élevé courent 1 fois moins le risque d'être exposés à la malnutrition que ceux issus de niveau de vie moyen. Ces résultats confirment que la malnutrition est doublement associée à la pauvreté et à l'ignorance. A la pauvreté parce qu'il y a manqué des moyens financiers pour l'approvisionnement des aliments alimentaires et à l'ignorance. Ainsi le premier résultat est légitime et inhérent à la nature humaine. Par contre le second résultat montre, en effet, que l'on peut être aisé financièrement et ignorer les aliments qui contribuent à améliorer l'état nutritionnel. En milieu urbain, les enfants des ménages de niveau de vie élevé courent 1 fois moins le risque d'être malnutris par rapport à ceux de niveau de vie moyen (population de référence). Ceci s'explique par les multiples campagnes de prévention et de la lutte contre l'insécurité alimentaire et l'établissement de plusieurs centres de prévention maternel et infantile appelés habituellement P.M.I. Nous constatons, cependant, qu'en milieu rural le facteur niveau de vie du ménage n'est pas significatif au seuil de 10%.

5.2.1. Répondant 2

Question quels sont les éléments explicatifs des risques élevée de la malnutrition des enfants appartenant aux ménages dans votre région ?

Je réponde au nom de G K 43 Mariée et mère des enfants.

L'occupation de la mère est aussi un facteur explicatif de la malnutrition des enfants. Nous constatons, au niveau du ménage, que les enfants dont les mères sont agricultrices courent moins 2 fois plus le risque d'être exposés à la malnutrition par rapport à ceux dont les mères sont inactives (population de référence). Ceci s'explique par le fait que l'activité agricole n'est pas suffisamment développée au Cameroun et qu'elle se pratique encore de façon artisanale en l'absence des véritables t

echniques agricoles industrielles qui sont observées dans certains pays. Tandis que les enfants dont les mères sont ouvrières courent 0,3 fois moins le risque d'être exposés à la malnutrition par rapport à notre population de référence (mères inactives). Cela pourrait s'expliquer par la rémunération quelque peu équilibrée de ces femmes qui tentent de subvenir un tant soit peu aux besoins nutritionnels de leurs enfants. Les mêmes résultats sont également observés en milieu urbain. Mais, en milieu rural, ce facteur n'est pas significatif au seuil de 10%.

5.2.2. Répondant 3

Question Pensez-vous que la culture influence sur la prise en charge des enfants malnutris ?

Je réponds au de M A âgée de 25 ans mariée et mère de trois enfants

L'ethnie et la religion de la mère sont déterminantes dans cette section et sont, respectivement, significatives au seuil de 1% et 5% au niveau du ménage.

Au regard de notre enquête présentant les rapports de côtes, nous constatons que le facteur ethnique est déterminant au seuil de 1%. En effet, les enfants dont les mères sont du groupe ethnique Foulbé courent 0,3 fois moins le risque d'être exposés à la malnutrition par rapport à ceux dont les mères sont Laka (population de référence). Le même constat est fait pour le groupe ethnique Mboum, les enfants courent 0,2 fois moins de risque de contracter la malnutrition. Les enfants dont les mères sont d'origine étrangères ne sont pas en reste. Ces derniers courent 0,5 fois moins le risque d'être exposés à la malnutrition par rapport à la population de référence. Ces résultats constatés au niveau du ménage diffèrent du milieu urbain. En effet, en milieu urbain, en plus des groupes Foulbé et les étrangers, ce sont les enfants dont les mères sont de groupe ethnique autres qui courent 0,3 fois moins de risque de contracter la malnutrition par rapport à ceux dont les mères sont Laka. Alors qu'en milieu rural ce sont, sensiblement, les mêmes résultats qu'au niveau du ménage. L'explication serait que ces groupes ethniques ont sensiblement les mêmes valeurs et pratiques culturelles. Ce qui ne doit pas, d'ailleurs, nous étonner quand on sait que le continent africain est très riche dans sa diversité culturelle. Et qu'il n'existe vraiment pas un grand écart, en matière de comportement nutritionnel, d'une culture à une autre.

5.2.3. Répondant 4

Question Expliquez comment le niveau d'instruction des parents impacte sur la prise en charge des enfants malnutris ?

Je m'appelle N M âgée de 27 ans mariée et mère de deux enfants

La religion des mères influence également l'état nutritionnel des enfants au seuil de 5% au niveau du ménage. Ainsi, les enfants dont les mères sont de religion musulmane courent 0,3 fois plus de risque de contracter la malnutrition par rapport à ceux dont les mères sont de religion chrétienne (population de référence). Alors que les enfants dont les mères sont d'autres religions courent 0,1 fois moins de risque d'être exposés à la malnutrition. En revanche, en milieu urbain et en milieu rural la religion n'est pas un facteur déterminant dans l'explication de la malnutrition.

5.2.4. Répondant 5

Question Quelles sont les difficultés rencontrées par les parents autour de la malnutrition des enfants ?

Je réponds au de S B 43 ans mariée et mère de 5ans enfants

Dans cette section, l'âge et le rang de naissance de l'enfant sont les facteurs significatifs au seuil de 1% au niveau du ménage. Toutefois, signalons que le facteur sexe est déterminant au seuil de 5% dans l'explication du risque de contracter la malnutrition uniquement en milieu urbain.

5.2.5. Répondant 6

Question Selon vous qu'est ce qui pourrait être fait pour diminuer le nombre d'enfants malnutris dans votre santé ?

Je réponds au nom d'A N 32 ans mariée mère de trois enfants

En observant le rapport de notre enquête au niveau du ménage, nous remarquons que les enfants dont l'âge se situe dans l'intervalle 0 – 11 mois courent 0,6 fois moins de risque d'être exposés à la malnutrition par rapport à notre population de référence : l'intervalle 12 – 23 mois. De même les enfants dont l'âge varie de 36 à 47 mois courent 0,3 fois moins de risque d'être exposés à la malnutrition. Et, ceux dont l'âge varie de 48 à 59 mois courent 0,3 fois moins de risque de contracter la malnutrition. Ceci s'explique par le fait que les tranches d'âges observées sont bien suivies par les mères du point de vue nutritionnel. Or, le sexe de l'enfant n'agit que très peu dans l'ensemble des facteurs explicatifs. Au seuil de 5%, les enfants de sexe féminin courent 0,2 fois moins de risque d'être exposés à la malnutrition par rapport à la population de référence qui est le sexe masculin, en milieu urbain. En milieu urbain, les enfants dont l'âge varie entre 0 et 11 mois courent 0,494 fois moins de risque d'être exposés à la malnutrition par rapport à la tranche d'âges 12 – 23 mois. Alors qu'en milieu rural, les résultats sont sensiblement les mêmes dans les tranches d'âges observées au niveau national.

5.2.6. Répondant 7

Question Comment on pourrait améliorer les différentes activités sur la malnutrition et la nutrition dans le centre de santé ?

Je réponds au nom de M F 38 ans mariée mère 3 enfants

Au niveau du ménage, les enfants de rang 5 et plus courent 0,3 fois plus de risque de contracter la malnutrition par rapport aux enfants de rang 1 qui constituent notre population de référence. Ceci s'explique par le fait que ces enfants naissent vers la vieillesse contrairement à ceux de rang 1 et de rang 2 qui sont habituellement les enfants désirés par les parents. En milieu urbain, ce sont sensiblement les mêmes résultats que nous observons. Cependant, en milieu rural, ce sont les enfants de rang 3 qui courent 0,3 fois moins de risque

d'être exposés à la malnutrition par rapport à la population de référence. Cela s'explique par le fait qu'en milieu rural les naissances de tous les rangs sont importantes, car une importante main d'œuvre nécessite fortement un taux de natalité élevée.

5.2.7. Répondant 8

Question Si vous êtes ministre de la santé publique au Cameroun qu'est-ce que vous pourriez faire pour améliorer les problèmes de la malnutrition dans les dix régions existantes ?

Je m'appelle S B 48 ans mariée mère de six enfants

Au regard des différentes enquêtes tous les modalités retenus au niveau du contexte de résidence sont déterminants dans l'explication de la malnutrition infanto-juvénile. Il en découle que la région de résidence est significative au seuil de la malnutrition la Région de résidence.

Les rapports de notre entretien montrent qu'au niveau du ménage, les enfants des mères de région Nord courent plus de risque d'être exposés à la malnutrition que ceux dont les mères résident dans la région rural. C'est le même cas dans la région du l'extrême Nord où ces enfants courent une fois plus de risque d'être exposés à la malnutrition que ceux qui sont la Région de référence. Ces proportions se confirment à partir des épidémies observées et qui sévissent dans le Nord du Cameroun. Les épidémies sont des maladies de type parasitaire qui se manifestent le plus souvent et respectivement par une diarrhée mélangée de sang et par la paralysie totale des membres du corps humain. Ainsi, les enfants qui sont atteints de ces épidémies sont très exposés au phénomène de la malnutrition. Cette situation s'explique par l'insuffisance de la couverture et des structures sanitaires dans ces régions, cela fait que les maladies ne sont pas suffisamment traitées à la médecine moderne. Les populations ont donc tendance à se traiter à la médecine traditionnelle qui n'a toujours pas suffisamment de rudiment pour pallier aux cas les plus difficiles. Les mêmes résultats se confirment en milieu Urbain. Par contre en milieu rural la région de résidence n'est pas un facteur déterminant.

