

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES ET  
SCIENCES HUMAINES

\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES  
HUMAINES, SOCIALES ET  
EDUCATIVES

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTY OF ARTS, SOCIAL AND  
HUMAN SCIENCES

\*\*\*\*\*

POSTGRADUATE SCHOOL FOR THE  
SOCIAL AND EDUCATIONAL  
SCIENCES

\*\*\*\*\*

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR  
HUMAN AND SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF ANTHROPOLOGY

**REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES,  
PRATIQUES ET PRISE EN CHARGE DE LA  
MALNUTRITION CHEZ LES ENFANTS DE 0 –  
5ANS DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KELO**

Mémoire présenté et soutenu le 25 juillet 2023 en vue de l'obtention du diplôme de  
Master en Anthropologie

Spécialité : **Anthropologie Médicale**

Présenté Par :

**Bienvenu SOUMLA SAMAYASSOU**

Licencie en Anthropologie

Matricule : 17Q338

**Jury**

**Président** : KUM AWAH paschal, professeur, Université de Yaoundé I

**Rapporteur** : Antoine SOCPA, professeur, Université de Yaoundé I

**Examineur** : DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand, Maître de Conférences, Université  
de Yaoundé I

Sous la direction de :

**Antoine SOCPA, PhD**

Professeur



**ANNEE ACADEMIQUE 2022-2023**

## SOMMAIRE

<b>DEDICACE</b> .....	ii
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	iii
<b>RESUME</b> .....	v
<b>OBTRACT</b> .....	vii
<b>LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES</b> .....	ix
<b>LISTE DES ILLUSTRATIONS</b> .....	xi
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CHAPITRE I : CADRE PHYSIQUE ET HUMAIN DE KELO</b> .....	21
<b>CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE, CADRES THEORIQUE ET CONCEPTUEL</b>	35
<b>CHAPITRE III : REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES DE LA MALNUTRITION DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KELO</b> .....	57
<b>CHAPITRE IV : PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KELO</b> .....	85
<b>CHAPITRE : V ESSAI D'INTERPRETATION ANTHROPOLOGIQUE DE LA MALNUTRITION DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KELO</b> .....	107
<b>CONCLUSION</b> .....	125
<b>SOURCES</b> .....	130
<b>ANNEXES</b> .....	141
<b>ANNEXE 1 : AUTORISATION DE RECHERCHE ACCADEMIQUE</b> .....	141
<b>ANNEXE2 : AUTORISATION DE RECHERCHE DE MEDECIN CHEF DE L'HOPITAL DE KÉLO</b> .....	143
<b>ANNEXE 3 : ATTESTATION DE RECHERCHE</b> .....	144
<b>ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE</b> .....	145
<b>ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN</b> .....	146

*DEDICACE*

---

À

- **Mes parents : SAMAYASSOU pascal et BEINDE Berthe**
- **Mon épouse : LALMO Angèle**
- **Mon fils : LOUKAMA soumla Maël**

## REMERCIEMENTS

Il est primordial de reconnaître que le présent travail, comme toute recherche scientifique digne de ce nom n'a pu se réaliser isolément. Il a donc nécessité dans sa conception, l'immense apport de plusieurs personnes, qui nous ont guidés, soutenu et aidé pour assurer son objectivité. Il convient à cet effet de nommer et de remercier ces personnes grâce à qui ce travail a pu voir le jour.

Nous remercions du fond du cœur notre Directeur de Mémoire, le Professeur Antoine SOCPA, pour sa grande disponibilité et ses conseils avisés, et pour avoir accepté de diriger ce travail. Professeur, soyez en remercié.

Nous remercions le Professeur Paschal KUM AWAH, chef du Département d'Anthropologie de l'Université de Yaoundé I, pour ses conseils à l'égard des étudiants.

Nous adressons également notre reconnaissance au Professeur MBONJI EDJENGUÈLÈ pour la qualité de l'enseignement acquis de lui et le rayonnement de l'Anthropologie à l'Université de Yaoundé I.

Nous tenons également à exprimer notre sincère gratitude aux enseignants du Département d'Anthropologie qui ont contribué à notre formation académique. Nous pensons notamment aux professeurs Luc MEBENGA TAMBA, Pierre-François EDONGO NTEDE, ABOUNA Paul, DELI TIZE TERI, Isai'ah AFU KUNOCK. Maîtres, nous vous remercions infiniment. Aux Docteurs David NKWETI (regretté mémoire), Célestin NGOURA (regretté mémoire), Marguerite ESSOH, ANTANG YAMO, Lucy FONJONG, Exodus TIKÉRÉ MOFFOR, Evans KAH NGAH, Alexandre NDJALLA, Germaine NGA ELOUNDOU et Antoinette Marcelle NGA EWOLO.

Nos remerciements vont aussi à l'endroit de tous nos informateurs et toutes les personnes ressources. Entre autres les personnels de la santé, les tradipraticiens, pour leur temps accordé, disponibilité et leur savoir qui ont été utiles pour l'élaboration de ce travail. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

Nos sincères remerciements à notre cher aîné Ami Bienvenu ayant accepté de lire ce travail malgré ses occupations.

Nous disons infiniment merci à notre cher frère Beinjeffa Charles Côté et notre neveu Noyom Dieudonné, Beira Florence Madaoua pour la franche amitié, collaboration depuis notre parcours scolaire jusqu'à la présente rédaction de ce travail, une grande partie du chemin est franchie et le meilleur reste à venir.

Mes frères et sœurs BEILA SAMAYASSOU LOUISE, LOUNA SAMAYASSOU LUC, DOUMBA SAMAYASSOU FLORENCE, BOUZA SAMAYASSOU HYPOLI, TOUGUI SAMAYASSOU SIDONIE, LANHAM SAMAYASSOU.

Nous saisissons cette occasion pour dire notre sincère remerciement à la grande famille Béro du côté paternel et Monogoye du côté maternel, Docta Doucksidi Abel, Mangamissou Keitoumar Fleurit, Alladoum Désiré pour les conseils et l'orientation

A tous nos amis, camarades de promotion pour leurs conseils, soutiens, leurs ouvertures aux discussions et suggestions. Zogo Gladys Fresly, Waoso Emmanuel, Bienvenue Gamana, Frida Bagoidy Adji Balam et tous ceux dont les nos noms ne sont pas mentionnés.

## RESUME

Le présent Mémoire de Master est intitulé **Représentations socioculturelles, pratiques et prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de kélo(TCHAD)**. Le choix de ce sujet a été sollicité par le fait que malgré la quantité de production abondante des denrées alimentaires pouvant aider l'alimentation de qualité et de quantité suffisante pour la population et surtout pour la bonne croissance, dans le district sanitaire de Kélo les enfants sont toujours exposés au problème de malnutrition. Afin de comprendre ce fléau, nous nous sommes posé la question principale de savoir : Quelles sont les représentations socioculturelles de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo ? Quelles sont les origines de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo ? A ces questions correspondent les hypothèses suivantes : Dans le district de santé de Kélo, la malnutrition est perçue comme une maladie des pauvres, de la malédiction, de la malchance, de la traverse, de la sorcellerie et de la transgression des normes. La confiance à la tradition, la disponibilité des ressources naturelles et à la croyance aux éléments endogènes dans le cadre de prise en charge des enfants malnutris favorisent le faible recours à la biomédicale pour les soins. Cette recherche vise à comprendre les représentations socioculturelles autour de la malnutrition dans le district de santé de Kélo. Les objectifs secondaires sont les suivants : Connaître les différentes étiologies de la malnutrition dans le district de santé de kélo. Ensuite comprendre le choix de recours thérapeutiques opéré par les parents des enfants malnutris dans le district de sante de Kélo. Et enfin démontrer les liens entre la malnutrition et les causes de faible recours dans les formations sanitaires pour les soins modernes au sein du district sanitaire.

Pour arriver à ces objectifs, nous avons procédé à une double recherche : la recherche documentaire et la recherche de terrain. Concernant la recherche de terrain, elle a été faite grâce aux techniques de collectes de données à l'instar de : l'observation directe, l'entretien, la discussion de groupe, la photographie, le guide d'entretien, l'appareil photo, le magnétophone. Par la suite, nous avons procédé au traitement de données à l'aide des techniques d'analyses. Toutes ces données ont été interprétées grâce à la grille d'analyse suivante : le concept de représentations sociales, le concept du health believe model et l'ethno-perspective.

Les résultats de cette recherche montrent que la malnutrition est considérée comme le poison des enfants lié à la sous-alimentation, une maladie mystique ; qu'elle est la résultante du non-respect des normes culturelles, de la traversée de l'enfant, des conflits entre les familles ; les parents ont recouru à trois types de médecine : la médecine moderne, l'ethnomédecine et la

thérapie religieuse. Ce présent travail universitaire peut s'étudier dans un autre groupe culturel. Les résultats de cette recherche peuvent faire l'objet d'études plus approfondies dans les recherches futures et dans d'autres domaines en sciences sociales.

**Mots clés :** Représentations socioculturelles, pratiques de prise en charge de la malnutrition.

## OBTRACT

This Masters dissertation entitled Sociocultural representations, practices and management of malnutrition in the health district of kélo (CHAD). The choice of this topic was prompted by the fact that despite the quantity of abundant production of foodstuffs that can help provide quality food and sufficient quantity for the population especially for good growth, in the health district of Kélo the children are still exposed to the problem of malnutrition. In order to understand this problem, we asked the following questions; the main question was: What are the socio-cultural representations of malnutrition in the Kélo health district? For the specific questions: What are the origins of malnutrition in the Kélo health district? What are the causes of the low participation in biomedical care within the health district of Kélo? These questions correspond to the following hypotheses: In the health district of Kélo, malnutrition is perceived as a disease of the poor, a curse, bad luck, crosses, witchcraft and the transgression of norms. Malnutrition in the Kelo community is due to undernourishment of children, the socio-cultural environment and the supernatural aspect. Therapeutic care in the event of malnutrition in the Kelo community is done through belief in the etiology of the disease, pharmaceutical products and religious belief. Confidence in tradition, the availability of natural resources and the belief in endogenous elements in the context of the care of malnourished children favor the low use of biomedical care. This research aims to understand the socio-cultural representations around malnutrition in the health district of Kelo. The secondary objectives are: To know the different etiologies of malnutrition in the Kelo health district. Then understand the choice of therapeutic remedies made by the parents of malnourished children in the health district of Kélo. And finally demonstrate the links between malnutrition and the causes of low use in health facilities for modern care within the health district.

To achieve these objectives, we carried out a double research: documentary research and field research. Regarding the field research, it was done using data collection techniques and tools such as: direct observation, interview, group discussion, photography, interview guide, camera, tape recorder. Subsequently, we proceeded to the data processing using analysis techniques. All these data were interpreted using the following analytical grid: the concept of social representations, the concept of the health believes model and the ethno-perspective.

The results of this research show that malnutrition is seen as the poison of children linked to undernourishment, a mystical disease ; that it is the result of the non-respect of cultural norms,

the crossing of the child, the conflicts between families ; the parents used three types of medicine : modern medicine, ethnomedicine and religious therapy. This present academic work can be studied in another cultural group. The results of this research can be further studied in future research and in other areas in the social sciences.

**Keywords** : Socio-cultural representations, malnutrition management practices.

## LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES

### 1-LISTE DES ACRONYMES

**CNAM** : Centre nutritionnel ambulatoire pour les malnutris modérés

**FALSH** : Faculté des arts, lettres, sciences humaines

**FAO** : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture

**MAM** : Malnutrition aiguë modérée

**MINSANTE** : Ministère de la santé publique

**MUAC**: Mid- upper arm circumference

**PAM** : Programme alimentaire mondial

**PEC** : Prise en charge

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

**SIDA** : Syndrome immunodéficient acquis

**TAR** : Traitement Antirétroviral

**UNICEF** : Fonds de Nations Unies pour l'enfance

### 2-LISTE DES SIGLES

**ASC** : Agent de santé communautaire

**ATPE** : Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi

**BM** : Banque mondiale

**Cm** : Centimètre

**CNTI** : Centre nutritionnel thérapeutique interne

**C.P.P.S.A** : Cercle philo-psycho-socio-anthropologie

**Dr.** : Docteur

**Etc.** Etcetera

**F-75** : Formule 75

**F-100**: Formule 100

**G**: Gramme

**HBM**: Health belief model

**Kcal** : Kilo-calorie

**Kg** : Kilogramme

**Mg** : Milligramme

**ml** : Millilitre

**Mm** : Millimètre

**MCH** : Médecin chef d'hôpital

**ODD** : Objectifs de Développement Durable

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONG** : Organisation non gouvernementale

**P/T** : Poids/ taille

**P/A** : Poids/âge

**PB** : Périmètre brachial

**PPN** : Plumpy nut

**SRO** : Sel de réhydrations orales

**T /A** : Taille / âge

**VIH** : Virus immun-humain

## LISTE DES ILLUSTRATIONS

- Liste des cartes
- liste de figure
- liste de photos
- liste des tableaux

## **INTRODUCTION**

Ce présent mémoire de recherche intitulé : « Représentations socioculturelles, pratiques et prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo (Tchad) » est une pensée profonde faisant partie des nombreux problèmes de santé au Tchad et en particulier dans le département de la Tanjilé-Ouest, nous amène à réfléchir et comprendre un certains nombres d'investissement médical, scientifiques et les représentations socioculturelles pour la prise en charge de la malnutrition qui est d'ailleurs un problème de santé dans le district sanitaire de Kélo. En effet, les représentations et les pratiques de prise en charge de la malnutrition ne seront mises en évidence non seulement pour les limites d'incapacité de la médecine moderne mais à un certains nombres des représentations socioculturelles pour la prise en charge dans la localité. Sur le plan scientifique, la malnutrition est une maladie qui touche la santé humaine d'où la réflexion médicale, sociologique et anthropologique sont importantes ; les analyses et les actions relatives à ce phénomène seront démontrées un certain nombre d'indicateurs curatifs et les pratiques pour la prise en charge de la maladie. Partant de cela, nous serons en face d'une « maladie sociale » ou d'un « modèle explicatif ». (Byon, 1998).