5.2.8. Interprétation et discussion des résultats

Après avoir traité et analysé les données collectées sur le terrain, il sera question dans cette partie de les interpréter. Selon Fortin (2006, p.388), dans l'interprétation des résultats, « *le chercheur dégage la signification des résultats, tire des conclusions, évalue les implications et formule des recommandations concernant la pratique et les recherches à venir* ». Interpréter les résultats, c'est les lire à la lumière des théories. Les résultats de la présente

étude seront éclairés par les modèles théoriques de la démographie de la malnutrition, de la condition de la vie et la prise en charge des enfants infectés de la malnutrition.

L'interprétation des résultats issus du croisement de nos hypothèses avec les données empiriques se fera par hypothèse de recherche.

5.2.9. Interprétation et discussion de hr1

La théorie malthusienne présente la famine comme un effet naturel de la forte croissance démographique : elle provoque de décès qui ramènent la population à un certain niveau d'équilibre. La famine est ainsi le dernier rempart naturel qui corrige le déséquilibre démographique. D'après Malthus, l'agriculture de subsistance ne permet pas de satisfaire les besoins d'une croissance rapide de la population (c'est le cas au Cameroun).

Cependant, les prédictions empiriques de Malthus-trop statique se sont révélées fausses par la suite. La révolution agricole avec la mécanisation, la fertilisation des sols et la baisse des prix des produits alimentaires ont démenti cette théorie par rapport aux salaires. Les solutions apportées aux questions d'approvisionnement ont également renforcé la remise en cause de la théorie malthusienne. L'émigration et la transition démographique qui se sont opérées dans le temps n'avaient pas non plus été prises en compte par Malthus. (Theil, 1963, p 12).

En 1970, Esther Boserup a mis en exergue une thèse contraire à celle de Malthus en démontrant que la croissance de la population avait favorisé les changements technologiques intervenus dans l'agriculture. La pression démographique a engendré l'adoption des systèmes très intensifs de production agricole en augmentant les fréquences des récoltes sur une même superficie. Par contre, la faible densité démographique très répandue en Afrique entretient la culture extensive à faible rendement marquée par la pratique de jachère du sol (Boserup, 1970). Au Rwanda, pays qui connaît une surpopulation marquée par une forte densité de population et une faible production agricole, Jean Claude Ndungutse dans son ouvrage intitulé Rwanda les spectres de Malthus Mythe ou réalités ? a mis en exergue d'autres facteurs géo-écologiques, politiques et sociaux, les modes de productions qui sont plus déterminants du faible développement agricole autre que le surpeuplement (Ndungutse, 2001).

En 1993, Michael Kremler (Kremer, 1993, p 712) a élaboré le modèle de croissance économique qui révèle le contraire des prédilections statistiques de Malthus en démontrant que « le rythme de progrès technologique est proportionnel à la population mondiale » en se

fondant sur l'idée selon laquelle « une invention technologique est utilisable par tous » (Hamford, 2016, p 261).

Il convient de noter l'effet positif du dividende démographique dans le miracle économique intervenu en Asie de l'Est dans les années 1965 à 1990. David E. Bloom et Jeffrey G. Williamson de l'Université de Harvard ont pu permettre en exergue la contribution très positive de la transition démographique spectaculaire intervenue en Asie au vingtième siècle caractérisée par une baisse très rapide de la mortalité et de la fécondité et un afflux de la main d'œuvre qualifiée jeune ayant pu bénéficier des formations adéquates, au succès du miracle économique intervenu dans les pays Asiatiques tels que la Chine, Hong Kong, Japon, Corée du Sud, Singapour, Taiwan, et c. (Bloom et Williamson, 1998). Une meilleure gouvernance et l'extension des ressources agricoles peuvent contrebalancer la vision alarmiste de peuplement et rendre le facteur démographique positif par le développement contextualisé des pays. La théorie malthusienne est applicable de nos jours dans les pays africains qui connaissent un niveau élevé de fécondité et une croissance rapide de leur population couplés à un déficit de production agricole lié au manque de technologies adaptées. C'est le cas du Cameroun et c. Qui de plus ont une agriculture largement soumise aux aléas climatiques. Charbit & Gaimard, 2015). Par ailleurs ces théories s'opposent en premier lieu en ce qui dans l'une la population est déterminée par la production des subsistances, tandis que dans l'autre elle est seulement conditionnée par cette production. Dans cette théorie, il suffit de connaître la quantité des subsistances disponibles et aussi bien entendu, la quantité de subsistances qui est indispensable à un homme pour connaître le chiffre de la population ; dans la théorie de Cantillon, il suffit de connaître les mœurs le genre de vie habituel des habitants des pays que l'on considère. Ses deux théories s'opposent en deuxième lieu, par la manière dont elles conçoivent que les subsistances règlent la population. Dans l'une, la détermination de la population par les subsistances s'effectue par le moyen des variations de mortalité. Dans l'autre l'adaptation de la population aux subsistances s'effectue par le moyen de variation de natalité, résultant elle-même des variations de la nuptialité. Mais demande quelques explications.

En effet, le paradigme du Dispositif communautaire constitue dans cette recherche une forme d'aide des individus pour améliorer la condition de vie sociale des enfants dans le milieu défavorisé, car ceci est un problème majeur dans le souci du gouvernement camerounais et ses partenaires. Cependant, au regard de notre préoccupation théorique, nous constatons à l'issue des analyses qu'il existe un lien significatif entre le dispositif

communautaire et la prise en charge des enfants malnutris dans le milieu défavorisé au Cameroun/Centre Médical d'Arrondissement de Bockle dans la région de Garoua.

Dans cette hypothèse, il était question pour nous de mettre la lumière sur le rapport existant entre le facteur économique et la prise en charge des patients. Celle-ci renvoie à tout ce que les personnels de la santé et l'Etat peuvent apporter comme une assistance financière ou sociale de ces derniers. Ceci a été matérialisé à travers les questions posées aux répondants qui sont les personnels de santé et les populations urbaines.

Par ailleurs, analyser sous l'angle des patients en situation d'assuétude thérapeutique, l'on observe que 70% de l'échantillon des patients est d'accord que le facteur économique influence sur la prise en charge des enfants malnutris dans le milieu défavorisé camerounais/Centre Médical d'Arrondissement de Bockle. Ceci montre à suffisance l'importance des acteurs familiaux. Du point de vue analytique, les résultats de notre première hypothèse de recherche peuvent se comprendre au travers de l'éclairage de la théorie démographique de la malnutrition. En effet ; cette théorie repose sur une idée centrale qui évoque l'attention maternelle aux besoins de l'enfant soutient et contient les potentialités héritées par l'enfant en favorisant l'évolution vers l'indépendance (qui, bien entendu, ne sera jamais complète dans une vue humaine)

On peut donc conclure cette première hypothèse en soulignant la dimension pratique des soins familiaux. Car il faut par exemple noter l'importance de l'éducation thérapeutique à l'enfant : le fait, par exemple, de le laver, de le changer ou de l'habiller. Malthus décrit l'importance de ces soins dans le développement psychique de l'enfant. En effet, la mère n'est pas un robot, lorsqu'elle lave son enfant, par exemple, elle le fait en le pensant d'une certaine manière. Le médicament de l'hospitalisme témoigne ainsi traitement et de l'importance de l'échange de la vie de l'enfant, affectif lors des soins prodigués au bébé. La prise en charge développée dans la même perspective, permet au bébé de se constituer une bonne enveloppe psychique.

5.2.10. Interprétation et discussion de hr2

La portée holistique de l'étude sociologique des déterminants de l'alimentation et de la malnutrition des enfants est illustrée par Poulain ainsi qu'il suit : « L'alimentation a une fonction structurante de l'organisation sociale d'un groupe humain ... Qu'il s'agisse des activités de production, de distribution, de préparation, de consommation, elle est un objet crucial du savoir socio anthropologique... Les pratiques alimentaires sont des marqueurs identitaires et par lesquelles se déploient des codes de différenciation sociale... » (Poulain, 2002, p 137).

Dans le but d'approfondir la meilleure compréhension du fait social qui est l'alimentation, la théorie sociologique applique des échelles d'analyse à quatre niveaux d'observations selon le modèle à quatre niveaux établie par Dominique Desjeux (Desjeux & Hercberg, 1996) qui comprend ; le macrosociologique, le niveau méso- sociologique et les logiques de la différenciation sociale, le niveau microsociologique ainsi que les formes de rationalité alimentaire auxquelles s'ajoutent l'échelle d'observation biologique. La théorie sociologique met ainsi en relief la domination des systèmes (Sardan J. -P. O., 1995) et des règles collectives communautaires et familiale qui influencent les comportements ou pratiques individuelles qui affectent certainement la situation nutritionnelle de l'enfant. (Sardan J. -P. O., 1995)

En 1998, l'Unicef a établi modèle causal de la malnutrition des enfants plus ou moins holistique à trois niveaux en mettant en exergue les interrelations entre :

- **Les causes immédiates** que sont les maladies de l'enfance (facteur de santé) et le déficit diététique ;
- **Les causes sous-jacentes** liées au déficit alimentaire au sein du ménage, aux pratiques de soins inappropriées des enfants dues à l'environnement insalubre du ménage et à la faiblesse des services de santé, et le tout étant aggravé.
- **Les causes structurelles** liées à la pauvreté des ménages, à la faiblesse du capital humain, au manque de connaissance de la malnutrition et des pratiques adaptées de soins et aux facteurs sociaux, politiques, économiques et culturels.

Ce modèle holistique intègre la plupart des facteurs abordés par la majorité des modèles décrits précédemment. Ce modèle sociologique multisectoriel sera développé à travers l'étude détaillée des facteurs explicatifs de la malnutrition dans la suite de cette recherche.

Selon notre hypothèse de recherche il convient à l'auteur de mentionner la pratique de l'alimentation qui est une source de la malnutrition de la mère aux enfants car nous avons constaté que beaucoup des mères négligent les soins et l'environnement approprié aux enfants ceci se caractérise par les infections et occasionne les enfants à des dangers de risques d'être infectés par la malnutrition. Toutefois un bon état nutritionnel est le gage d'une vie saine et active. Cette réalité est encore un rêve dans le Cameroun, milieu où la malnutrition sous toutes ses formes a pris des proportions intolérables. Cette étude socio-anthropologique a pour objectif d'identifier les facteurs, socioculturels qui servent de ferment à la malnutrition des

enfants. A partir d'une méthode d'observation et d'analyse croisée prenant en compte des faits et gestes jusque-là volontairement délaissés parce que considérés comme mineurs, anodins ou accessoires, il ressort que les pratiques socioculturelles ainsi que certains mécanismes d'influence ont un rôle important dans l'état nutritionnel des enfants. Ainsi, les variables liées aux croyances, aux mariages précoces et forcés, au pouvoir de décision des femmes et à la discrimination sexuelle des femmes se présentent comme le soubassement de la dénutrition des enfants. La prise en compte de l'environnement socioculturel et l'intégration des variables qui lui sont liées dans les actions essentielles en nutrition contribueraient à réduire sensiblement la persistance de la malnutrition des enfants. Pour ce faire, notre hypothèse de recherche va en paire avec la pratique sociologique de la malnutrition de Poulain car selon lui il existe plusieurs facteurs et pratiques qui favorisent la malnutrition des enfants, Elle résulte de la combinaison de facteurs individuels, familiaux, communautaires, nationaux et internationaux allant de la maladie, des croyances culturelles, coutumes et des taux élevés de fertilité aux faibles conditions économiques et à l'accès limité aux services de santé et sociaux. Les facteurs socioculturels auxquels on l'associe peu ou presque pas surtout dans les campagnes et les programmes de lutte contre la malnutrition constituent pourtant des facteurs structurants. En effet, l'alimentation est à la fois hors et dans le fait social en ce sens que les mœurs alimentaires préexistent aux individus, mais que l'alimentation est plus biologique que sociologique avec pour conséquence, l'alimentation devient un lieu d'indexation de problématiques sociologiques plus fortes. Par ailleurs le Cameroun et dans la région de Garoua n'est pas du reste où les taux de malnutrition sont encore très élevés, 40,3% pour le retard de croissance, 13% pour l'émaciation et 30,8% pour l'insuffisance pondérale. On doit considérer dans les efforts de lutte tous les facteurs susceptibles de perpétuer cette anomie. Certes, la situation sociale de la commune de Garoua, marquée par plusieurs décennies de catastrophes naturelles, de crises alimentaires et une pauvreté très aiguë, mérite une attention particulière. Mais ces taux très critiques de malnutrition sont très préoccupants pour une commune qui, depuis plusieurs années, bénéficie de nombreux programmes de nutrition et de lutte contre la pauvreté. Pourquoi la commune reste-t-elle affecter par la persistance d'une forte prévalence de la malnutrition des enfants en dépit des efforts de développement ? N'y-a-t-il pas des pratiques sociales, des normes culturelles qui aggravent les risques de malnutrition des enfants dans la commune ? Nous faisons l'hypothèse que la malnutrition persistante des enfants dans la commune est occasionnée non seulement par le faible développement économique de la commune, le contexte de vulnérabilité alimentaire, des lacunes liées à la nutrition au niveau individuel, familial et communautaire mais aussi et surtout par un

environnement socioculturel très austère vis-à-vis des enfants et des femmes. Le but de cette recherche est d'étudier les déterminants les plus subtils, même ceux qui ne s'inscrivent pas forcément dans ceux des experts, des spécialistes et des chercheurs en nutrition. Ainsi, se fixant pour objectif d'identifier les formes socioculturelles de la malnutrition des enfants, ce travail essaye de rechercher les déterminants considérés comme mineurs, anodins ou accessoires mais qui influencent la nutrition et constituent un ferment pour la dénutrition des enfants dans la région de Garoua.

5.3. Interprétation et discussion hr3

Le climat se caractérise par trois composantes: la température, l'humidité de l'air et les précipitations. Pour Agbessi (1987) et Cantrelle (1996), c'est la variable la plus utilisée pour montrer l'influence de l'environnement physique sur l'état nutritionnel de l'enfant. De nombreuses études l'ont également identifiées comme déterminant de la morbidité, de la malnutrition et de la mortalité des enfants (Leton, 1979; Gaigbe, 1986; Dackam et al. 1993 ; Cantrelle, 1996). En effet, le climat peut agir soit directement en conditionnant la régulation thermique, et l'on sait que celle-ci est difficile pour l'enfant en bas âge, soit indirectement en amenuisant les ressources en eau et en aliments d'une part, ou en favorisant la prolifération des agents infectieux d'autre part (Dackam et al. 1993). 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 et respiratoires, à contrario, les périodes de sécheresse celle de la rougeole (Gaigbe, 1986) et l'on sait que ces infections affectent gravement l'état nutritionnel des enfants. L'abondance ou la rareté des précipitations a également une incidence sur la disponibilité des ressources en eau et des aliments. Au Burkina, 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 de mauvaise qualité ou son usage pour la préparation des aliments, surtout les aliments de sevrage du nourrisson, expose à la morbidité. Les fluctuations locales du climat qui influencent la qualité des sols peuvent induire des variations dans la production agricole. Ce dernier est susceptible d'affecter de façon inégale l'état nutritionnel des enfants, du fait qu'à chaque climat correspond un type particulier de végétation et des ressources végétales et animales. Les individus se nourrissent différemment selon les ressources alimentaires disponibles dans les

régions où ils vivent. Le climat détermine donc en partie la façon dont les populations se nourrissent. Cette hypothèse résume les principales études portant sur l'efficacité des interventions nutritionnelles chez les enfants malnutris en général. L'historique du traitement de la malnutrition aigu (MA) est d'abord détaillé, suivi des principaux avantages d'une prise en charge communautaire (extrahospitalière) de cette problématique. Les différentes interventions curatives et préventives recommandées pour la malnutrition aigu (MA) sont ensuite décrites. Des écrits se poursuivent ensuite en faisant le point sur l'efficacité populationnelle des interventions nutritionnelles à large portée ainsi que sur les principaux obstacles et facteurs facilitants rencontrés dans les programmes nationaux de santé en général. Au cours des dernières décennies, les interventions pour lutter contre la malnutrition aigu (MA) ont beaucoup évolué et ne sont plus uniquement axées sur la distribution d'aide alimentaire ou sur une prise en charge hospitalière de cette maladie. Le travail social en général et le dispositif communautaire en particulier rencontre des obstacles comme la pratique de la sensibilité dans la relation, ceci démontre que le comportement des acteurs est souvent perçu par les patients comme une menace, les relais communautaires réagissent souvent par les mots plus fort que les sentiments du patient, l'on remarque aussi une conviction fondée sur le travail social sans éthique, or, la pratique de l'action social ou éducation thérapeutique est une ouverture à l'autre et un moyen de le comprendre, de l'aider à porter le fardeau de sa difficulté existentielle ou de sa douleur.

Or, du point de vue écologique du développement humain, Altman et Rogoff (1987, p. 33) montrent comment les contextes et les paramètres incluant les qualités de l'accompagnement psychosocial peuvent être psychologiquement pertinents sur la nature des tâches et des instructions, le flux des événements. Ces auteurs s'intéressent aux éléments de l'environnement compris comme cadre de vie qui se rapporte à d'autres aspects de l'existence d'une personne, le sens et la situation par les participants, et la familiarité des participants avec le cadre. Dans leur conception, la notion d'environnement est très riche ; elle inclut les tâches à accomplir, les liens d'un environnement spécifique avec les autres dimensions de la vie d'une personne et le sens que celle-ci lui attribue.

Aussi, au regard de notre préoccupation théorique, nous constatons à l'issue des analyses qu'il existe un lien significatif entre le facteur environnemental et l'accompagnement psychosocial. Les résultats de notre recherche montrent ainsi que sur le plan psychosocial, le sujet modifierait ses agissements non pas pour « réduire un état de tension interne » comme le postulait Festinger (1957), mais pour rétablir une image cohérente et rationnelle quand la condition de vie des enfants est dégradée. Les données collectées montrent certes, lorsqu'on

est proche des populations en situation de vulnérabilité sociale les déterminants de l'accompagnement psychosocial peuvent les aider à acquérir l'autonomie tant sur le plan psychologique que sur le plan social.