La situation des personnes victimes et les pratiques thérapeutiques pour la prise en charge de la malnutrition est à ce point largement originale dans la mesure où ce ne sont pas les savants analystes anthropologiques, sociologiques ou médicaux qui expriment ce double constat : les discours communs des thérapeutes, des personnels de la santé et les personnes souffrants de la malnutrition ainsi que leurs images feront d'elle comme une maladie sociale et un problème de santé publique.

La malnutrition est une maladie collective pour sa prise en charge, du fait qu'elle s'inscrive dans un cadre représentatif, socioculturel de la vie mais aussi de la vie publique. Le recours aux pratiques de la prise en charge ne concerne pas seulement l'institution médicale mais aussi une diversité socioculturelle à l'instar des sphères familiales communautaires ou sociales. Ainsi, ce problème de santé définit comme un objet d'étude anthropologique car, comme le souligne (Augé 2006) il est modèle le « sens que les humains en collectivités donnent à leur existence.

## **1. CONTEXTE DE LA RECHERCHE**

Selon la dernière édition du rapport l'état de la sécurité alimentaire et de nutrition dans le monde en 2021 selon l'organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), le monde perd du terrain dans sa lutte pour éliminer la faim et la malnutrition. Le nombre de personnes touchées par la faim dans le monde a augmenté pour atteindre jusqu'à 828 millions en 2021, soit une hausse d'environ 46 millions par rapport à 2020 et de 150 millions depuis

l'apparition de la pandémie de Covid-19, d'après un rapport de l'ONU en 2021 qui apporte de nouveaux éléments factuels montrant que le monde s'éloigne de plus en plus de son objectif consistant à mettre un terme à la faim, à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition sous toutes ses formes d'ici 2030.

Selon le rapport du mouvement *scaling up nutrition* (SUN, 2019), suivant les tendances mondial, l'Afrique reste la seule région dans laquelle le nombre d'enfants souffrants de retard de croissance a augmenté, passant de 50,3 millions en 2000 à 58,8 millions en 2018. De plus, quelle qu'en soit la forme ; les pays d'Afrique et d'Asie demeurent les plus touchés par la malnutrition des jeunes enfants. Toujours d'après la même source, près de 115 millions d'enfants dans le monde présente une insuffisance pondérale. Le retard de croissance entrave le développement de 171 millions d'enfants de moins de cinq ans. Près de 13 millions d'enfants naissent avec une insuffisance pondérale ou prématurément en raison de la dénutrition maternelle et d'autres facteurs. Parmi les enfants en âge préscolaire dans le monde, près d'un tiers, sont carencés en vitamine A. La détermination maternelle, courante dans de nombreux pays en développement, se traduit par un développement fœtal insuffisant et une augmentation du risque de complication chez de grosse. Par ailleurs, la dénutrition chez la mère et chez l'enfant est responsable de plus de 10% de la charge mondial de morbidité selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS 2020).

Au Proche-Orient et en Afrique du Nord, 11% de la population de la région, soit 50,2 millions d'individus, est –alimentée. Les conclusions du rapport ont montré que l'impossibilité de réduire la faim dans la région est étroitement liée à la multiplication des conflits et de la violence dans plusieurs zones de la région, comme le soulignait également l'édition de l'année dernière. Alors que la prévalence de la sous-alimentation est passée de 23% à 26% dans les pays en conflit depuis 2011-2013, elle est restée stable à environ 5% dans les pays non en conflit selon le rapport de l'organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO, 2019).

En 2018, l'Asie représentait plus de 90 % des enfants en retard de croissance et des enfants émaciés. Dans de nombreux pays où la croissance économique accuse un retard, la faim augmente, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire et ceux qui dépendent fortement du commerce international des produits de base. Le rapport annuel de l'ONU de 2018 a également constaté que l'inégalité des revenus augmente dans de nombreux pays où la faim est en hausse. Il est alors difficile pour les personnes les plus pauvres, vulnérables ou marginalisées de faire face aux crises économiques. (Bryce et al. 2019).

En Afrique sub-saharienne, l'organisation mondiale de la santé (OMS 2017) présente un taux plus élevés au monde de malnutrition chez l'enfant soit 39% de croissance et 10% de malnutrition infantile sur le classement mondial,

En Afrique centrale, selon un rapport de Bureau régional de la (FAO, 2021) pour l'Afrique centrale plus de 26% soit environ 42,7millions de personnes sont en situation d'insécurité alimentaire, ce qui signifie qu'elles n'ont pas suffisamment d'apport calorique pour une santé normale. Parmi ces personnes, plusieurs font face à une insécurité alimentaire grave aiguë, des souffrances liées à la faim tellement grave que leur vie et leurs moyens d'existence sont directement menacés et que leur survie dépend d'une aide extérieure. Ces personnes peuvent difficilement faire face à une nouvelle perturbation de leurs moyens d'existence ou à une restriction de leur accès à la nourriture du fait de la propagation de la COVID-19.

Dans la sous-région, la république démocratique du Congo (RDC) avec une population de plus de 84millions d'habitants, plus de 43% des enfants de moins de cinq(5) ans souffrent de la malnutrition chronique et 23% de la population rurale souffrent d'insécurité alimentaire. C'est le cas également de la république centrafricaine (RCA) avec plus de 1,6millions de personnes qui sont dans un besoin d'aide humanitaire.

Au Cameroun, le pourvoyeur des pays voisins en produits alimentaires, déjà six (6) régions sur dix (10) ont une prévalence de retard de croissance ou de malnutrition chronique de plus de 30% chez les enfants de moins de 5 ans.

Au Tchad avec sa superposition de crises humanitaires se retrouvent avec 52% des ménages en insécurité alimentaire avec 600 000 enfant de moins de cinq(5) ans souffre de la malnutrition, la période de collecte des données de l'enquête SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporel) nationale coïncide avec la période de pic des cas de malnutrition aiguë (juin-septembre). L'analyse de l'IPC (l'indice de prix à la consommation) a été réalisée en fin novembre 2019, qui correspond à la période de la diminution des cas de malnutrition aiguë (octobre-décembre). Parmi les 11 provinces qui ont fait l'objet d'analyse à l'échelle provinciale, 4 provinces (Kanem, Ennedi-Ouest, Tibesti et Barh-ElGazel) sont classées en situation critique et 2 provinces (Wadi-Fira et Hadjer-Lamis) sont classées en situation sérieuse . Toutefois, on constate que les provinces du sud sont en situation d'alerte: Logone Orientale, Mandoul, Mayo-Kebbi Ouest, Moyen-Chari et la Tandjilé. Cependant, même la ville de N'Djamena n'est pas épargnée par la malnutrition aiguë et a été classée en situation sérieuse. Parmi les 35 départements pour lesquels l'analyse a été conduite à l'échelle départementale, 13 sont classés en situation critique

(Borkou, Borkou -Yala, Haraze- Mangueigne, Barh Azoum, Aboudeia, Kimiti, Djouf Al Ahmar, Fitri, Batha- Est, Batha- Ouest, Wadi Hawar, Am-Djarass et Baguirmi) ; 17 en situation Sérieuse (Loug- Chari, Barh Signaka, Abtouyour, Guera, Mangalme, Mamdi, Wayi, Fouli, Kaya, La Kabbia, Mont Illi, Mayo Boneye, Mayo Lemye, Lac Wey, Ngourkosso, Assoungha et Ouara) ; 2 en situation d'Alerte (Chari et Abdi) et un seul département classé en situation Acceptable pendant cette période de soudure nutritionnelle.

De façon globale, les principaux facteurs aggravant de la malnutrition aigüe identifiés lors de l'analyse IPC, AMN (Africa Mobile Nature) sont : la mauvaise qualité de l'apport alimentaire avec une diversité alimentaire minimum qui oscille entre 2,7% et 18,9% avec une valeur nationale de 11,3% ce qui suppose que plus de 88% des enfants de 6-23 mois ne bénéficient pas d'une diversité alimentaire minimum. La proportion des enfants de 6-23 mois qui bénéficient d'un régime alimentaire minimum acceptable varie de 1,3% à 18,5% selon les zones analysées avec une moyenne nationale de 8,9% ce qui signifie que plus de 91% ne bénéficient pas d'un régime adéquat. La mauvaise qualité de l'apport alimentaire constitue un facteur contributif majeur à la dégradation de la malnutrition aigüe au niveau de l'ensemble des zones analysées. Les prévalences élevées des maladies infantiles notamment la diarrhée, le paludisme et la rougeole dans 26 départements analysés sur un total de 35. L'anémie au niveau de l'ensemble des unités analysées avec des fortes prévalences qui varient de 30% à 80% selon les provinces avec des disparités plus marquées à l'échelle département. Les pratiques de l'ANJE avec des très faibles taux d'allaitement exclusif et d'introduction d'aliment de complément.

L'insécurité alimentaire aigüe selon la prise en compte des résultats récents et passés du Cadre Harmonisé (CH) qui apparaît comme un facteur contributif majeur seulement au niveau de 9 départements sur 35 et 2 provinces sur 11. Le conflit intercommunautaire et l'insécurité résiduelle dans certaines provinces impactent négativement la malnutrition aigüe dans certaines zones ressorties de l'analyse en situation Sérieuse et Critique. En tant que réalité au Tchad et dans ces régions, elle reste un problème sur l'étendue du territoire national dans la mesure où, la région du Nord et du Sud enregistre plus de cas et est considérée comme les zones les plus proches du seuil d'urgence. Le district sanitaire de Kélo nonobstant la présence des professionnels de la santé et l'organisme en charge de la malnutrition, est l'un des districts de la ville de Kélo affecté par la malnutrition infantile car la majorité des enfants qui meurent ou qui sont dans des conditions précaires dans le centre de santé de cette localité, arrivent à un état de sous-alimentation avancé. Les données ci-citées démontrent la nature répandue et meurtrière de la malnutrition dans le monde, en Afrique, et au Tchad. Ce qui amène des communautés à

poser des interrogations sur la question des pratiques de prise en charge de la malnutrition. La présente recherche en Anthropologie médicale s'inscrit donc dans un contexte culturel, qui induit de multiples pratiques de prise en charge de la malnutrition. Il s'agit donc de comprendre les sens octroyés à ce problème de santé, ainsi que la nature des pratiques qui lui sont appliquées.

## **2. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET**

L'intérêt de la recherche des représentations socioculturelles, pratiques et prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo vient du fait qu'étant inscrit en anthropologie, nous nous sommes intéressés en anthropologie de la santé qui est un domaine mettant l'accent sur les représentations culturelles et les expressions des problèmes de santé, les différents moyens mis en œuvre pour les traiter et les rapports thérapeutes /malades en fonction de la culture de la société étudiée. Les raisons du choix de cette recherche dans le district sanitaire de Kélo sont les suivantes :

### **2.1 Raisons personnelles**

Le problème de la malnutrition est une réalité dans toutes les couches sociales à travers le monde. De ce fait, les représentations sociales de cette maladie dépendent d'une communauté à une autre. C'est d'ailleurs le cas des perceptions de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo qui joue un rôle très important dans les développements sociaux des populations kelois. Etant fils de la commune et témoins des souffrances et décès des populations et surtout des enfants causés par la malnutrition dans la localité, malgré l'abondance des produits alimentaires et l'effort du gouvernement et les organisations non gouvernementales au sein de la commune pour la prise en charge de ce phénomène, cela nous amène à mener une recherche sur les représentations socioculturelles de cette maladie dans le cadre de notre formation en anthropologie.

Nous nous sommes intéressés à la prise en charge de la malnutrition parce qu'elle est un problème de santé public qui coûtent aux populations rurales.

### **2.2 Raison sociale**

Aujourd'hui, chercheurs, experts et médecins sont unanimes quant à l'effort qui être fait pour les plus défavorisés en matière de la santé, en l'occurrence les populations rurales. Selon l'OMS, la majorité des populations mondiales est encore rurale et les conditions sanitaires des régions où elles vivent, constituent les vecteurs des problèmes de santé. Or, la problématique de la santé est au cœur des préoccupations des pays sous-développés comme le nôtre, car ils ont besoin d'une population productive pour relever les défis du développement. Ainsi, les problèmes de santé et de la recherche de santé ne font-ils pas l'objet de représentation de la part

des populations et cela dans toutes les cultures ? A cet effet, appréhender la perception, la dimension socioculturelle des problèmes de santé ainsi que les déterminants socioculturels et économiques de la santé, semblent primordiales, car permettra l'amélioration de la santé des populations particulièrement africaines si elle est prise en compte dans la formulation, l'élaboration des programmes de santé.

### **2.3 Raisons scientifiques**

Dans les recherches en sciences sociales, les faits sont les mêmes, mais la façon de les traiter ou les aborder est différente selon la discipline qui l'aborde et même de voir leurs appartenances culturelles selon lesquelles est fixé le phénomène. La culture est avant tout un ensemble cohérent de valeurs et de normes à l'intérieur de laquelle régissent certaines pratiques autour desquelles les individus doivent se conformer, s'identifier et singulariser. De ce fait, le choix de notre recherche a été orienté sur le problème de la malnutrition et surtout la prise en charge dans le district sanitaire de Kélo ; partant de cela, vu le manque de travaux traitant de la malnutrition en sciences sociales. Vu cela, nous avons trouvé utile de faire une recherche scientifique dans le but de rendre plus compréhensive les représentations socioculturelles, pratiques et prise en charge de la malnutrition. Et en espérant écrire ce thème dans le domaine de l'anthropologie, nous espérons contribuer modestement à enrichir les études existantes et améliorer la mise en évidence des actions contre la malnutrition.

### **3. PROBLEME DE RECHERCHE**

Départ le monde, chaque couches sociales s'adaptent à l'évolution qu'elles font face dans est un contexte bien précis pour le bien-être de leurs. Ces dernières grâce à leur intelligence vont développer la culture qui leur ait donnée afin de répondre aux différents besoins qui s'imposent à eux. La solution de ces problèmes existentiels est de différents ordres : social, culturel, sanitaire, environnemental, économique ainsi que politique etc. Dans cette perspective, chaque communauté trouve des éléments requis et nécessaires pour répondre à ses besoins auxquels elle fait face. Ainsi, le développement de la culture va varier en fonction de localité que l'on se trouve savane, forêt, désertique, ou sahélienne. Cette logique permettra aux hommes de s'inscrire entre la nature et la culture pour afin de trouver des solutions à leurs difficultés quotidiennes. Selon le rapport de FAO (2019) au Tchad, « la malnutrition demeure un problème de la santé publique au Tchad, surtout dans la bande sahélienne, en dépit des efforts déployés par le gouvernement, les agences du système des Nations Unies et les autres partenaires humanitaires et de développement. L'insécurité nutritionnelle reste l'une des principales causes de mortalité et de morbidité, particulièrement chez les enfants de moins de cinq(5) ans ».

La crise alimentaire et nutritionnelle qu'affecte chaque année les habitants de la bande sahélienne du Tchad est responsable des prévalences élevées de la malnutrition aiguë globale (MAG). En effet, la situation nutritionnelle demeure préoccupante dans la plupart des provinces des zones sahélienne et saharienne. Les résultats de la dernière enquête nutritionnelle (septembre 2019) relèvent au plan national une prévalence de la MAG de 12,9%, soit au-dessus du seuil d'alerte de 10% fixe par l'OMS. Environ 360 205 enfants de moins de 5ans souffrent de la malnutrition aiguë sévère (MAS) au Tchad.

Au Tchad, le gouvernement à travers le ministère de la santé publique a mis sur pied une politique de l'accès aux traitements par des stratégies telles que la décentralisation de centre de prise en charge de la malnutrition dans les districts de santé, la formation des plateaux techniques meilleurs pour les victimes dans les hôpitaux régionaux. Cependant, malgré toutes les stratégies mises en œuvre pour lutter contre la malnutrition et permettre un large et facile accès aux soins de santé formels par toutes les victimes, on assiste toujours dans le pays en génération, au sud en particulier le district sanitaire de Kélo, à une diversité de comportement sanitaire face au système de prise en soin. Ce qui montre que le paramètre économique n'est pas la seule raison déterminant pour le recours aux soins modernes pour la prise en soin de la malnutrition au Tchad. D'abord il ne suffit pas que les enfants victimes, ou que les soins soient partiellement pour résoudre le problème de l'accessibilité aux soins de santé formels. La bureaucratie hospitalière, les coûts de traitements, les croyances, les représentations socioculturelles de la malnutrition et les conditions d'accès dans certaines structures sanitaires participent à limiter leurs utilisations. De plus, le pluralisme thérapeutique pousse les parents des enfants victimes de la malnutrition à recourir à toutes formes de médecines pour accroître leurs chances de guérison à leurs enfants, ce qui traduit leur absence de confiance face au système de santé formel du pays et au sud dans le district sanitaire de Kélo. Car, pendant que certains recourent aux systèmes de santé moderne, d'autres préfèrent plutôt le recours à la médecine alternative (traditionnelle) qui n'est pas encore formellement approuvée dans la prise en soin des victimes au Tchad.

Face à cette situation, le gouvernement Tchadien s'est engagé à considérer la malnutrition comme une priorité du développement, Ainsi l'adhésion à l'initiative REACH (Renewed Effort Against Child Hunger and Undernutrition) et au Mouvement Scaling Up Nutrition(SUN) constitue le fondement d'une démarche multisectorielle amorcée par le pays dans la lutte contre la malnutrition.

#### 4. PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE

Pour apporter des réponses à la préoccupation posée par notre sujet de recherche qui est celle de savoir comment les représentations socioculturelles se manifestent pour le cas de prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo, nous avons décidé de l'asseoir dans la perspective des théories appliquées à l'étude de la maladie (malnutrition), les politiques de prise en soin pour faciliter l'accès aux soins de guérison et les moyens utilisés par les protagonistes de chaque système thérapeutique. Le territoire Tchadien (Kélo) apparaît comme un composite de système de pratique de guérison. La vision de l'origine de malnutrition abordée par les croyances traditionnelles et biomédicales, va dans le même sens et ne s'éloigne pas de celle que l'on peut rencontrer dans le quotidien de kéloise.

Cette population de la localité qui a une conception locale du monde se réfère à des codes culturels précis et spécifiques. Ceux-ci se rapportent à des moments particuliers de la vie de l'homme. Il conçoit le monde dans une double dimension. L'arrivée de la médecine conventionnelle et de l'islam, le Christianisme par le biais de la colonisation apporte une autre façon de comprendre la malnutrition. La conception locale n'est pas alors, la seule parce qu'elle se trouve associée à d'autres conceptions complémentaires ou s'avoisinant. Après la pensée locale de la malnutrition, vient celle de l'occident qui renvoie à la biomédecine. Tous ces différents savoirs ordinaires et biomédicaux qui s'entremêlent ont plusieurs origines.

Les soins traditionnels s'enracinent dans la conception et la pratique de la médecine traditionnelle. Cette médecine est basée sur l'usage des plantes, des légumes fruitiers et des animaux pour arriver à la guérison. En parlant du concept traditionnel de soin, Mba Bitome, P. (2001, p.757) nous explique que : *« le soin n'est pas uniquement axé sur le corps du malade, mais sur l'homme total, c'est-à-dire qu'il prend en compte son unité existentielle et le rituel thérapeutique plus complexe que le traitement simple, intègre la maladie et le patient dans le social »*.

En biomédecine, les travaux des auteurs tels : Akoto, E, Hilla, 1988, Auge .J.C (1991) Batibonack ,S. et Batiback, 2017, et bien d'autres montrent que le traitement de morsures de serpent est composé de l'immunothérapie et de l'antalgique. Ce dernier est précédé par les premiers secours. Ses soins sont administrés à base de l'antibiothérapie telle qu'amoxicilline et métronidazole par la voie orale et les SAV et SAT par la voie intramusculaire ou intraveineuse.

Le problème à solutionner dans cette recherche gravite autour de la nature de pluralisme thérapeutique dans le traitement de la malnutrition dans la localité de Kélo en particulier le

district sanitaire. Il est question de donner sens aux représentations socioculturelles de la malnutrition, de l'option des pratiques de prise en charge. Pour cela, nous avons un triptyque des approches théoriques à savoir : l'ethno-perspective ou ethnanalyse avec l'approche sur la contextualité ou sociocentralité, l'holisticité ou globalité et l'endosémie), le concept des représentations sociales, health believe model(HBM) ou modèle de croyance relatif à la santé, le fonctionnalisme.

## **5. QUESTION DE RECHERCHE**

### **5.1 Question principale**

Quelles sont les représentations socioculturelles de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo ?

### **5.2 Questions spécifiques**

Cette question secondaire est sous-tendue par trois questions

**5.1.1** Quelles sont les origines de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo ?

**5.1.2** Comment se fait le choix de recours au soin thérapeutique pour la prise en charge et la prévention contre la malnutrition au sein de la communauté de district sanitaire de Kélo ?

**5.1.3** Quelles sont les causes de la faible participation au soin biomédical au sein du district sanitaire de Kélo ?

## **6. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE**

A travers des interrogations citées plus haut, nous essayerons d'apporter un certain nombre des réponses élaborées dans le souci d'amener une lumière sur le sujet. Ces hypothèses sont deux : l'hypothèse principale et les hypothèses secondaires.

### **6.1 Hypothèse principale**

Dans le district de santé de Kélo, la malnutrition est perçue comme une maladie des pauvres, de la malédiction, de la malchance, de la traverse, de la sorcellerie et de la transgression des normes et valeurs culturelles.

### **6.2 Hypothèses secondaires**

Les hypothèses secondaires sont au nombre de trois :

**6-2-1-** Malnutrition dans la communauté kéloise est due aux sous-alimentations des enfants, à l'environnement socioculturel et à l'aspect surnaturel.

**6-2-2-** Recours thérapeutique en cas de la malnutrition dans la communauté kéloise se fait à travers la croyance à l'étiologie de la maladie, aux produits pharmaceutiques et à la croyance religieuse.

**6-2-3-** Confiance à la tradition, la disponibilité des ressources naturelles et à la croyance aux éléments endogènes dans le cadre de prise en charge des enfants malnutris favorisent le faible recours à la biomédicale pour les soins.

## **7. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE**

### **7.1 Objectif principal**

Comprendre les représentations socioculturelles autour de la malnutrition dans le district de santé de Kélo.

De cet objectif principal déroule trois objectifs subsidiaires

### **7.2 Objectifs spécifiques**

Les objectifs secondaires sont les suivants :

**7.1.1** Connaître les différentes étiologies de la malnutrition dans le district de santé de Kélo.

**7.1.2** Comprendre le choix de soin thérapeutique opéré par les parents des enfants malnutris dans le district de santé de Kélo.

**7.1.3** Démontrer les liens entre la malnutrition et les causes de faible recours dans les formations sanitaires pour les soins modernes.

## **8. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

De méthodes et de logos, méthode et science, la méthodologie est la science de la méthode. C'est le processus à suivre du choix de la méthode à la publication des résultats, en passant par la collecte et l'analyse des données.

### **8.1 Type recherche**

Nous avons utilisé l'approche en sciences sociales pour mener notre recherche à savoir l'approche qualitative. L'approche qualitative nous a permis de recueillir les données orales sur ce dont il est question dans notre recherche. Les données de cette recherche sont collectées à partir de deux (02) sources principales à savoir : les images et la parole. Le choix des outils de collecte des données est subordonné à ces différentes sources.

### **8.2 Cadre de recherche**

Cette recherche s'est faite dans le département de la Tandjilé –Ouest plus précisément dans le district sanitaire de la ville de Kélo ainsi que les centres de santé et quelques quartiers de ladite localité.

### **8.3 Population**

Disons que Kélo est une ville cosmopolite, tous les populations vivants dans la localité est concernée par cette recherche sans distinction des clans ni de religion.

### **8.4 Echantillonnage**

Un échantillon est une portion de la population cible. C'est la représentation exacte de la population mère à laquelle s'est administrée l'enquête. Déterminer l'échantillon d'une population revient à sélectionner une portion ayant les caractéristiques de la population mère. Pour cela, nous avons identifié l'approche d'échantillonnage, choisi la technique d'échantillonnage, élaboré la procédure d'échantillonnage et déterminé les informateurs clés.

#### **8.4.1 Approche d'échantillonnage**

On distingue deux approches ; l'approche probabiliste et l'approche non-probabiliste. Le type de recherche étant qualitatif, nous avons opté pour l'approche d'échantillonnage non-probabiliste.

#### **8.4.2 Technique d'échantillonnage**

L'approche d'échantillonnage non-probabiliste comporte deux techniques :

- **La technique boule de neige** ; elle se fait de manière aléatoire. Elle consiste à aller vers un informateur X, qui après l'entretien nous conduira vers un informateur Y qui maîtrise mieux le sujet que lui. On est alors allé d'un informateur à un autre, sans craindre la qualité des données collectées ;

**La technique par convenance ou accidentelle** ; avec cette technique, on a un échantillon préétabli, une liste d'informateur définie d'avance. Lorsqu'on atteint le neuvième informateur et que les données sont similaires que celles des huit autres, on arrête l'entretien sans toutefois interviewer le reste d'informateur ; on a atteint le point de saturation.