Nos résultats montrent en effet que dans le volet social, le contexte de l'autonomisation est très capital. Car la prise en charge renvoie à la possibilité de choisir et d'agir librement, la démarche de traitement est liée à l'appropriation d'un pouvoir qui est basé sur le changement le processus d'épanouissement. En qualité de genre et de la croissance.

L'expérience sur le terrain a démontré que le traitement traditionnel de la malnutrition aiguë (MA) dans les hôpitaux s'avère généralement efficace mais il reste encore des efforts à faire car plusieurs regards, surtout pour gérer le problème à large échelle dans les pays endémiques. Les principaux obstacles liés à la prise en charge intra hospitalière sont la nécessité de ressources humaines et financières considérables, une incapacité à prendre en charge tous les cas, des taux de mortalité élevés et une couverture qui dépasse rarement 10 % (Black et al. 2008; Collins et al. 2006; OMS et al. 2007).

Recommandations

- ❖ Il apparaît évident que les enfants issus du Cameroun sont très vulnérables aux risques de sous-nutrition comparativement aux autres enfants du monde parce qu'ils sont fragilisés par l'environnement géo-écologique, sociologique et sanitaire défavorable dans lequel ils vivent, exacerbés par la pauvreté, les considérations sociales inéquitables envers les femmes, l'ignorance et les mauvaises pratiques des parents, le poids démographique dû à une très forte fécondité pour cause de politique et culture patriarcale très nataliste, les déficiences alimentaires dues au manque et aux mauvais soins nutritionnels, le tout aggravé par la recrudescence des maladies tropicales telles que la diarrhée et la pneumonie fortement entretenues par les conditions d'hygiène des ménages trop insalubres. Les connaissances et les enseignements tirés de cette recherche, nous inspirent les **recommandations d'actions** suivantes :
- ❖ Décentraliser la couverture sanitaire vers les régions les plus atteintes par la malnutrition (région du Nord, de l'Ouest et du Sud) en initiant des stratégies sanitaires simples s'attaquant à des priorités connues, mais non reconnues en pratique courante.
- ❖ Prise de conscience et une collaboration accrues des différents services responsables de la santé des enfants : pédiatrie, maternité, P.M.I., soins de santé primaires, service

des grandes endémies, médecine scolaire face à l'ampleur de la malnutrition dans les régions Nord, Sud, et Ouest.

- ❖ Les ménages issus de région Nord, doivent, de plus en plus, avoir accès aux services de santé qui conviennent, tant d'un point de vue préventif que curatif. Il leur faut également avoir accès à de l'eau salubre et /ou potable et des services d'hygiène afin de prévenir l'infection et la maladie.
- ❖ Surveiller la croissance des enfants de moins de 5 ans au moyen de la courbe de poids rapporté à l'âge en faveur des ménages de niveau de vie faible dans les principales régions touchées par le phénomène.
- ❖ Conscientiser les mères ayant 25 ans et plus à s'occuper, de plus en plus, des enfants et plus afin de leur permettre un meilleur épanouissement nutritionnel.
- ❖ Les mères qui n'ont aucune instruction et celles qui ont un niveau d'instruction primaire doivent renforcer leurs connaissances en matière d'éducation nutritionnelle en fréquentant régulièrement les P.M.I.
- ❖ Les mères issues des petites villes, des campagnes et celles appartenant à d'autres religions doivent améliorer leurs conditions et pratiques nutritionnelles afin d'éviter que leurs enfants s'exposent à la malnutrition
- ❖ Des études multi disciplinaires approfondies doivent être poursuivies sur la problématique de la sous-nutrition des enfants au Cameroun en appliquant l'approche longitudinale de suivi des cohortes intégrant à la fois la recherche d'observations anthropologique, médicale clinique et d'analyse démographique pour surpasser les limites de notre étude transversale bien qu'holistique et multi sectorielle. Les questions ou les paradoxes soulevés par certains résultats de notre étude pourront ainsi être élucidés telles que l'impact positif ou négatif de l'allaitement maternel immédiat après l'accouchement ou l'effet clinique des contaminations issues excréta des animaux domestiques sur la malnutrition des enfants.
- ❖ Une telle étude longitudinale pluridisciplinaire contribuerait à répondre aux points soulevés ci-après par Laurent Vidal: « L'engagement de la recherche dans des directions disciplinaires et sur des objets inédits se double alors d'une série de tensions - que l'on ne saurait affirmer propres aux recherches s'effectuant dans les pays en développement, mais que connaissent la plupart d'entre elles. La première de ces tensions, sur le terrain de la collecte des données, s'installe entre la position

d'observation et de description de situations - emblématique de la posture du savant -, d'une part, et la tentation de l'intervention, pour remédier à ce qui est perçu comme inacceptable ou aisément modifiable - exemplaire de la position de l'acteur, d'autre part » (Vidal, 2004).

Les dirigeants camerounais doivent démontrer leur volonté politique manifeste (Gillespie & al, 2012) à prioriser la nutrition et accroître les investissements financiers publics multi sectoriels pour l'élimination de la malnutrition des enfants en adoptant et opérationnalisant des mesures législatives, institutionnelles, budgétaires et des pratiques de rendre compte dans le cadre d'une bonne gouvernance.

- ❖ Les agences de développement bilatérales et multilatérales devraient apporter l'assistance requise au pays à élaborer des plans d'investissements ('Investment cases' en anglais) en faveur de la nutrition basées sur des analyses approfondies de situations nutritionnelles et des estimations des coûts des interventions multisectorielles (Bhutta & Al, 2013) et les appuyer dans la mobilisation du multi-partenariat et les ressources financières internationales requises pour la réduction de l'insécurité nutritionnelle des enfants et des mères.
- ❖ Mobiliser le financement massif pour le développement agricole à l'exemple du projet de la grande muraille verte le Cameroun (Dia & Duponnois, 2010) qui pourrait créer les conditions de sécurité alimentaire.
- ❖ La mobilisation et l'investissement en faveur de l'éducation des filles, future mère, combinée aux actions communautaires de diffusion du savoir, constituent une nécessité pour l'accomplissement des pratiques adéquates de soins nutritionnels et de santé face à un environnement socio-culturel communautaire et familial moins favorable aux us universels modernes.
- ❖ L'engagement des partenaires, des acteurs de développement et des communautés locales pour la promotion des pratiques et des investissements devant créer le bonus ou la dividende démographique est un des leviers majeurs de la croissance économique et de la transformation du Cameroun au 21e siècle;
- ❖ Renforcer le pouvoir décisionnel et économique de la femme et promouvoir une équité de genre dans la prévention et les soins nutritionnels adéquats aux enfants ;
- ❖ Le FMI, la Banque Mondiale et l'Union Européenne devraient apporter les conseils et financements opérationnels pragmatiques requis devant amener le pays à renforcer les

politiques macroéconomiques adéquates et mettre en place des mesures appropriées de redistributions des richesses nationales qui puissent permettre de réduire les inégalités entre pauvres et riches (Oxfam, 2017), en développant des programmes à grandes échelles de protections sociales ciblant les plus pauvres et les groupes marginalisés (filets sociaux de sécurité). Les financements à grande échelle d'assistance financière aux plus pauvres mis en place par le Gouvernement ou les exemples de stratégies anti-risques de vulnérabilité et de pauvreté expérimentées dans les communes agricoles pauvres (Sandron, 2007) devraient être répliqués dans le pays fortement touchés par la malnutrition des enfants.

CONCLUSION GENERALE

Travail que nous nous sommes proposés de mener a porté sur le « *dispositif communautaire et prise en charge des enfants malnutris dans le milieu défavorisé camerounais au Centre Médical d'Arrondissement (CMA) de Bockle* ». Au terme de cette étude, il serait convenable de faire un bref résumé, un bilan, un rappel de notre problématique, des objectifs qui l'ont conduite et d'ouvrir les perspectives. En effet, en Afrique centrale et particulièrement au Cameroun comme partout ailleurs dans le monde, les institutions sanitaires des malades et des personnes à besoins spécifiques qui non seulement sollicitent de l'aide, mais constituent aussi un risque pour la population.