#### **8.4.3 Procédure d'échantillonnage**

La procédure d'échantillonnage renvoie au chemin à suivre pour établir un échantillon. Nous nous sommes aidés d'un type de procédure non-probabiliste, qui est le processus d'échantillonnage raisonné. Il est utilisé lorsque le chercheur s'appuie sur son propre jugement pour sélectionner son échantillon. L'échantillon dans ce cas n'est pas forcément représentatif de la population cible, car il était question d'accéder à des sous-groupes de la population cible. Cependant, les données recueillies sont qualitativement généralisées à la population cible. Cette réflexion sur les représentations socioculturelles, pratiques de prise en charge de la malnutrition

dans le district sanitaire de Kélo au Sud-Ouest du Tchad, n'a pas interrogé toutes les composantes de la société, mais les sous-groupes suivants : Les anciens parents victimes de la malnutrition, le personnel biomédical, les soignants traditionnelles.

#### 8.4.4 Informateurs clés

Les informateurs clés sont des personnes ressources auprès desquelles les entretiens ont été menés. A chaque composante de l'échantillon a été adossée un nombre précis d'informateurs. La saturation de notre recherche est de trente et un informateurs, répartis comme suit :

Types d'informateurs	Nombre
Parents d'enfants victimes de la malnutrition	20
Tradithérapeutes	02
Proches des victimes	13
Personnel biomédical	10

Le tableau ci-dessus présente le nombre des informateurs obtenus sur le terrain lors de la recherche pour ce travail. La composante des parents d'enfants victimes obtenue lors de cette recherche est de 20. Ceci est dû au fait que la population la majorité de nos informateurs sortent ici de village et des quartiers qui entourent le district sanitaire de ladite localité. Nous avons travaillé avec les parents qui viennent avec leurs enfants souffrant au sein du district pendant notre recherche. Pour ce qui concerne les tradithérapeutes, leur nombre de 2 s'est fait selon la connaissance qu'ils ont dans le domaine de la prise en soin des enfants malnutris. Dans cette localité, ce ne sont pas tous les tradithérapeutes qui soignent les enfants malnutris.

Les proches des victimes constitués des pères, mères, maris, frères et sœurs ont atteint une saturation de neuf. Ce nombre s'explique sous double volet. Le premier volet est celui du rôle joué par ces derniers lors de la maladie des victimes en ce sens qu'ils partent à la recherche des remèdes auprès des tradithérapeutes. Le deuxième volet est celui de la pratique de soin traditionnelle pour la prise en charge ne se fait pas par n'importe qui pour l'enfant souffrant de la malnutrition dans certaines communautés de ladite localité. Le nombre du personnel biomédical ici se justifie par l'expérience de la prise en soin des victimes arrivées à l'hôpital.

#### 8.5 Méthode de recherche

Du grec « meta » et « hodos » : chemin ; ou du latin « methodus » : poursuite ; la méthode est la manière d'aborder l'objet d'étude, le chemin parcouru, la voie à suivre par l'esprit humain pour décrire ou élaborer un discours cohérent, atteindre la vérité de l'objet à analyser

(Mbonji Edjenguèlè, 2005, p.11). C'est la manière par laquelle le cherche opte pour entrer en contact avec son objet d'étude. Nous avons opté dans cette recherche l'usage de l'approche qualitative avec ses différentes méthodes, techniques et outils de collecte de données.

### **8.6 Méthodes de collecte**

Deux (02) méthodes usuelles de collecte des données qualitatives en sciences sociales sont mobilisées :

**Observation documentaire** : Elle est une technique de collecte des données qui porte sur les sources écrites ou non. Pour NDONGO (1999), « *Il s'agit d'une observation médiatisée par les documents* ». En somme, c'est une méthode de collecte de données qui porte sur l'analyse des documents afin d'y déceler les informations cachées, latentes, bref de révéler les informations non apparentes. Elle nous a permis d'entrer en contact avec les recherches précédentes portant sur les représentations socioculturelles, pratiques de prise en charge de la malnutrition.

**L'entretien** : par cette méthode, nous avons collecté les verbatim. Les données qui émanent de la subjectivité des informateurs, de leurs vécus quotidiens, de leurs expériences personnelles.

#### **8.5.2 Techniques de collecte**

La technique est une composante de la méthode qui permet d'acquérir l'information. Nous avons adjoint des techniques de collecte des données à des méthodes ci-citées.

**Revue de la littérature systématique** : la revue documentaire est dite systématique lorsqu'elle se fait de manière ordonnée, coordonnée. Elle suit un cheminement, un schéma précis. Il a été établi d'emblée une fiche bibliographique, dans laquelle étaient répertoriés tous les documents susceptibles de fournir des informations sur le sujet traité. Ces documents ont été tirés des bibliothèques académiques, des bibliothèques personnelles, acquis auprès des amis ainsi que d'internet.

**Revue de la littérature aléatoire ou boule de neige** : il s'agit d'une sélection hasardeuse des documents, à partir de ceux tirés de la technique systématique ; lorsqu'on était en présence d'un document, on consultait les références qui nous orientaient vers d'autres documents du même ordre, soit du même auteur ou d'autres auteurs. Cette technique a alors permis d'entrer en contact avec des documents auxquels nous n'aurions pas pensé, mais aussi de découvrir de nouveaux horizons épistémologiques.

**Observation directe :** c'est une technique de collecte de données qualitatives qui consiste à observer directement un phénomène, sans toutefois y prendre part. Durant notre descente sur le terrain, nous avons observé les matériels qui permettent la prise en charge des enfants malnutris, les remèdes, les quittes alimentaires. Nous avons également observé comment est configuré le lieu du travail des thérapeutes.

**Observation indirecte :** dérivant également de l'observation, cette technique procède des comptes rendus d'observation. Ici, nous n'avons pas directement observé les faits, mais nous notions ce que les informateurs avaient vécu, et qu'ils nous rapportaient.

Quoi que très précieuses, l'observation et la revue seules ne sont pas suffisantes. Bien qu'elles aient donné les faits, décrit les attitudes des populations d'étude, elles n'ont pas indiqué comment les gens perçoivent, interprètent et réagissent face aux faits. Raison pour laquelle elles sont complétées par les entretiens et les récits de vie.

**Entretiens individuels approfondis :** Pour recueillir les dires des parents d'enfants victimes de malnutrition et des soignants, un entretien leur est proposé selon leur disponibilité. Le but de cet entretien est d'obtenir les informations issues du fort intérieur des enquêtés, de reformuler les questions en fonction de ce qui est observé et d'établir par ailleurs la liaison entre les discours autour de la prise en charge de la malnutrition, les pratiques des soins thérapeutiques.

Ces entretiens sont complétés également par les récits de vie.

**Récits de vie :** Encore appelé « *méthode biographique ou autobiographique* » ou « *romanauto-biographique* », le récit de vie est une méthode qu'utilisent les chercheurs pour recueillir les témoignages et les expériences de certains individus sur sa vie ou un aspect de sa vie selon le phénomène étudié. Il n'est pas basé sur un jeu de questions-réponses mais sur l'énoncé d'une consigne initiale invitant le narrateur en question de faire un récit de la « *totalité chronologique* » de sa vie ou d'un aspect de sa vie. Mais l'enquêteur se doit d'orienter l'interviewer sans toutefois influencer son récit tout en faisant des relances (G. PRUVOST, 2011).

Alors comme le relève encore Pruvost Geneviève, « *l'intérêt sociologique du récit de vie réside en effet dans cet ancrage subjectif ; il s'agit de saisir les logiques d'action selon les mêmes que l'acteur confère à sa trajectoire* » (Idem 38).

Au vu de cette citation de Pruvost G nevi ve, le recours au récit de vie de notre recherche tient lieu de ce que nous souhaitons à travers lui pour pouvoir faire ressortir les raisons et les mobiles cachés de la pratique de prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de K lo. Il s'agit d'aller au-delà des raisons les plus communes pour rechercher les plus intrinsèques aux victimes qui recourent et leurs cheminements de vie qui nous permettent de mieux saisir leurs raisons dans leur vie ensemble.

Cette technique de collecte d'informations nous a permis d'avoir une description détaillée de la manière de prise en charge des victimes de la malnutrition, les recours aux soins et les raisons socioculturelles du choix des pratiques thérapeutiques.

### **8.5.3 Outils de collecte**

Les outils de collecte des données sont les supports au travers desquels les informations ont été recueillies et conservées. Nous avons eu : Guide d'entretien, pour l'administration des entretiens individuels, guide d'observation ou grille d'observation, pour pr tablir les éléments à observer sur le terrain, magnétophone, pour enregistrer les verbatim durant les entretiens, appareil photo, pour les prises de vue, journal de terrain, pour les comptes rendus d'observation, stylos et crayons, pour noter ce qui est dit et vu sur le terrain.

### **8.5.4 Procédure de collecte**

La procédure de collecte des données c'est le moyen par lequel nous avons procédé pour recueillir les portions d'informations qui nous ont aidés à la compréhension du sujet. La procédure de collecte est organisée en deux étapes, la planification et la réalisation de la collecte.

#### **8.5.4.1 Planification de collecte**

Il s'est agi d'identifier le site, les informateurs et les lieux d'enquête. La recherche a eu lieu dans le district sanitaire de K lo ainsi que les centres de santé de ladite commune. Le choix du lieu est dit au fait que le district est entouré par un nombre important des villages qui fréquente. Concernant les informateurs, ils sont répertoriés ainsi qu'il suit : Les parents d'enfants souffrants de la malnutrition, les aides-soignants, les infirmiers, tradithérapeutes et les proches des victimes. Les enquêtes ont eu lieu dans : le lieu de travail de la dite hôpital de district de K lo, dans les centres de santés, dans certains ménages dans les quartiers, les domiciles des tradithérapeutes. Les lieux d'administration des enquêtes ont été sélectionnés en fonction de notre échantillon, afin que chaque informateur soit à l'aise, sans crainte, ouvert lors de la conduite de l'entretien.

#### **8.5.4.2 Réalisation de collecte**

C'est un moyen par lequel les informations ont été collectées, également des dates auxquelles ces données ont été recueillies. Nous avons donc eu des techniques de collecte de données, auxquelles sont attribuées des dates d'administration à savoir : La revue systématique, la revue aléatoire, l'observation directe, l'observation indirecte, l'entretien individuel et les récits de vie.

#### **8.5.5 Gestion et Analyse des données**

A ce niveau, il a été question de démontrer comment nous avons conservé les données, les outils via lesquels cette opération s'est faite, sans oublier la technique d'analyse de ces données.

##### **8.5.5.1 Gestion des données**

Durant l'enquête, les informations ont été stockées dans des banques données, classées confidentielles, conservées dans des journaux de terrain, magnétophone, appareil photo, ordinateur.

##### **8.5.5.2 Analyse des données**

Nous avons fait une analyse manuelle des données ; l'analyse de contenu et iconographique afin de faire sens aux représentations socioculturelles, pratiques de prise en charge de la malnutrition au Sud du Tchad.

#### **8.6 Considérations éthiques**

Nous avons respecté les principes de l'éthique, de la première étape de notre recherche jusqu'à la publication des résultats. Nous avons garanti :

**Anonymat et le consentement libre et éclairé des informateurs :** à chaque informateur a été soumis un formulaire de consentement libre et éclairé, afin que chacun d'entre eux participe à l'enquête de façon volontaire, sans aucune pression ni contrainte. De plus, nous les avons gardés tous anonymes ;

**Confidentialité et privatisation des informations :** toutes les données collectées sur le terrain ont été scrupuleusement conservées, à l'abri de tout regard malveillant. Elles sont classées confidentielles et privées jusqu'à leur publication, et aucun informateur n'a été cité sans son avis ;

**Le respect de la méthodologie :** la partie précédente dévoile le procédé méthodologique que nous avons emprunté. Cette méthodologie a été respecté à travers le suivi méticuleux de

chacune des étapes évoquées, chacune des méthodes, chacune des techniques. Les informations présentées dans ce mémoire proviennent exclusivement des descentes sur le terrain et de la revue de la littérature. Nous avons procédé d'une restitution factuelle sans ajout ni retrait.

## **9. INTERETS DE LA RECHERCHE**

### **9.1 Intérêt scientifique**

Notre recherche s'inscrit dans le cadre de l'anthropologie médicale qui préoccupe plusieurs personnels de santé et beaucoup des chercheurs en sciences sociales et humaines. En effet, l'on ne peut pas espérer interroger la question de la santé sans faire recours aux pratiques thérapeutiques. Ainsi, plusieurs chercheurs en sciences sociales, humaines, démographies et de santé publique s'intéressent à la question de choix des itinéraires thérapeutiques. Dans cette perspective, les relations entre la malnutrition et le choix des pratiques de prise en charge suscitent l'intérêt de plusieurs groupes d'acteurs qui s'impliquent dans le soin de ces dernières, dont au premier rang les parents d'enfants souffrants de la malnutrition. Cette recherche nous a permis d'apporter notre modeste contribution à la science, notamment par acquisition de connaissances nouvelles dans le champ de l'anthropologie médicale. En effet, la bibliographie existante dans le domaine des sciences sociales et humaines en général, et de l'anthropologie en particulier ne dispose pas à ce jour de travaux qui portent spécialement sur les représentations socioculturelles, pratiques de prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo(Tchad). C'est un sujet d'actualité où l'on se pose des questions sur les méthodes et procédés de prise en charge des victimes.

### **9.2 Intérêt pratique**

L'approche qualité de soin invite les membres de personnel de santé en général et les thérapeutes en particulier à porter un regard possible sur la question de la santé entre les instants biomédicaux et ethno médicaux dans le processus de prise en charge des enfants. Or, dans un contexte national qui se caractérise par le conflit entre l'ethnomédecine et la biomédecine, le secteur de santé du Tchad aujourd'hui est astreint par un effort d'efficacité. A ce titre, cette étude est un apport de l'ethnomédecine dans le cadre des soins des enfants qui souffre de malnutrition. C'est dans ce sens qu'on peut montrer l'importance de choix des pratiques de prise en charge. Car, c'est la population qui en tire profit par le bon choix des pratiques de prise en charge de la malnutrition. C'est donc un travail qui mérite d'être lu, partagé et porté auprès des agents de santé, des responsables sanitaires, des organisations non gouvernementales, des politiques et de toute personne qui voudrait mieux comprendre les raisons de recours aux représentations

socioculturelles, pratiques de prise en charge en contexte africain plus particulièrement chez les populations keloise.

## **10. LIMITES**

Aucune recherche n'étant parfaite, celle-ci présente également des limites. La première est que, la classifiant dans le cadre d'une recherche qualitative, nous sommes en incapacité de produire des données mathématiques, tout aussi importantes ; nous ne pouvons ressortir le taux et le pourcentage des enfants victimes de malnutrition. La seconde limite est que, la recherche a été menée sur une population cible réduite, uniquement dans la localité de Kélo, lorsqu'on sait que dans cette ville, il y a d'autres groupes ethniques qui connaissent aussi la malnutrition et les pratiques de prise en charge. Nous sommes également loin de pouvoir appliquer ces résultats à une population au-delà des frontières keloise, ou dans une large mesure, d'appliquer ces résultats hors du département, à cause des particularités culturelles, ou Tchad.

## **11. DÉLIMITATION**

### **11.1 Délimitation spatiale**

Notre recherche se limite au Tchad dans le département de la Tandjilé-ouest chef-lieu Kélo, au sud du Tchad.

### **11.2 Délimitation temporelle**

Sur le plan temporel, cette recherche qui couvre l'année académique 2022-20223 qui marque la fin de notre formation en cycle de master en vue de l'obtention du diplôme de master II en anthropologie, option anthropologie médicale. Notre travail est reparti ainsi qu'il suit :

La première vague comportait à l'élaboration des outils de collecte des données et la revue de la littérature ;

La deuxième quant- à elle portait sur la descente sur le terrain pour la collecte des données ;

La troisième qui était considérée comme la dernière aussi consistée à l'analyse et l'interprétation des données collectées sur le terrain. Elle s'achevait également avec la rédaction du mémoire et le dépôt final.

## **12. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES**

Les problèmes rencontrés lors ce travail, se situent sur plusieurs volets. Le premier volet c'est au niveau des documentations. Les documentations sur la question des représentations socioculturelles, pratiques de prise en charge n'existent pratiquement pas et celles trouvées

même ne sont pas accessibles. Sur le deuxième volet qui est celui des informateurs, certains personnels de santé dans le centre de santé que nous avons mené la recherche n'étaient pas disponibles pour nous permettre de réaliser la recherche. Parmi ces personnels de santé, certains ont refusé de répondre à certaines questions de notre guide à cause de non maîtrise de notre guide. Le troisième volet de ce problème c'est le temps de certains personnels et les parents d'enfants.

Par-delà de ce problème, nous avons été considérés par la population locale comme un agent de renseignement de l'Etat pour aller livrer leurs secrets du traitement traditionnel des enfants malnutris. Pour ce volet, pour enlever cette idée dans l'esprit de ladite population, nous avons été conduits par un personnel de santé connu par l'hôpital afin de lever le doute et entrer en discussion avec les parents des enfants malnutris et leurs proches.

### **13. PLAN DU TRAVAIL**

Le présent travail comporte cinq chapitres répartis ainsi qu'il suit :

- Le chapitre I traite du cadre physique et humain de notre site de recherche. Il a fait l'illustration des aspects relatifs à la géographie physique et le cadre de vie de la population.
- Le chapitre II quant à lui nous a conduit à la revue de la littérature, le cadre théorique et conceptuel. Il a fait le point sur les écrits se rapportant aux thématiques des itinéraires thérapeutiques et aux morsures de serpent. Le dernier moment de ce chapitre nous a amené à prendre position c'est-à-dire l'originalité de notre travail.
- Le chapitre III a consisté à présenter les représentations socioculturelles de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo.
- Le chapitre IV a exposé les différentes pratiques de prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo.
- Le chapitre V qui marque le dernier moment de ce travail considéré comme l'ultime de ce mémoire, porte sur l'essai anthropologique d'analyse et d'interprétation de la malnutrition.

**CHAPITRE I : CADRE PHYSIQUE ET  
HUMAIN DE KELO**

Le présent chapitre porte sur la description du cadre physique et humain de notre site de recherche. Deux principaux axes meublent ce chapitre : la première porte sur la présentation du milieu physique et le deuxième axe sur le milieu humain.

## **I.1 MILIEU PHYSIQUE**

Dans cette partie, nous allons explorer les éléments géographiques, administratives, le climat, le relief, la pédologie, la faune, la flore, la température etc.

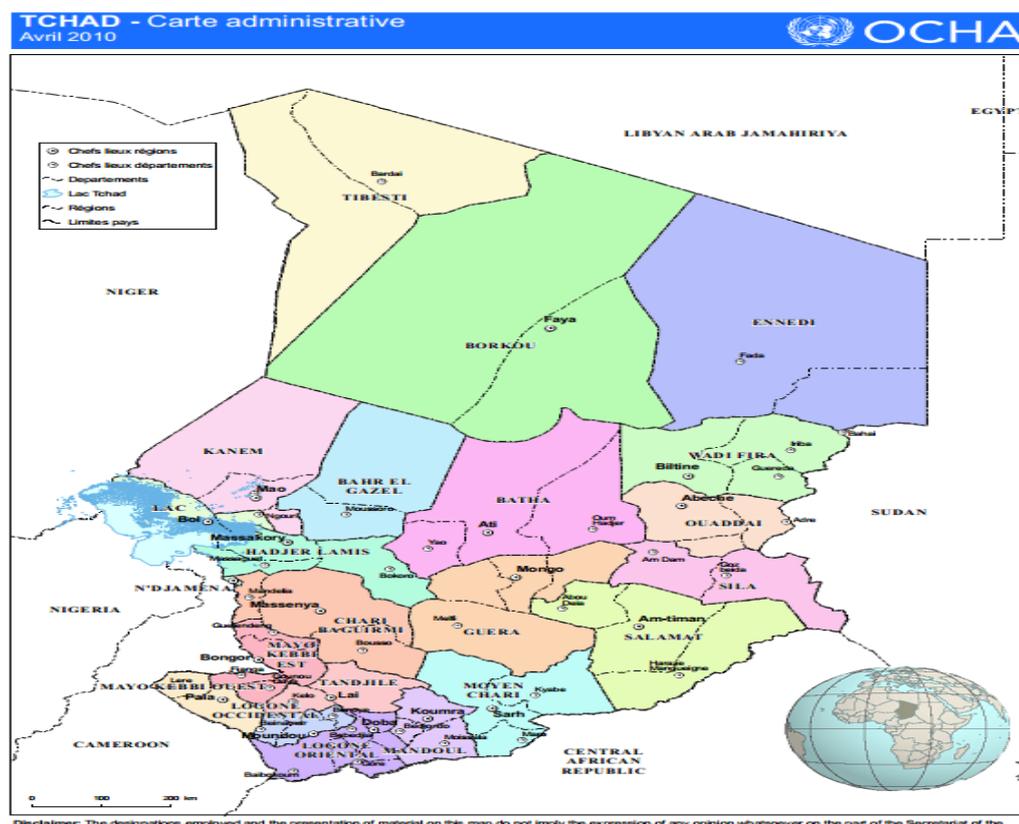
### **I.1.1 Situation géographique du Tchad**

Situé entre les 7<sup>ème</sup> et 24<sup>ème</sup> degrés de latitude nord et les 13<sup>ème</sup> et 24<sup>ème</sup> degrés de longitude est, le Tchad couvre une superficie de 1 284 000 km<sup>2</sup>. Il est le cinquième pays d'Afrique par sa superficie après le Soudan, l'Algérie, la République Démocratique du Congo et la Libye. Du nord au sud, il s'étend sur 1 700 km et, de l'est à l'ouest, sur 1 000 km. Il partage ses frontières avec, au nord, la Libye, à l'est, le Soudan, au sud, la République Centrafricaine et, à l'ouest, le Cameroun, le Nigeria et le Niger. De par sa position géographique au cœur du continent africain, le Tchad est dépourvu de toute façade maritime. Les ports maritimes les plus proches de N'Djaména, la capitale, sont respectivement situés à 1 765 km (Port Harcourt), au Nigeria, et à 2 060 km (port de Douala) au Cameroun. Le Tchad pays sahélien, est subdivisé en trois zones climatiques : la zone saharienne désertique au nord (plus de la moitié de la superficie totale), avec une pluviométrie de 200 mm par an, la zone sahélienne, au centre, (30 % de la superficie totale), avec une pluviométrie comprise entre 200 et 800 mm par an, la zone soudanienne au sud (10 % de la superficie totale), avec une pluviométrie de 800 à 1200 mm par an. Du fait de cette répartition climatique, on trouve au sud une végétation abondante avec des savanes arborées diminuant graduellement en allant vers le nord pour laisser la place à la savane puis au désert (avec quelques oueds).

L'hydrographie et le relief du Tchad font de ce pays un véritable bassin, bordé à l'Est et au Nord par des montagnes, on trouve également des montagnes au Sud-ouest. La cuvette sédimentaire du Tchad est occupée par de nombreux lacs, dont le principal est le Lac Tchad alimenté à 90% par le fleuve Chari, long de 1200 km et le Logone long de 1000 km. Ces lacs et cours d'eau permanents entraînent une humidité constante. Au Centre-Est, on trouve de nombreux cours d'eau intermittents qui tendent à disparaître. Sur les 23 Provinces que compte le pays, 10 sont enclavées en partie en saison pluvieuse. Il s'agit entre autres de la moitié du Salamat, d'une partie de l'Ouaddaï, du Sila, du Guéra, du Moyen Chari, du Hadjer Lamis, du Lac, du Mayo Kebbi Est, du Mayo Kebbi Ouest et de la Tandjilé. Le réseau routier tchadien est en plein essor pour le désenclavement intérieur et extérieur du pays.

La majeure partie des grandes villes du Tchad comme Abéché, Mongo, Bongor, Kélo, Moundou, Doba, Sarh, Massakory, etc., sont reliées à N'Djaména par des routes bitumées. De par son enclavement, le Tchad est fortement dépendant de plusieurs axes, notamment l'axe Douala-N'Djaména et N'Djaména-Port Harcourt qui sont en mauvais état, pour ses approvisionnements. Le réseau aéroportuaire comprend un aéroport international à N'Djaména et plusieurs aérodromes dans le pays. Le Tchad est couvert sur une grande partie par des réseaux téléphoniques mobiles qui facilitent un accès aux technologies de l'information et de la communication. Le paysage médiatique au Tchad est en pleine évolution du fait de la libéralisation de la presse. Avec le développement de la radio et de la télévision nationale sur satellite, l'arrivée des nouvelles chaînes de télévisions privées et l'existence de radios communautaires à travers presque tout le territoire national, la sensibilisation de la population par la communication audiovisuelle se développe considérablement. A cela, s'ajoutent les modes de communication populaire : crieurs publics, griots, théâtre populaire ou communautaire, contes, diapo-langage, etc. (Source carte de sante du Tchad 2019-2023).