La mauvaise gestion de l'éducation thérapeutique des enfants malnutris et personnes à besoins spécifiques entraine des risques non seulement pour le corps médical, mais aussi la population. Faillir à leur prise en charge est un risque pour la cohésion sociale et le bien-être collectif. L'environnement étant le socle de la vie, il est primordial pour nous, être vivant dotés d'intelligence de faire de lui un cadre digne idéal pour nous et pour les peuples à venir. Pour cela, une bonne gestion des malades et personnes à besoins spécifiques est indispensable car elle nous permet de vivre dans une société où il fait bon vivre. Toutefois, il est nécessaire de rappeler que les enfants sont au centre de toutes les attentions, c'est pourquoi l'Organisation Mondiale de la Santé à penser que les pratiques alimentaires inadéquates et les maladies diarrhéiques sont des facteurs importants de la malnutrition. Entre 1 an et 4 ans, la malnutrition est la première cause de décès (C. Huber, 1987). L'état nutritionnel résulte de l'histoire nutritionnelle de l'enfant et des maladies ou des infections qu'il contracte au cours de sa vie. Les causes profondes du mauvais état nutritionnel de ces enfants sont connues et spécifiques. Il s'agit, essentiellement, des causes liées à l'environnement qu'on observe surtout dans les quartiers périphériques pauvres, composés d'habitations très modestes, et souvent surpeuplés. C'est là que persistent la malnutrition et les maladies transmissibles dues à l'insalubrité du milieu et à l'ignorance des parents. Les problèmes de ces enfants sont à rapprocher de ceux de leurs familles (pauvreté, hygiène insuffisante et tous les effets secondaires du chômage lié à l'exode rural) (C. Huber, 1987). Par ailleurs, le manque d'iode dans l'organisme peut entraîner un retard dans le développement mental de l'enfant. Car, l'étude nous a permis d'évaluer le niveau de la malnutrition, en se basant sur les disparités selon le milieu d'habitation et selon certaines caractéristiques des enfants et des mères. Nous

souhaitons que cette recherche vise, principalement, à contribuer à la production et à la diffusion de connaissances expliquant l'état nutritionnel des enfants. Les modes de traitements des enfants atteints par la malnutrition sont concordants avec les exigences internationales. Car la mise œuvre et en application de certains programme et systèmes restent une lourde tâche. Tel est le cas des pays émergent en général et du Cameroun en particulier. Il arrive souvent que par négligence, les enfants malnutris se retrouvent dans les mêmes contenants que les non malades. Nous comprenons donc que la mauvaise gestion de ces types d'enfants constitue un grand danger sur le plan sanitaire des (le personnel médical, les malades, les populations etc.).

Pour une gestion plus adéquate des enfants malnutris, tous les acteurs doivent travailler ensemble et les étapes de gestion des malades et personnes à besoins spécifiques doivent être respectées à la lettre. Les techniques de prise en charge des malades étudiées dans notre travail. Cette situation nous a amené à effectuer une recherche qui, analysée sous une perspective qui touche les domaines des sciences de l'éducation et de l'intervention, s'est donnée pour ambition de s'interroger s'il existe un rapport entre le dispositif communautaire et prise en charge, avec un accent mis sur les enfants malnutris au CMA de Bockle.

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons formulé l'hypothèse générale suivante : le dispositif communautaire à un impact sur la prise en charge des enfants dans le milieu défavorisé camerounais cas de CMA de Bockle.

L'opérationnalisation de cette hypothèse générale a donné lieu aux trois hypothèses de recherches suivantes :

Hypothèse spécifique 1 : le facteur économique influence la prise en charge des enfants malnutris dans le milieu camerounais.

Hypothèse spécifique 2 : Le facteur social à un impact sur la prise en charge des enfants malnutris dans le milieu camerounais.

Hypothèse spécifique 3 : Le facteur environnemental contribue à la prise en charge des enfants malnutris dans le milieu camerounais.

Les perspectives théoriques de la recherche dans notre travail nous ont permis de décrire les différentes variables de notre étude. Aussi, avons-nous expliqué les concepts clés d'une part et, présenté les perspectives théoriques d'autre part.

Nous avons ensuite procédé à la collecte des données en utilisant un entretien sémi-directif. Les données obtenues ont été analysées à l'aide de l'analyse de contenu. De l'analyse de ces résultats, il ressort que toutes nos hypothèses de recherche (HR1, HR2, et HR3) sont vérifiées

et confirmées. D'où notre conclusion qui voudrait qu'il existe un rapport entre le dispositif communautaire et prise en charge des enfants malnutris dans le milieu camerounais.

Le souci de tout chercheur dans le domaine des sciences de l'éducation ; avec pour champs d'intervention « action communautaire » étant d'améliorer la qualité de vie c'est-à-dire l'épanouissement des uns et des autres, nous comprenons donc que la mauvaise gestion des enfants malnutris constitue un grand danger sur le plan sanitaire ; les personnels médicaux, les autres malades, les populations sont en danger. Rappelons que cette mauvaise prise en charge affecte davantage tout le tissu social. Pour une gestion plus adéquate des malades, tous les acteurs doivent travailler ensemble et les étapes de gestion des malades doivent être respectées à la lettre.

L'intervention de la communauté dans la gestion des enfants malnutris reste ainsi un domaine à explorer davantage pour en tirer profit. Autrement dit, l'on gagnerait à impliquer de manière rationnelle la communauté toute entière car elle est la plus touchée, et nous pensons que si le gouvernement suscite en la population l'envi de rendre son cadre de vie plus agréable, le reste s'en suivra. Donc, tous doivent être mis au courant des risques en ce qui concerne la propagation de la malnutrition. Toutes les précautions doivent être prises en compte afin de garantir un avenir propice pour un lendemain meilleur car prendre soin de soi renverrait en quelque sorte à prendre soin non seulement de soi-même, mais aussi de l'autre.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ABDELLA, Y.M., DERIBEW, A. ET KASSAHUN, W.** (2009). « Does insecticide treated mosquitnets (ITNs) prevent clinical malaria in children aged between 6 and 59 months under program setting ». *Journal of Community Health*, 34(2), 102-112.
- AKOTO E. M. et HILL A.** (1988), *Morbidité, Malnutrition et Mortalité des enfants* in TABUTIN Dominique, Population et Société en Afrique au sud du Sahara, l'harmattan, paris, pp 309-334.
- ALDERMAN, H., J.R. BEHRMAN, V. LAVY, AND R. MENON.** (2001). « Child Health and School Enrollment: A Longitudinal Analysis ». *Journal of Human Resources*, vol ; 36 n°1, p.185-205.
- ALLEN, L.H. ET GILLEPSIE, S.R.** (2001). What works A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions. *United Nations Sub-Comittee on Nutrition and Alian Development Bank (ADB), Manila. [En ligne]*
<http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/whatworks.pdf> (page consultée en décembre 2012).
- AMUYUNZU-NYAMONGO, M. ET NYAMONGO, I.K.** (2006). « Health seeking behaviour of mothers of under-five-year-old children in the sium communities of Nairobi, Kenya ». *Anthropology and Medicine*, 13(1), 25-40.
- BACHMANN, M.O.** (2010). « Cost-effectiveness of community-based treatment of severe acute malnutrition in children ». *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 10(5), 605-612.
- BAKENDA J.** (2004), « *Les déterminants de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans au Gabon* ». Mémoire de DESSD, IFORD, Yaoundé, 98 pages.
- BANQUE MONDIALE.** (2017). *Les perspectives économiques mondiales 2017*. Washington, Etats Unis d'Amérique: Banque Mondiale.
- BANQUE MONDIALE ET INSN.** (2009). *Niger Public Expenditures Tracking Survey Education and Health*. Washington DC: Banque Mondiale p 105
- BANZA-NSUNGU A. B.** (2004), *Environnement urbain et santé : La morbidité diarrhéique des enfants de moins de cinq ans à Yaoundé (Cameroun)*, Thèse de doctorat en géographie de la santé, novembre 2004, université Paris X- Nanterre, 374p.

- BARBIERI M.** (1991), *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le Tiers Monde*.
Les dossiers du CEPED, Paris, n° 18, 40p
- BAYE, F.M.** (2010), « Contemporaneous Household Economic Well-being Response to Preschool Children Health Status in Cameroon, ». *Botswana Journal of Economics*, vol, 7 n°11, p.32-48
- BELACHEW, T. ET NEKATIBEB, H.** (2007). « Assessment of outpatient therapeutic programme Macro International. for severe acute malnutrition in three regions of Ethiopia ». *East African Medical Journal*, 84(12), 577-588.
- BAYE, F.M.** (2010). « Contemporaneous Household Economic Well-being Response to Preschool Children Health Status in Cameroon ». *Botswana Journal of Economics* ; vol 7n°11 s; p.32-48
- BEKER J., MARTIN. L. et PIWOZ E.** (1996), *Nutrition de la femme et ses conséquences pour la survie de l'enfant et la santé reproductive en Afrique*, 97p
- BEHRMAN, J. AND A. DEOLALIKAR.** (1988), Health and Nutrition. *Handbook of Development Economics Vol. 1*, H. Chenery, and T.N.Srinivasan,Eds.,Amsterdam: North- Holland
- BERMAN, P.A., GWATKIN, D.R. ET BURGER, S.E.** (1987). « Community-based health workers: Head start or false start towards health for all ». *Social Science and Medicine*, 25(5),443-459.
- Blake, J. (1981), « Family Size and the Quality of Children ». *Demography*, vol18n°4, p.421-442
- BLACK, R.E., ALLEN, L.H., BHUTTA, Z.A. ET AL.** (2008). « Maternal and child undernutrition: Global and regional exposures and health consequences ». *Lancet*, 371(9608), 243-260.
- BOUGMA M.** (2007). « *Les déterminants de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans au Burkina-Faso* », Mémoire de DESSD, IFORD, Yaoundé, 129p.
- BROWN, K.H. NYIRANDUTIYE, D.H. ET JUNGJOHANN, S.** (2009). « Management of children with acute malnutrition in resource-poor settings ». *Nature Reviews Endocrinology*, 5(11),597-603.