### Carte : 1 Localisation du Tchad

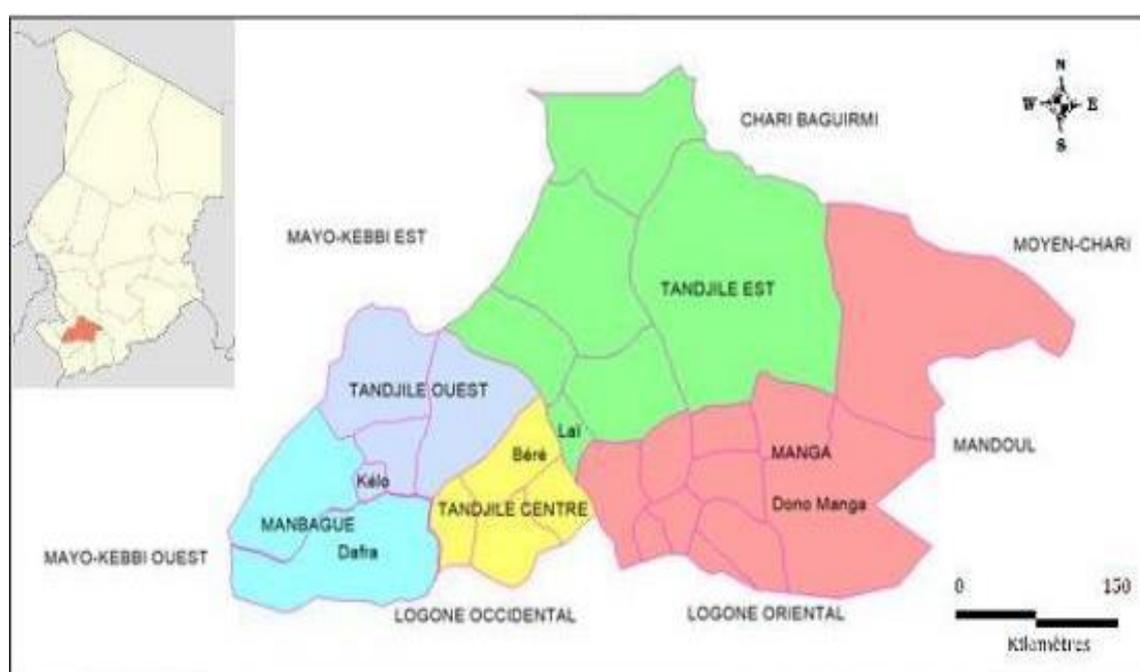


Source : INSEED 2020

### I.1.2 Délimitation administrative de la région de la Tandjilé

La Tandjilé est une des 23 régions du Tchad dont le chef-lieu est Lai. La région de la Tandjilé a été créée par les décrets no 415 /PR/MAT/02 du 03 octobre 2002 et 419/PR/MAT/02 du 17 octobre 2002. Elle correspond à l'ancienne préfecture de la Tandjilé créée par l'ordonnance no' du 29janvier 1969 qui démembre l'ancienne préfecture de Logone en trois (Logone Occidental, Logone Oriental et Tandjilé). La région de la Tandjilé est divisée en trois départements : Tandjilé Centre chef-lieu Debian, Tandjilé Est chef-lieu Lai et le département de la Tandjilé- Ouest chef-lieu Kélo.

Carte2 : Localisation de la région de la Tanjilé



Source : INSEED 2020

### I.1.3 Situation administrative de la ville de Kélo

Le département de la Tandjilé ouest est l'un des deux(2) départements composant la région de la Tandjilé au Tchad par décret (N. o :415/PR/MAT/02 et 419/PR /MAT/02 2019). Son chef-lieu est la ville de Kélo. La commune de Kélo est située au carrefour des axes routiers menant vers les grands centres urbains du Sud du Tchad, vers le Nord la route menant à la capitale du pays N'Djamena, vers l'ancienne capitale économique Moundou puis Doba et Sarh, vers l'est la route de Lai et vers l'ouest la route allant vers le Cameroun en passant par les villes de Pala et Léré. La commune de Kélo compte 4 arrondissements ne jouissant pas d'une autonomie administrative et financière, 46 quartiers repartis en 108 carrés ou siègent des



### **I.1.5 Le climat**

La commune de Kélo comme la plupart des villes du sud du Tchad bénéficie d'un climat de type soudanien à deux saisons dominantes : la saison des pluies, influencée par deux types de vents qui sont la Mousson, vent humide soufflant de mai à octobre et le Harmattan vent généralement chargé de poussières qui souffle sur le reste de l'année. La commune de Kélo connaît une pluviométrie très abondante. Sur ces sols très favorables à l'agriculture, les précipitations sont de l'ordre de 800 – 1200mm /an. La température quant à elle, varie de 15-45 degrés Celsius. Le climat dans la commune de Kélo est en générale un climat calme et doux. Les saisons se succèdent au cours de l'année de la manière suivante : La saison des pluies de la moitié d'Avril à Août ; La saison sèche de la moitié d'Octobre.

### **I.1.6 Hydrographie**

Le réseau hydrographique de la commune de Kélo est composé des cours d'eau dont les plus connus sont le fleuve Kabbia, le Lao (Ging) et le Mbitikim, Makabou, Goura...qui sont des affluents de la Tchiré. A ceux-là, viennent s'ajouter les affluents comme celui de Béro Ngouna, Vegué et celui de Biki Mbi'babu sur la rive kabbia. A ceux-ci s'ajoutent aussi des marigots et des bas-fonds comme ceux de Digna, Mori, Dogou, Tchoua, Palaki-keissou Monogoye centre et Doyere auxquels s'ajoutent également des mares comme sor'bo, velé, zu-zum, gutu – gutu, Bargemé et les plaines exondées qui occupent la zone Marba et qui ont des potentialités reconnues.

### **I.1.7 La pédologie**

La commune de Kélo présente de façon générale des sols ferrallitiques d'une couleur noir et des hydro morphes que l'on trouve dans les bas-fonds du dit département de la commune de Kélo ainsi que de sols sableux ou sablo-argileux très riche en minerais.

### **I.1.8 Les ressources floristiques**

Presque logé dans une savane arborée à l'exception de sa partie nord, avec un climat de type tropical humide et des couvertures végétales de type sahélo-soudanienne, caractérisées par la présence de *Khaya Senegalensis*, *Tamarindus Indica*, *Parkia Biglibosa*, *Butyrospermum Parkii*, *Le Daniela Oliveraet L'Accacia albida* qu'on peut trouver dans le grand sud constitué des forêts denses et claires dans le reste. Les hautes herbes de la savane forment des ceintures vertes. Malgré cette abondante richesse naturelle est soumise de nos jours à de nombreuses formes de dévastations. Cette menace est due à l'action de l'homme qui puise de ce réservoir naturel les essentiels de sa pitance. Or, cela contribue dangereusement à la réduction de la faune dans ladite localité.

**Tableau 1 :** Essences dominantes recensées dans la forêt

Nom commercial	Nom scientifique
Karité	Vitellaria paradoxa
Néré	Parkia biglobosa
Cai cédrat	Khaya senegalensis
Tamarinier	Dialium guineense
Jujubier	Ziziphus mauritiana Lam
Palmier- dôme	Palmiers

**Source :** Adoumdi Abdallah Caleb *LES ZIME Ethnie Tchadienne 2018*

Dans ce tableau, lors de notre descente sur le terrain, la population nous on fait comprendre que, les plantes dominantes qui existent dans la communauté favorisent à la population pour une bonne prise en charge de la malnutrition chez les enfants grâce à ses fruits et ses écorces.

### **I.1.9 Les ressources faunistiques**

Dans la commune de kélo, quelques parties des populations riveraines de ladite localité note la présence d'un certain nombre d'espèces fauniques tels que :

<b>Espèces fauniques</b>		<b>Potentiel</b>		
Nom commun	Nom scientifique	Abondant	Rare	Presque disparu
Vipère	Bitis gabonensis	Oui	-	-
Tortue	Kinixys sp	-	-	Oui
Serpent bao	-	Oui	-	-
Lièvre	Lepus sp	Oui	-	-
Pangolins géants	Manis gigantea	-	Oui	-
Porc épic		-	Oui	Oui
Varan du désert	Varanus griseus	Oui	-	-

**Source :** Rapport forestière communale 2017

Dans ce tableau, il ressort les espèces d'animaux qui existent au sein de la communauté qui permettent à la communauté de nourrir les enfants atteints de la malnutrition. Ces animaux sont considèrent par la communauté comme des aliments complémentaire pour la prise en charge,

### **I.1.10 Les ressources minières**

La commune de Kélo est l'une de cité minière que dispose-le Tchad, chef-lieu du département de la Tanjilé –Ouest et située dans la région de la Tanjilé. Cette zone a un sol très riche en pétrole et en or qui sont reste encore inexploités. Cette inexploitation est due à l'exploitation abusive dans le sud du pays et cette partie dans la zone d'étude est considérée comme une réserve pour la génération future selon les autorités nationales.

## **I.2 LE CADRE HUMAIN**

Cette partie consiste à présenter l'organisation administrative, socio-politique, la démographie, les langues parlées etc.

### **I.2.1 L'Histoire de la commune de kélo**

L'histoire est le récit des événements du passé. Elle nous fait connaître les hommes qui existaient avant nous. Ce qu'ils faisaient et leurs dates d'événements, comment ils vivaient, elle nous apprend leurs difficultés qu'ils ont eues nos ancêtres pour se défendre contre les autres peuples. Après l'avènement des allemands de Tchoua ouvrant le chemin aux français en Décembre 1892 le passage de la mission Maistre le 29 Novembre 1900. Arrivé à Lai le lieutenant qui a remonté le Logone depuis Fort –Lamy arrivait à Lai le 06 Novembre 1900 est rappelé en France. En Janvier 1916 fut la création de la ville de Kélo par Lieutenant Richard. Le passage de la mission Maistre qui a ouvert le chemin le 29 Novembre 1900 a fait le débouché aux autres administrateurs de suivre. C'est ainsi que beaucoup d'administrateurs commerçaient à pénétrer Kélo avant l'indépendance. Et c'est ainsi que sur les cachets administratifs. Kélo est appelé la Maistre ville.

Avant Kélo était divisé en quatre grands cantons. Il s'agissait de : Canton Tchoua poussé à Béré : appelé canton Nangtchéché ; Canton Kolon ; Canton Lélé-Mesmé ; Canton Monogyé.

### **I.2.2 Les caractéristiques démographiques**

La ville de Kélo est la cinquième (5) ville du Tchad par le nombre d'habitants de cinquante-neuf milles cinq-cents soixante (59 560) selon le recensement de 2006. Elle est le chef-lieu de la Tanjilé Ouest. La population de la localité de Kélo est composée des groupes ethnico-linguistiques qui sont : les Marba (19,85%), les Lélé (13,93%), les Zimés (13,90%), les Nangtchéché (13,62%), les Ngambay (12,62%) et les Gabri (10,61). Mais les langues les plus dominantes dans la localité est le Zimé, le Marba, et le Lélé.

### **I.2.3 La religion**

Dans la ville de Kélo, il existe deux grandes religions à savoir le christianisme et l'islam. Malgré la divergence de confession religieuse les populations de la ville de Kélo cohabitent pacifiquement.

### **I.2.4 Le rite et la croyance aux forces occultes**

Un rite est une pratique sociale codifiée, de caractère sacré ou symbolique, destinée à susciter l'engagement émotionnel des participants au service d'une même ou dans le cadre d'un culte (ADOUMRI CALEP, 2018). Les rites ne sont pas forcément religieux puis qu'ils rythment très souvent les actes quotidiens de la vie des humains. En cela, les rites séparent les humains du

monde animal. Les tous premiers rites étaient l'inhumation des corps, feux élévation de pierres (menhirs ou dameurs) montrent bien qu'à l'aube de l'humanité, le rite est intrinsèquement lié à l'humanité systématiquement, à la religion qui est uniquement le fait des humains. Les travaux d'Emile DURKHEIM de (1912) traitent les rituels comme des éléments de sacré. Mais l'interprétation du rite par les sciences humaines a tenté de dépasser le cadre de l'explication purement religieuse par des interprétations sociales ou comportementales. Selon l'approche de l'ethnologue KONRAD LORENZ (1989) ; le rite est comme la forme qui, une culture donne à l'agressivité individuelle de ses membres pour circonscrire ses effets désordonnés et indésirables et a contrario valorise sa contribution à la conservation du groupe.

Dans la localité kéloise renferme des potentialités culturelles énormes et variées. La plus grande religion traditionnelle pratiquée est l'Animisme à qui s'ajoutent le Christianisme et l'Islam.

Dans la communauté kéloise, la population adore plusieurs divinités et les Ancêtres. L'environnement kélois était minutieusement organisé et était gouverné par les forces absolument canalisées par les actes des religieux : prières, sacrifices et était accompagné des diverses cérémonies danses et luttes. Cette concordance a pour but d'éviter tout ce qui peut briser la cohésion sociale. Dans la communauté kéloise, l'un des principaux rites reste l'initiation ou le culte de l'acquisition de la sagesse. Cette formation permet aux adolescents d'entrer dans les cercles des adultes. Ce qui suppose l'idée d'une certaine transformation sociale et spirituelle de l'enfant dans la localité. Cette école traditionnelle baptisée dans la « forêt sacrée » se déroule loin de la localité et a un caractère ésotérique. Durant leur séjour dans cette forêt sacrée, les élèves dits « *initiés* » apprennent la langue de l'initiation qui est un signe distractif des différents camps initiatiques. C'est-à-dire, les différentes classes de l'initiation.

### **I.2.5 Organisation traditionnelle**

Bien que la ville de Kélo soit sous le contrôle de l'administration publique, les chefferies traditionnelles jouent un rôle important au sein de la commune pour son bon fonctionnement. La commune de Kélo a en son sein cinq cantons qui sont : le canton Béro, canton Monogoye, canton Zimé wagoé, canton Gogo qui sont dirigés par les chefs traditionnels mais sous contrôle du pouvoir central du département.

### **I.2.6 Organisation administrative**

Le département de la commune de Kélo est placé sur la responsabilité de la région de la Tanjilé qui est reconnue par le pouvoir central. La ville de Kélo a un chef reconnu qui est le préfet nommé par l'arrêté du président de la république à qui lui revient la charge de

l'administration et secondé par la sous- préfecture, la mairie ainsi que les cantons de ladite localité.

### **I.2.7 Les infrastructures sanitaires**

Dans la commune de Kélo, la couverture sanitaire de la population est à un niveau acceptable car la commune dispose en son sein un hôpital public, deux centres de santé publics, et trois centres de santé privés qui couvrent la population. Malgré la présence des infrastructures, l'accessibilité aux soins sanitaires reste un véritable problème pour la population cela s'explique par le manque des personnels soignants, et les difficultés financières qui empêchent la population à s'offrir un soin sanitaire approprié.

Bien que la commune dispose un certain nombre des infrastructures sanitaires acceptable, ces infrastructures rencontrent d'énormes problèmes à savoir : le problème d'équipement et les matériaux restent déplorables au sein de l'hôpital et les centres de santé et le manque des personnels qualifiés restent un problème majeur au sein de la commune. Au vu de tout cela, la population a un sérieux problème d'accessibilité parfois insatisfaisant et est obligée de faire recours à la médecine traditionnelle et parfois la prière pour leurs prises en charge.

### **I.2.8 Les infrastructures scolaires**

La commune de Kélo compte en son sein quarante (40) écoles d'où quatorze (14) primaires publics, dix collèges, quatre(4) privés et six (6) publics, sept lycées mais de deux (2) publics. Bien que la ville de Kélo dispose un nombre important des écoles il faut noter qu'il lui manque des enseignants qualifiés pour les enseignements et cela s'explique par le blocus de l'intégration depuis 2013 par les autorités de la république.

Malgré ce manque des enseignants les écoles privées et surtout religieuses font de leurs mieux pour recruter les enseignants compétents pour la formation des enfants au sein de la commune. Notons que notre zone de recherche est la cinquième (5) ville du Tchad suite à sa population, elle ne dispose pas une université pour la formation des jeunes bacheliers, ses derniers sont obligés d'aller soit dans la capitale politique (N'djamena) ou dans les autres provinces du pays qui disposent des universités et d'autres qui ont les moyens s'envolent à l'étranger pour poursuivre les études.

### **I.2.9 Les équipements hydrauliques**

Dans la commune de Kélo pour la couverture en eau potable reste faible pour la population. La ville de Kélo dispose quatre(4) arrondissements mais une seule commune à accès à l'eau potable et les restes des trois arrondissements s'alimentent avec l'eau de puits qui sont en majorité creusées de façon locale par la population. Malgré cela, arrivée en mois de saison sèche

surtout le mois d'avril et mai ces puits tarissent et cela rend l'accès à l'eau très difficile à la population.

Pour aider à alléger ce fardeau à la population l'Etat a doté à la commune un château d'eau avec une capacité importante qui peut couvrir les quatre arrondissements mais par manque d'électricité et le manque de carburant pour le fonctionnement du générateur la population de la ville de Kélo continue à vivre sa peine pour la couverture en eau et cela freine les activités de la population en période de saison sèche.

#### **I.2.10 L'électricité**

Malgré que la ville de Kélo occupe la cinquième position en terme de population au Tchad elle ne dispose pas d'électricité qui permet à sa population de vaguer librement à ses activités économiques au sein de la commune et cela freine le développement de cette localité voir la présence de l'insécurité.

#### **I.2.11 Les activités économiques**

Le secteur de l'agriculture domine l'économie locale dans cette localité. Au même titre que les autres grandes villes du sud du Tchad, Kélo est un carrefour logistique entre les zones de production locale et les grands marchés nationaux de consommation de (N'Djamena). Dans cette ville, il existe plusieurs cultures à savoir les cultures commerciales comme :le coton, le sésame, l'arachide, le sorgho ,le blé, à cela s'ajoutent les cultures vivrières tels que: le manioc, le maïs ,le mil rouge, la patate, il y'a aussi la culture de rente qui est le tabac qui alimente la Manufacture de Cigarette du Tchad(MCT) et les produits maraichères qui sont la canne à sucre , la carotte, la salade, le chou, la goyave, les mangues, le cachou, etc.

Notons que l'agriculture dans cette zone reste encore traditionnelle du fait que la majorité de la population rencontre d'énormes problèmes à savoir : les faibles capacités techniques des paysans, le problème d'ordre climatique, l'insuffisance de main d'œuvre, les difficultés de commercialisations (mauvaise organisation des producteurs, difficultés de conservation des produits).

Dans le département du Tandjilé-Ouest tout comme dans les autres départements qui entourent la région, la pratique de l'élevage demeure incontournable dans cette localité. La grande partie de l'élevage qui existe dans la localité est essentiellement domestique et il s'agit bel et bien de l'élevage des bœufs, des moutons, des chèvres, des poulets, des canards, des pintades, et des cochons. Malgré que ces animaux soient domestiques, leurs entretiens demeurent traditionnels au sein du département. Bien que cette activité demeure encore de façon traditionnelle, elle est près que pratiquée par la grande partie du ménage dans la ville.

Les produits de l'élevage comme les poulets, les pintades, les moutons, les bœufs sont consommés d'une part pour l'alimentation de la population et d'autre part ces produits sont vendus dans la capitale N'djamena, et les autres villes de la province voire même à l'étranger. Malgré les avantages de l'élevage au sein de la ville, cette activité rencontre de sérieux problèmes qui sont d'ordre naturel dits au climat et la sécheresse pendant la saison sèche et les problèmes techniques du non maitrise de cette activité génératrice au sein du département.

### **I.2.12 La chasse**

Malgré la politique des autorités tchadiennes en général et en particulier de celles du département de la Tandjilé pour l'interdiction à la chasse des animaux afin de conserver ces espèces, cela n'empêche pas les ressortissants dudit département à pratiquer la chasse, et cette activité est beaucoup plus pratiquée dans les alentours pendant les périodes précises dans la commune de kélo et surtout dans le village. Cette activité est destinée seulement au ressortissant de la commune. Les espèces chassées dans les forêts sont destinées à la consommation et pour le commerce par la population. Ces produits de la chasse permettent à certaines familles de s'y prendre en charge pendant un certain temps. Les animaux chassés sont entre autres : la biche, le varan, la lièvre, les singes, le hérisson le rat et bien d'autres animaux.

Notons que pour cette activité la population capture ces animaux à l'aide des armes traditionnelles, et à cela s'ajoutent les techniques de la chasse telles que la lance à pierre, la chasse avec les chiens, la chasse avec les chevaux.

### **I.2.13 Habitat**

Les habitations dans la commune de Kélo sont en grande partie construites traditionnellement. Les matériaux destinés pour la construction de l'habitation sont la terre, (brique cuite ou non cuite), le raphia, la paille et les tôles ondulées en aluminium. Il faut souligner que les constructions à dominance traditionnelle s'expliquent par la cherté des matériaux de construction moderne malgré que le Tchad dispose une usine de cimenterie non loin de la ville de Kélo.

### **I.2.14 Habitudes alimentaires**

Au sein de la commune de Kélo, il existe un excellent produit d'alimentation pour sa population et cela s'explique par la richesse de sous-sol que dispose cette localité. Ces produits vivrières sont : la patate, l'arachide, le manioc, la banane, le maïs, le péninsulaire, le mil rouge, et le riz qui sont d'ailleurs vendus au niveau national qu'international. Bien cela, la commune de Kélo dispose en son sein les produits alimentaires tels que : les mangues, la salade, la goyave, la papaye, la carotte, les aubergines à côté de cela, l'on trouve les produits de l'élevage comme

l'œuf, les viandes, les laits qui sont beaucoup consommés par la majorité de la population tchadienne puisque la ville de Kélo est considérée comme une ville excellente en production de ces produits de consommation et de commercialisation. Bien de cela, il y a la présence des légumes comme : les feuilles de manioc, les feuilles de haricots, les feuilles l'oseille, et bien d'autres feuilles qui sont très importantes pour l'alimentation de la population en matière de nutrition et certains de ces feuilles sont consommées comme des alicaments.

### **I.2.15 La médecine kéloise**

La commune de Kélo est une localité qui regorge plusieurs groupes ethniques en son sein. Malgré sa pluralité ethnique cette commune dispose un certain nombre de voix dispensable pour résoudre les différents problèmes de santé que fait face sa communauté. Cette zone au même titre que d'autres, a mis sur pied un système de santé généralement connu au nom de médecine traditionnelle que la population fait recours pour la prise en charge de certains problèmes de santé. Ce système de santé est piloté par des personnes qui ont une connaissance en matière des plantes médicinales et de croyances ancestrales.

Cette médecine regroupe diverses pratiques, diverses connaissances et démarches en matière de santé. Les médicaments sont faits à base des plantes, d'écorces, de traitement spirituel, des méthodes manuelles pour maintenir et garantir l'équilibre sanitaire plus loin, de diagnostiquer et de prévenir certaines maladies.

## **I.3 RELATIONS ENTRE LE MILIEU PHYSIQUE ET LE MILIEU HUMAIN**

En effet, l'on souligne ici que le milieu physique influence dans un certain moment sur le milieu humain. De ce fait, dans leur rapport avec la nature, la population de la localité kéloise exploite les différentes herbes qui surviennent dans la communauté. Cette relation entre la nature et la culture favorise la pratique de la médecine dite traditionnelle et l'alimentation de la population. Ainsi, le climat, la faune, la flore en bref tous les éléments du milieu physique ont une grande incidence sur l'organisation socioculturelle et le mode de vie de de la communauté.

Au terme de ce chapitre qui porte sur le cadre physique et humain de Kélo, nous sommes arrivés à la conclusion selon laquelle la culture se conçoit ou est conçue en rapport avec l'environnement dans lequel se baigne un peuple. C'est également à travers ce rapport que les cultures diffèrent des unes aux autres. Car dans chaque communauté, il y a la manière d'appriivoiser l'environnement et de bâtir sa culture.

**CHAPITRE II : REVUE DE LA  
LITTÉRATURE, CADRES THÉORIQUE ET  
CONCEPTUEL**

Le chapitre précédent nous a amené à la découverte de quelques éléments des milieux physiques et humains qui domicilient notre terrain de recherche. Ce présent chapitre est l'effort des travaux des autres chercheurs et porte sur l'étude des écrits pertinents et greffe l'essentiel des textes disponibles qui sont en rapports avec les variables fondamentales de notre recherche. Cela nous a permis de comprendre les différents aspects de ce sujet que nos prédécesseurs ont abordé dans leurs travaux. Ce chapitre s'articule autour de trois parties à savoir : la revue de la littérature, le cadre théorique et la définition des concepts.

## **II.1 ETAT DE LA LITTERATURE**

Les travaux sur les représentations socioculturelles et prise en charge de la malnutrition sont légions aussi bien de la littérature des sciences sociales qu'en santé publique. Partant de cela, nous explorerons quelques-uns de ces travaux pour montrer l'ampleur du phénomène. Les études de la FAO, en 1952 montrent que, 28% de la population mondiale possède un régime alimentaire de 2.700 calories par jour, alors que 12% consomment entre 2.700 et 2.200 et 60% ne parviennent pas à consommer 2.200 calories (De Castro, 1961). Ces chiffres conduisent l'ONU en 1959, à instaurer un grand programme de lutte contre l'insécurité alimentaire. En 1970, la FAO annonce que 1, 5milliard de personnes sont sous-alimentées. Et même les personnes supposées avoir une alimentation calorique stable souffrent d'une carence protéique. Durant la décennie 1970, la FAO met l'accent sur la malnutrition infantile, ce qui permet de constater en 1978 que la malnutrition protéine-calorique réalisée par l'OMS en 1965 selon lesquels 100millions d'enfants à l'âge préscolaire sont touchés par la malnutrition modérée ou grave (MURDOCH, 1965). En 1990 ; la FAO estime à 192 millions le nombre d'enfants atteint d'une malnutrition protieno-énergétique. Pour ce qui est des pays en voie de développement, les statistiques de 1996 montrent que 11millions d'enfants souffrent de la malnutrition protéino-énergétique et 70 millions de malnutrition modérée. Pour cette étude, nous avons opté pour une revue de la littérature chronologique, thématique.

### **II.1.1 Évolution de la malnutrition dans le monde**

Les écrits sur la malnutrition est nécessaire pour l'évaluation stratégique de la compréhension : plusieurs programmes de prévention sont basés sur des regards lointains de la malnutrition et les décalages entre les recommandations récentes et les pratiques de terrain s'expliquent par cette dimension historique. Par ailleurs, la connaissance de la malnutrition d'idées nouvelles est facilitée par la connaissance des perceptions anciennes dans ce domaine.

La malnutrition à belle est bien existée sous toutes les formes de latitudes depuis des années. La premières de descriptions complètes d'un tableau clinique correspondant à ce qu'on

appelle « kwashiorkor » remonte à 1865. Elle est rendue public par deux médecins : les docteurs HINOJOSA et COINDET (1865) qui travaillaient dans un village au Mexique (BRIEND 1998). Ces auteurs avaient observé la présence fréquente de diarrhées et le rôle de la rougeole. Ces médecins avaient encore noté que ce tableau était nettement différent de celui de la pellagre déjà bien connu à l'époque même si, les enfants avec œdèmes suivaient un régime à base de maïs. Ce diagnostic de pellagre avait été rejeté.