- BELLONCLE G.** (1984). *Le chemin des villages, formation des hommes et développement rural en Afrique*. Paris, Harmattan, 286 p.
- BLOOM, & WILLIAMSON.** (1998). « Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia ». *Revue Economique de la Banque Mondiale*, 12, pp. 419-455
- BROWN, K.H., NYIRANDUTIYE, D.H. ET JUNGJOHANN, S.** (2009). « Management of children with acute malnutrition in resource-poor settings ». *Nature Reviews Endocrinology*, 5(11),597-603.
- CALDWELL J.** (1981), « *Education maternelle et mortalité infantile* » in Forum mondial de la santé, vol 2 n°1, OMS, Genève, pp 91-93.
- CANTRELLE P.** (1996), *Mortalité et environnement* in GENDREAU F. et al, Population et environnement dans les pays du Sud. Karthala CEPED, Paris, pp 217-228.
- CHAMPAGNE, F., HARTZ, Z., BROUSSELLE, A. ET CONTANDRIOPOULOS, A.-P.** (2009c). *L'appréciation normative*. In Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.P. et Hartz Z. (dir.), L'évaluation : concepts et méthodes. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, pp.73-90.
- CHAVEZ, A., M ARTINEZ, C., YASCHINE, T.** (1975). « Nutrition, behavioral development, and mother-child interaction in young rural children », *Federation Proceedings*, 34, 7: 1574- 1582.
- CHARBIT Y. & GAIMARD M.** (2015). *La Bombe Démographique en Question*. Paris: Presses Universitaires Francaises.
- CHRISTA, & WALKER.** (2012, Octobre 12). « Does Childhood diarrhea influence cognition beyond the diarrhea-stunting pathway ». *Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine*.
- CHEN-LC.** (1981). « The use of anthropometry for nutritional surveillance in mortality control programs ». *American Journal of Clinical Nutrition*, 34, pp.2596-2598.
- COLLINS, S., DENT, N., BINNS, P. ET AL.** (2006). « Management of severe acute malnutrition in children ». *Lancet*, 365(9551), 1992-2000.
- DACKAM N. R., GUBRY P. et NGWE E.** (1993), « Inégalité géographique de la mortalité au Cameroun » in *Social Science and Médecine*. Vol. 36, n ° 10, New- York, pp 1285-1290

- DAS GUPTA M.** (1990), «Death Clustering, Mother's Education and the Determinants of Child Mortality in Rural Punjab, Indi », in *Population studies*, vol. 44 n°3, pp 489-505.
- DERRICK.** (1969, page 8). *Appréciation de l'état nutritionnel des populations (principalement par voie d'enquête dans les pays en développement)*. Organisation Mondiale de la Santé. Geneve: OMS.
- DESAI, S.** (1993). *The Impact of Family Size on Children Nutritional Status: Insights from a Comparative Perspective*. Fertility, Family Size, and Structure: Consequences for Families and Children, C. Lloyd, eds., New York, the Population Council.
- Dictionnaire.** (2007) Larousse. Montréal canada.
- DURRHEIM, D.N. ET WILLIAMS, H.A.** (2005). Assuring effective malaria treatment in Africa: Drug efficacy is necessary but not sufficient. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(3), 178-179.
- EDSG.** (2000), Gabon
- FAMBON, S.** (2004). « Poverty and Malnutrition in Cameroon ». *African Journal of Economic Policy*, vol 11 n°2 ; p. 93-134.
- Federal Ministry of Health of Sudan. (2014). *Sudan National Standard Treatment Guidelines*. Khartoum: Ministry of Health of Sudan.
- FEUDJO T. M. A.,** (1995). « *Variation régionale des déterminants de la mortalité infanto-juvénile au Cameroun* ». Mémoire de DESS Démographie, IFORD, Yaoundé, 106p
- GRANTHAM, & POWEL.** (2013). *Effects of integrated child development and nutrition interventions on child development and nutritional status*. Annals of the New York Academy of Sciences, pp. 11-32.
- GIROUX, S.C., M.E.E PARFAIT, D.T. LICHTER.** (2008). « Reproductive Inequality in Sub-Saharan Africa: Differentials Versus Concentration ». *Studies in Family Planning*, vol 39 ; n°3 ; p.187-198
- GOLDEN, M.H. ET GRELLETY, Y.** (2011). Protocole: Prise en charge intégrée de la Malnutrition aiguë sévère, version 6.4.4, avril 2011.
- GRAWITZ, M.** (1990). *Méthodes en sciences sociales*, Dalloz.

- GRENIER B. et GOLD F.** (1996), *Développement et maladies de l'enfant*, Masson, Paris, 634p.
- HALL, J.J. ET TAYLOR, R.** (2003). « Health for all beyond 2000: The demise of the Alma-Ata declaration and primary health care in developing countries ». *Medical Journal of Australia*, 178(1), 17-20.
- HAMFORD.** (2016, page 261). *La logique cachée de la vie, l'économie explique-t-elle tous nos comportements?* Louvain-La-Neuve, Belgique: De Boeck - Pop economics
- HAROUNA S.** (1998), « *Incidence du comportement des mères en matière de soins préventifs sur la mortalité des enfants au Niger* », Mémoire de DESSD, IFORD, Yaoundé, 123p
- HENDRATA L.** (1987), « *Le marketing social pour la réintroduction des produits de sevrage traditionnels* », in Pour améliorer l'alimentation des jeunes en Afrique Orientale et Australe : Une technologie à la portée des ménages ; compte rendu d'un atelier tenu à Nairobi, Kenya du 12 au 16 octobre. CRDI, UNICEF, pp 146-159
- HETZEL, M.W., OBRIST, B., LENGELER, C. ET AL.** (2008). *Obstacles to prompt and effective malaria treatment lead to low community-coverage in two rural districts of Tanzania. BMC Public Health*, 8, 317.
- HODDINOT, & AL.** (2013). « The economic rationale for investing in stunting reduction ». *Maternal and Child Nutrition*, 9, pp. 69-82.
- HORTON, & STECKEL.** (2013, page 3). *Global economic losses attributable to malnutrition 1900-2000 and projections to 2050*. Cambridge: Cambridge University Press.
- IIRPA.** (2016). *Rapport Global Nutrition 2016 : de promesse à l'impact effectif, mettre fin à la malnutrition d'ici 2030*. Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires. Washington: Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires
- INSD ET ICF.** (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. Calverton, Maryland, USA: Institut National de la Statistique et de la Démographie et ICF International
- KREMER.** (1993, page 712). « Population Growth and Technological Change ». One Million BC to 1990. *Quarterly Journal of Economics*, 108 number 3, pp. 681-716.

- KERMOIAN, R.** (1986). Infant attachment to mother and child caregiver in an East African community International, *Journal of Behavior Development*, 9: 455-469.
- KRUGER H.S., HENDRICKS M. ET PUOANE T.** (2008). Nutritional Management of multiple nutrient deficiencies. *Community Nutrition Textbook for South Africa: A Rights-Based Approach*. Tygerberg: South African Medical Research Council, 674-9.
- LALOU, R., AND C. MBACKE.** (1992). *The Micro Consequences of High Fertility on Child Malnutrition in Mali*. Fertility, Family Size and Structure, New York: Population Council, p.193-223.
- LAMOUREUX, H.** (2000). *L'intervention sociale collective. Une éthique de la solidarité*, Les Éditions du Pommier
- LATHAM M.** (2001). *La malnutrition dans les pays en développement*, FAO, Rome/Italie, 515p.
- LETONTURIER P.** (1996). *Immunologie générale*. Masson, Paris, 160p
- LITTE-NGOUNDE E.** (2007). « *Impact du niveau d'instruction de la femme sur l'état nutritionnel des enfants de moins de trois ans en Centrafrique* ». Mémoire de DESSD, IFORD.
- MAITRA, P. AND S. PAL.** (2008). « Birth Spacing, Fertility Selection and Child Survival: Analysis Using a Correlated Hazard Model, ». *Journal of Health Economics* ; vol27 n°3, p.690-705.
- MANARY, M.J. ET SANDIGE, H.L.** (2008). « Management of acute moderate and severe childhood malnutrition ». *BM J (Clinical Research Ed.)*, 337, a2180-a2180.
- MATA L.** 1983, *L'évolution des maladies diarrhéiques et de la malnutrition au Costa Rica*. *Les carnets de l'enfance*, vol, 61/62, pp 219-223.
- MAYER, R. ET F. OUELLET.** (1991). *Méthodologie de la recherche pour les intervenants sociaux*, Gaëtan Morin Éditeur
- MOGENI, P., TWAHIR, H., BANDIKA, V. ET AL.** (2011). « Diagnostic performance of visible severe wasting for identifying severe acute malnutrition in children admitted to hospital in Kenya ». *Bulletin of the World Health Organization*, 89(12), 900-906

- MSSPA.** (2000). Division Santé Familiale et Communautaire : les interventions nutritionnelles clés Bamako
- MAKEPEA. AND S. PAL. CE, G.** (2007). « Understanding the Effects of Siblings on Child Mortality: Evidence from India ». *Journal of Population Economics*, vol 21, n°4, p.877-902.
- MOSLEY H.** (1985), *Les soins de santé primaires peuvent-ils réduire la mortalité infantile ? Bilan critique de quelques programmes africains et asiatiques*, in VALLIN Jacques et LOPEZ Alan (dir.), La lutte contre la mort, Paris, INED-PUF, Travaux et documents, cahier n°108, pp. 101-136.
- MUDUBU L.** (1996). « Mortalité infantile et juvénile au Togo : contribution des facteurs socioéconomiques et culturels ». les cahiers de l'IFORD n°11, Yaoundé, 85p.
- MASUY STROOBANT G.** (1987). *Les explications des différences sociales en matière de mortalité infantile* in DUCHENE J. et al. (dir.), L'explication en sciences sociales. Chaire Quételet '87, UCL. Louvain-la-Neuve, CIAO, pp 21-39.
- MANARY, & SOLOMOS.** (2004). Home based therapy for severe malnutrition with ready-to-use food. *US National Library of Medicine*.
- MBUYA, & AL.** (2010, February). Biological, Social and Environmental Determinants of Low Birth Weight and stunting among infants and Young Children in Zimbabwe. (U. o. College of Health Science, Éd.) *Zimbabwe Working Papers*, 7, pp. 1-32
- Mosley-WH. (1981). Anthropometry as a screening survey. *American Journal of clinical nutrition*, 34, pp.2594-2596
- NDAMOBISSI-R.** (2007, page 97). *Enquête de Base du Programme Services Sociaux de Base Intégrés Niger 2006 - Environnement Sanitaire et Socioéconomique de la population in*. Institut National de la Statistique du Niger, UNICEF et Macro International. Niamey: INS, UNICEF,
- NDUNGUTSE.** (2001). Rwanda les spectres de Malthus: *Mythe ou réalité?* Paris: Le Harmattan - Logiques Sociales.

- NGO NSOA P.** (2001). « *Les différences régionales de la malnutrition infanto-juvénile au Cameroun: Recherche des facteurs explicatifs* », Mémoire de DESSD, IFORD, Yaoundé, 119p.
- NNA, M. A.** (1997). *Guide pratique de l'étudiant dans l'initiation à la recherche en éducation*. CEPER.
- NOUMBISSI A.**, (1996). *Méthodologies d'analyse de la mortalité des enfants, Application au Cameroun*, Université Catholique de Louvain, Département des sciences de la population et du développement, Le Harmattan, Bruyland ACADEMIA, Louvain-la-Neuve, 305p. Santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest : le cas du Burkina Faso, *International Political Science Review*, 24, 237-256.
- NTSAME ONDO, N.** (2000), « *Alimentation et état nutritionnel des enfants et des mères au Gabon* » In Ministère de la planification/FNUAP/Macro, Enquête démographique et de Santé du Gabon (EDSG), Libreville, 372 p.
- PENDERS C. L., STAATZ J. M. et TEFFT J. F.**, (1997), *Développement agricole et malnutrition infantile : Qu'en savons-nous ?*, Département d'Economie Agricole de Michigan State University, 14p.
- PELLETIER, & AL.** (1993). Epidemiological of a potentiating effect of malnutrition on child «mortality. *American Journal of Public Health*, 83, number 8.
- RAKOTONDRABE F.P.**, (1996), « *Les facteurs de la mortalité des enfants à Madagascar*, Les cahiers de l'IFORD n° 10, Yaoundé, 125p
- ROSSEL.** (2008). *The impact of climatic shocks on child nutrition in Peru*. Oxford: Young Lives - Oxford University.
- STANDING, H. et CHOWDHURY, A. M.** (2008). Producing effective knowledge agents in a pluralistic environment: What future for community health workers. *Social Science and Medicine*, 66(10), 2096-2107.
- STRAUSSt, J., & THOMS, A D.** (1998). « Health, Nutrition, and Economic Development. 3.-8. Journal of Economic Literature, Éd ». *Journal of Economic Litterature*, 36.
- THEIL, I.** (1963, page 12). *Essai sur le principe de population par Mathus*. (B. Médiations, Éd.) Chicoutimi au Québec, Canada: Gonthier.
- TREMLAY, R. E.** (2008). *Prévenir la violence dès la petite enfance*, Odile Jacob

- UNICEF.** (1998), *La situation des enfants dans le monde*, New York, NY 10017, 141p
- UNICEF.** Play Therapy Africa. La stimulation psychosociale et affective dans les situations de crises alimentaires et nutritionnelles au Niger.
- UNICEF.** (1985), *La situation des enfants dans le monde*, New York, 139p.
- VAN DER POL H.** (1988). *L'influence du type d'allaitement : le cas de Yaoundé* » in TABUTIN Dominique, *Population et Société en Afrique au Sud du Sahara*, L'harmattan, paris, pp325-339.
- VUMUKA-KU-NANGA, C.** (2013). *Guide pratique de la recherche et de la rédaction scientifique*, L'Harmattan RDC.
- WAKAM.** (1994, page 312). « *De la pertinence des théories 'économiques' de fécondité dans le contexte socio-culturel Camerounais et Négro-Africain* ». Yaoundé, Cameroun: IFORD. Consulté l'Août 2013.
- ZO HARILALA R.** (2002), « *Déterminants de la diarrhée des enfants de moins de cinq ans à Yaoundé* ». Mémoire de DESSD, IFORD, 103p.
- WALTER, & SCHOFIED.** (1989). *Famine, disease and the social order in early modern society*. (R. S. John Walter, Éd.) Cambridge: Cambrid University Press.
- .
- .

ANNEXES

Guide d'entretien adressé aux parents

Nous sommes étudiants de l'Université de Yaoundé1. A cet effet nous menons notre recherche dont le sujet s'intitule « **Dispositif communautaire et prise en charge des enfants malnutris dans les milieux Camerounais une étude menée au Centre Médical d'Arrondissement de Bockle dans la région de Garoua**», pour parachever notre formation de master à l'Université de Yaoundé 1, nous vous signalons que cet entretien est destiné à examiner le cadre de vie de relatif à la mal nutrition. Ses résultats doivent permettre d'améliorer les conditions d'accompagnement des patients déjà en situation de malnutrition et envisagent des nouvelles stratégies d'intervention pouvant améliorer les conditions de vie.

I. Identification des répondants

Nom et prénom :

Ethnie :

Religion :

Sexe : M/...../F/...../

Age : /...../

Situation matrimoniale :

Niveau d'instruction: /...../

II Facteur économique de la malnutrition

1. Que pensez-vous de la pauvreté et de la mal nutrition dans votre communauté ?

.....
.....

2. Le faible revenu des parents a-t-il une influence sur la nutrition ?

.....
.....

3: Quelle analyse faites-vous de la prise en charge de la mal nutrition ?

.....
.....

III. Facteur social de la malnutrition

4. Selon vous comment votre société considère la mal nutrition ?

.....
.....
5. Pensez-vous que votre religion interdit certaines nourritures aux enfants ?

.....
.....
6. Expliquez comment la tradition influence la nutrition des enfants ?

IV. Facteur environnemental

7. Quelles sont les difficultés rencontrées par les parents autour de la malnutrition des enfants ?

.....
.....
8. Ya-t-il négligence et faible attention aux soins nutritionnels des enfants par les parents ?

.....
.....
9. expliquez comment le niveau d'instruction des parents impacte sur la prise en charge des enfants malnutrition?

.....
.....
10. Avez-vous suivi les conseils de l'agent de santé pendant le traitement de la malnutrition ?

.....
.....
Si vous étiez ministre de la santé publique au Cameroun qu'est-ce que vous pourriez faire pour améliorer les problèmes de la malnutrition dans les dix régions existantes ?

Guide d'entretien adressé aux enfants

Nous sommes étudiants de l'Université de Yaoundé1. A cet effet nous menons notre recherche dont le sujet s'intitule « **Dispositif communautaire et prise en charge des enfants malnutris dans les milieux Camerounais une étude menée au Centre Médical d'Arrondissement de Bockle dans la région de Garoua**», pour parachever notre formation de master à l'Université de Yaoundé 1, nous vous signalons que cet entretien est destiné à examiner le cadre de vie de relatif à la mal nutrition. Ses résultats doivent permettre d'améliorer les conditions d'accompagnement des patients déjà en situation de malnutrition et envisagent des nouvelles stratégies d'intervention pouvant améliorer les conditions de vie.

1. A ton avis en quoi consiste une bonne alimentation ?

.....
.....

2. Est-ce que ça vous semble facile de manger rassasier ?

.....
.....

3. Combien de plat vous mangez par jour ?

.....
.....

4. Quelle est ta nourriture de chaque jour ?

.....
.....

Guide entretien adressé aux responsables de santé

1. Qu'est-ce que le centre de santé pourrait faire pour améliorer la prise en charge des enfants malnutris ?

.....
.....

2. Selon vous qu'est ce qui pourrait être fait pour diminuer le nombre d'enfants malnutris dans votre santé ?

.....
.....

3. Si vous êtes ministre de la santé publique au Cameroun qu'est-ce que vous pourriez faire pour améliorer les problèmes de la malnutrition dans les dix régions existantes ?

.....
.....

4. Comment on pourrait améliorer les différentes activités sur la malnutrition et la nutrition dans le centre de santé ?

.....
.....

5. Quand un enfant vient au centre pour une visite comment ça se passe ? Qu'est ce qui est fait ?

.....
.....





Source nous-même : En ce jour le Centre Médical d'Arrondissement de Bockle a organisé un grand évènement basé sur l'éducation nutritionnelle et la distribution des intrants aux parents des enfants malnutris. Car plusieurs échanges ont été fait entre les parents d'enfants et les agents de santé notamment sur les points suivants : Faire prendre conscience aux mères des relations étroites entre une alimentation équilibrée et la santé ou le bien être, Expliqué qu'est-ce que la malnutrition, Indiquer les moyens de l'éviter etc.

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE
L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'EDUCATION
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALIZED
EDUCATION

Le Doyen

The Dean

N° 680 /23/UYI/FSE

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Professeur BELA Cyrille Bienvenu**, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant **DJIMTEMADJI Djasnabaye**, Matricule **20V3158** est inscrit en Master II à la Faculté des Sciences de l'Education, Département : *EDUCATION SPECIALISEE*, filière : *INTERVENTION, ORIENTATION ET EDUCATION EXTRASCOLAIRE*, Option : *INTERVENTION ET ACTION COMMUNAUTAIRE*.

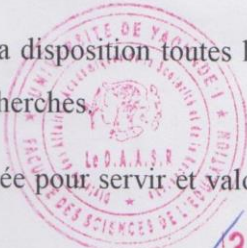
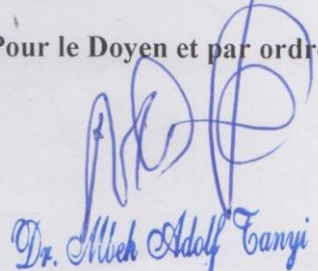
L'intéressé doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Il travaille sous la direction du **Pr NNA NTIMBAN Albert**. Son sujet est intitulé : « *Dispositifs communautaires et prise en charge des enfants malnutris dans les milieux défavorisés au Cameroun* ».

Je vous saurai gré de bien vouloir le recevoir et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider à conduire ses travaux de recherches.

En foi de quoi, cette autorisation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit /.

Fait à Yaoundé, le.....

Pour le Doyen et par ordre



Dr. Michel Adolphe Fanyji

300123

Attestation de stage

Je soussigné M/Me ABDUBAKARI SALI agissant en qualité de Chef de Centre Médical d'Arrondissement (CMA), certifie par la présente que :

M. **DJIMTEMADJI DIASNABAYE** demeurant à Sangueré Paul,

Un étudiant de la Faculté des Sciences de l'Éducation de l'université de Yaoundé I au département de l'éducation spécialisée, option : Intervention Action Communautaire

A effectué un stage avec succès dans le cadre de ses études dans notre Centre Médical d'Arrondissement en qualité de relais communautaire.

Cette attestation est délivrée à l'intéressé afin de servir ce que de droit.

Fait à Boucle 27 Avril 2023

Le Chef du Centre Médical d'Arrondissement.

PO
Diassin Koton
19/5/23


LISTE DES PARTICIPANTS

1- ABOUBAKARI Sali fondateur de Centre 697.68.81.74
2- MAIROU Brahim Médecin généraliste
3- GNASIN KOISSI IBG 696.50.45.09
4- SAMIRATOU AMIDOU Sagefemme 694.98.35.39
5- MIRIOUL DAVID relais communautaire 690.50.46.31
6- MEMKOULAM Eliane parent d'enfant
7- LARITIA Rébecca parent d'enfant
8- SOROHOL Berthine parent d'enfant
9- KALTOME Abderrahmane parent d'enfant
10- ADAMA Adeline parent d'enfant
11- NEMADJI Martine parent d'enfant
12- MAIROU Brahim parent d'enfant
13- TAPSSOU YOUSOUF parent d'enfant
14- KALTOUMA ZANABA parent d'enfant

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
RESUME.....	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	4
1.1. Constat	4
1.2. But de recherche	12
1.3. Contexte et justification de l'étude	13
1.4. Probleme	19
1.5.1. Question de recherche principale.....	20
1.5.2. Questions de recherche secondaire	20
1.6. Objectifs de recherche	21
1.6.1. Objectif général.....	21
1.6.2. Objectifs spécifiques	21
1.7. Hypothese de recherche.....	21
1.7.1. Hypothèse générale de recherche.....	21
1.7.2. Hypothèses spécifiques	22
1.8. Intérêt de la recherche.....	22
1.8.1. Intérêt théorique	22
1.8.2. Intérêt social et sanitaire	24
1.8.3. Intérêt pratique	25
1.8.4. Intérêt scientifique	27
1.9. Pertinence de l'étude	28
1.9.1. Délimitation l'étude	29
CHAPITRE II : REVUE DE LA LTTERATURE.....	32
2.1. Historique de la prise en charge de la Malnutrition.....	32
2.2. Avantages de la prise en charge communautaire.....	32
2.3. Efficacité d'essai, efficacité d'utilisation et efficacité populationnelle.....	33

2.3.1. Études ayant porté sur l'évaluation de programme de nutrition.....	34
2.3. 2. Littérature Scientifique de la malnutrition	35
2.3.3. Traitement de la Malnutrition par la supplémentation alimentaire.....	35
2.3.4. Prise en charge	36
2.3.5. Interventions préventives la malnutrition	37
2.3.6. Causes de la malnutrition	38
2.4. Pauvreté.....	38
2.4. 1. Des services de santé trop peu accessibles et de mauvaise qualité.....	38
2.4.2. Le manque d'installations sanitaires	38
2.4.3. L'allaitement insuffisant et le sevrage brutal	39
2.4.4. Sida	39
2.4.5. Guerres et famines	40
2.4.6. Alimentation de femme enceinte	40
2.4.7. Grossesses précoces, rapprochées.....	40
2.4.8. Facteurs économiques de la malnutrition.....	40
2.4.9. Activité économique des parents	41
2.4.9. Revenu du ménage.....	42
2.5. Facteurs socioculturels et la malnutrition.....	43
2.5.1. Instruction de la mère.....	45
2.5. 2. Milieu de socialisation de la mère.....	46
2.5.3. Ethnie comme facteur de la malnutrition.....	47
2.5.4. Religion comme facteur de la malnutrition.....	48
2.5.5. Comportements nutritionnels et sanitaires des mères	49
2.5.6. Soins préventifs.....	49
2.5.7. Durée et mode de l'allaitement	50
2.5.8. Age au sevrage et aliments de complément.....	52
2.5.8. Infections comme facteurs de malnutrition	53
2.5.9. Source d'approvisionnement en eau de boisson	54
2.5.10. Age de la mère à l'accouchement	54
2.6. Age de l'enfant.....	55
2.6.1. Sexe de l'enfant.....	56
2.6.2. Rang de naissance	57
2.6.3. Intervalle inter génésique	58
2.6.4. Conséquences de la malnutrition des enfants	58

2.6.5. Conséquences cliniques de la malnutrition aiguë sévère	59
2.6.6. Conséquences de la malnutrition sur la vie des enfants	60
2.6.7. Conséquences de la malnutrition sur le développement de l'enfant.....	61
2.6.8. Conséquences de la malnutrition sur la vie économique.....	61
2.6.9. Effets néfastes de la malnutrition sur l'organisme de l'enfant.....	62
CHAPITRE III : APPROCHE THEORIQUE ET CONCEPTUELLE	64
3.1. Définition des concepts clés	64
3.1.1. Malnutrition	64
3.1.2. Dispositif communautaire	65
3.1.3. Communauté	66
3.1.4. Enfant	67
3.1.5. Théories explicatives.....	67
3.1.6. Théories démographiques (modèles malthusien) Thomas R. Malthus (1798)	67
3.1.8. L'Etat et ses Institutions	72
3.1.9. Le Minader	72
3.1.10. Le Minepia	73
3.2. Le Minepia	73
3.2.1. Le Minsanté.....	74
3.2.2. Le Minmidt.....	74
3.2.3. Le Mincommerce	75
3.2.4. Les Organismes des Nations Unies	76
3.2.5. La Fao.....	76
3.2.6. Le Pam	77
3.2.7. Les Organisations Non Gouvernementales	78
3.2.8. Les ONG Internationales.....	79
3.2.9. Action contre la faim.....	79
3.2.10. Care international	80
3.2.11. Solidarité internationale	82
3.3. Alliance contre la faim et mal nutrition (ACFM)	82
3.3.1. Les ONG Nationales	82
3.3.2. Théories sociologiques de la malnutrition	84
CHAPITRE IV : METHODOLOGIE DE RECHERCHE	86
4.4. Méthode de cueillette de données ou les techniques utilisées	100
4.5. Recherche documentaire.....	104

4.5.5. Déroulement de l'entretien.....	106
4.6.1. Etape de Construction de guide d'entretien	108
CHAPITRE V: PRESENTATION DES RESULTATS, DISCUSSION ET	
PERSPECTIVES.....	112
5.1.1. Caractéristiques de la consommation alimentaire des ménages	113
5.1.2. Facteurs associés à l'insécurité alimentaire des ménages.....	114
5.1.3. Caractéristiques de la consommation alimentaire des femmes en âge de procréer	116
5.1.4. Diversité alimentaire des femmes en âge de procréer et facteurs associés.....	116
5.1.5. Caractéristiques de la consommation alimentaire des enfants.....	118
5.1.7. Caractéristiques de la consommation alimentaire des enfants.....	119
5.1.8. Diversité alimentaire des enfants de 24 à 59 mois et facteurs associés	120
5.1.9. Profil de consommation alimentaire	120
CONCLUSION GENERALE	137
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	140
ANNEXES.....	149
TABLE DES MATIERES	159