En tout début du xx siècle, la malnutrition devient plus rare en Europe et ce sont surtout des médecins travaillant dans les colonies qui ont décrit de manière détaillée des cas de malnutrition grave. Une des plus anciennes observations vient de L'Annam.

On doit cette observation à un militaire française Normet (1926), qui avait constaté des œdèmes chez des enfants dénutris et ayant une alimentation à base de riz. Il appela cette maladie qui correspond aux kwashiorkors dans l'appellation actuelle, « la bouffissure d'Annam ». Il publie en 1926 la première photo connue. Il suspectait dès le départ qu'une origine nutritionnelle était la cause, ayant remarqué qu'elle ne survenait pas le long des rivières poissonneuses. Ce qui est étonnant est que le niveau sanguin et l'excrétion urinaire d'urée étaient faibles chez ces enfants bouffis et capta ainsi l'attention sur le rôle des protéines dans le développement de cette affection.

En 1993, le terme Kwashiorkor est introduit par Williams au Ghana pour désigner un « la maladie dont souffre l'enfant éloigné du sein maternel ». Or, déjà par d'autres personnes comme étant : une dystrophie œdémateuse, pellagre infantile, dystrophie des farineux. Le marasme avait été : une description beaucoup plus ancienne (maigreur, émaciation). Le marasme et la kwashiorkor ont d'abord été considérés comme deux maladies distinctes et d'étiologies différentes.

La FAO quelques temps après sa création envoya deux experts, les docteurs BROCK et AUTRET, faire le tour de l'Afrique pour faire le point sur la situation alimentaire de ce continent. Leur expédition dura au moins deux mois et ils rédigèrent à leur tour un rapport intitulé « la kwashiorkor en Afrique » (BROCK et AUTRET, 1952). Cette publication eut un grand retentissement dans le monde scientifique. Le rapport montrait d'une part que la kwashiorkor était très répandu en Afrique, surtout les formes mineures et d'autre part que la maladie était attribuée à un régime pauvre en protéines. Ce rapport concluait que, les carences en protéines représentaient le problème nutritionnel le plus inquiétant en Afrique. Le terme de « malnutrition protéique » devient alors un vocable général appliqué à tous les états de malnutrition observés dans les pays pauvres.

A la suite d'un rapport demandé par le FAO (1952), ce terme de la malnutrition protéique devient un terme général appliqué très largement à tous les états de la malnutrition observés en Afrique. De cette époque, date le concept des programmes d'aide alimentaire ayant pour objectif la distribution d'aliments à haute teneur en protéines ou de levures.

Les années passant, un certain scepticisme s'installa quant au rôle véritable des carences en protéines comme cause de la malnutrition infantile dans les pays pauvres. On comprit dès lors que les programmes d'aide visant à augmenter les rations alimentaires protéiques avaient un impact faible, voire négligeable. Cette conviction devait se renforcer quelques années plus tard à la suite d'une étude portant sur plus de deux cents programmes de supplémentation à l'aide d'aliments riches en protéines et montrant que leur effet était en général faible, sinon nul (BEATON et GHASSEMI). Une remise en cause de ces programmes s'imposait.

En 1968, l'équipe d'Hyderabad travaillant en Inde montra qu'il n'existait pas de différence entre les enfants qui développaient ultérieurement une kwashiorkor et ceux évoluant vers une malnutrition de type marasme (GOPALAN, 1968). Cette même équipe a aussi constaté que qu'une hausse de la ration alimentaire des enfants vivant dans les villages permettait d'améliorer leur croissance. Ce changement diététique de nature purement quantitative exerçait ainsi ses effets sans qu'on ne le touche à la composition du régime (GOPALAN *et al*, 1973).

En 1960-1970, un comité d'experts de l'OMS et de la FAO proposait le terme générique de malnutrition protéino-calorique, remplacé par malnutrition protéino-énergétique, disant que la forme clinique de la malnutrition protéino-énergétique dépendait de la nature de la carence en alimentaire : quand il s'agissait d'un déficit en kilocalorie global, il y avait le marasme et il y avait la guérison en majorant la ration en énergie et quand il s'agit d'un déficit en protéines, avec des kilocalories en quantité suffisante, il y avait le kwashiorkor.

### **II.1.2 Littérature sur la malnutrition**

La FAO estime qu'en 2030, 660 millions de personnes souffriront de la faim. Dans un scénario où la pandémie n'était pas apparue on en aurait compte 30 millions de moins. Si cette projection est inférieure à celle qui avait été estimée dans le rapport de 2020, qui évaluait à 840 millions le nombre de personnes en situation de sous-alimentation en 2030, l'optimisme n'est pourtant pas de mise. En l'état actuel des choses, il y a très peu d'espoir que l'objectif "faim zéro" ne soit atteint en 2030. Et les conditions pour que soient atteints les objectifs de développement l'ODD1 (éradication de la pauvreté) et l'ODD2 (lutte contre la faim), semblent difficiles à réunir.

La FAO et le PAM (2020) dans un rapport conjoint, pointent une conjonction de facteurs (conflits, déclin économique, situation climatique extrême et pandémie de COVID-19) qui font basculer les populations dans la phase d'urgence de l'insécurité alimentaire. Ce rapport souligne que certains pays sont fortement menacés par l'augmentation de faim aigüe.

Selon UNICEF (2006), 28% des enfants présentent une insuffisance pondérale en Afrique subsaharienne. Ce rapport souligne que l'Afrique subsaharienne vient en deuxième position après l'Asie du Sud en ce qui concerne le pourcentage d'enfants accusant des retards de croissance (41% en Afrique de l'Est et Australe et 35% en Afrique de l'Ouest et Centrale). Le même rapport présente la proportion d'enfants de la cachexie. Alors, l'Asie du Sud est suivie par l'Afrique de l'Ouest et Centrale (10%), le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord (80%) et l'Afrique de l'Est et Australe (7%).

La population tchadienne est estimée à 14 267 649 en 2017 et selon les projections du recensement de 2009, elle atteindrait 40 millions en 2050 (UNICEF, 2009). Elle est à majorité composée de jeune, en effet, 49,3% de la population Tchadienne ont moins de 18 ans. Les femmes représentant 50,7% de cette population. Cette population vit une situation alimentaire et nutritionnelle précaire. Dans la bande sahélienne, 45% (environ 2 millions) de la population est en insécurité alimentaire dont 9% (environ 400 000) en insécurité alimentaire sévère (EFSA, 2016). La malnutrition constitue un des problèmes majeurs de Santé Publique au Tchad. En dépit des efforts déployés par le Gouvernement, les Agences du Système des Nations Unies et les autres partenaires humanitaires et de développement pour réduire l'ampleur de la malnutrition, on note une persistance du phénomène. La conséquence la plus drastique est que l'on note des taux de mortalité qui sont parmi les plus élevés de la région, environ un (1) Tchadien sur 7 meurt avant l'âge de 5 ans (BM, 2016) et plus de 322 000 enfants souffrent de malnutrition aigüe sévère (UNICEF, 2016). Selon les résultats de la dernière enquête nutritionnelle (SMART, 2017), le taux de la Malnutrition Aigüe Globale (MAG) au niveau national est de 13,9% avec la prévalence de malnutrition chronique qui reste élevée à 32,4%. C'est une situation globalement sérieuse et critique par endroits selon les seuils de l'OMS

Selon le rapport final de l'enquête SMART 2021, les résultats de cette enquête ont permis d'avoir une photographie de la situation nutritionnelle dans les provinces et sur l'ensemble du territoire pendant la période du 04 au 23 Septembre 2021. Les analyses ont été faites sur la base de la référence de l'OMS 2006. Dans cette analyse, des résultats ont montré une prévalence nationale de la malnutrition aigüe globale sévère (MAS), la situation nutritionnelle est urgente selon le seuil défini pour les urgences humanitaires. La prévalence de la malnutrition chronique

au niveau national en 2021 est de 30,4%. Elle est restée quasi la même comparativement à 2020(30,5%). De manière globale, un peu moins d'un tiers des enfants de moins de 5ans souffrent de retard de croissance avec environ 12% des enfants qui souffrent de la forme sévère.

A l'aube de 2021 ? L'UNICEF est particulièrement préoccupé par la santé et le bien-être de 10,4 millions d'enfants qui devraient souffrir de malnutrition aiguë l'année prochaine en République démocratique du Congo (RDC), dans le nord-est du Nigeria, au Sud et au Yémen. Tous ces pays et toutes ces régions sont en proie à des crises humanitaires de plus en plus fortes, à une insécurité alimentaire de plus en plus forte, à une pandémie mortelle et, sauf au Sahel central, à la menace de famine. « En raison de la COVID-19, la crise nutritionnelle qu'affrontent des pays dans une situation difficile en raison des retombées de conflits, de catastrophes et des changements climatiques se transforme en catastrophe imminente » affirme Henrietta Fore, Directrice générale de l'UNICEF. « Des familles qui peinent déjà à se nourrir sont maintenant au bord de la famine. Nous ne pouvons pas laisser devenir les victimes oubliées de 2020 ».

En République démocratique du Congo, on estime que 3,3 millions d'enfants de moins de 5ans souffriront de malnutrition aiguë en 2021, dont au moins un million de malnutrition aiguë sévère. Ces données alarmantes sont le résultat de l'insécurité continue, des conséquences socioéconomiques de la pandémie de COVID-19 et de l'accès limité des enfants et des familles vulnérables à des services essentiels.

Dans le nord du Nigeria, plus de 800 000 enfants devraient souffrir de malnutrition aiguë en 2021 et malnutrition aiguë sévère fait peser une menace mortelle immédiate sur près de 300 000 d'entre eux. La situation est encore plus critique dans le nord-ouest du pays.

Dans le même ordre d'idée, la Banque mondiale(2013), 15,7% des enfants de moins de cinq ans souffrent de la malnutrition modérée ou grave (indice poids-taille inférieur à moins deux écarts types de la norme de l'OMS) dans le monde, dont 32,2% des enfants d'Asie du Sud et 21,4% des enfants d'Afrique subsaharienne. Cette institution indique ces chiffres représentent plus de cent millions d'enfants (UNICEF, 2012). La prévalence de la malnutrition augmente dans certaines régions, notamment en Afrique, à cause du haut taux de croissance 22,7% (Institut national d'études démographiques, 2011).

ROSINE (2010), fait observer dans ces travaux que les cas de malnutrition sont plus perçus dans les quartiers à faible niveau de vie dans les familles qui ont plus de dix enfants. Le manque d'informations des parents dont nombreux d'entre eux ont uniquement fait le primaire et les autres qui se sont arrêtés au secondaire sans obtenir le diplôme d'Etat qui n'ont pas mis en pratique les notions préliminaires pour une bonne alimentation de leurs enfants.

NSIMIRE(2002), note que, les grossesses rapprochées causent des problèmes de sous-alimentation des enfants surtout quand les parents n'ont pas assez de moyens financiers ; ce qui les expose aux maladies et à la mort. Dans la même lancée, Anny CUBAKA montre dans son travail de fin de cycle que le faible revenu, le manque de sensibilisation, de planning familial, un sevrage précoce, de nombreuses maladies (la diarrhée, la rougeole, le paludisme...) sont à l'origine de la malnutrition des enfants.

L'individu est dénutri, voire mal nourri parce que le ménage n'a pas les moyens de lui procurer assez de nourriture de bonne qualité : c'est thèse défendue par Sen(1998). Elle est partagée par Murdoch(1985) qui à son tour, associe malnutrition et pauvreté puisqu'il affirme que les ménages pauvres n'ont pas suffisamment de nourriture à cause du manque des moyens financiers. Pour les tenants de cette approche, l'explication des variations de l'état nutritionnel des enfants en Afrique trouve son fondement dans l'inégalité du niveau de vie des ménages. Toutefois, cette opinion est relativisée par DELPEUCH et al (1996) qui font remarquer que malgré la crise économique (suivie de la dévaluation du Franc CFA), certains plats culturellement sollicités sont cependant restés les mêmes.

### **II.1.3 Approches socioculturelles de la malnutrition**

Au regard du contexte culturel de la malnutrition, DORIS (1996) montre dans son ouvrage que, les médecins et nutritionnistes se sont interrogés sur l'impact des divers facteurs sociaux qui favorisent la malnutrition. Parfois, on peut même se demander s'il ne faut pas parler de « causes sociales » de la malnutrition, voire même si les nutritionnistes ne rencontrent pas systématiquement tous les enfants malnutris dans des ménages économiques très défavorables. Il poursuit en disant qu'on peut identifier des groupes à risque : enfants occupant un certain rang de naissance dans la fratrie, enfants des mères célibataires (GRUENAI, 1985) ou de femmes socialement isolées au sein de familles fragilisées par l'exode rural, l'urbanisation (Valentin, 1980).

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 alimentation chronique et ou saisonnière (BEKER et *al*, 1996).

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 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.

DACKAM, (1990) souligne que 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 parasitoses intestinales. Il poursuit en soulignant que chez les bété, ethnies dominantes 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 (BELLONCLE, 1984).

RWENGE(1993) montre que dans toutes sociétés, chaque femme a nécessairement des us et coutumes de son environnement socioculturel et surtout de son groupe ethnique ; 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. 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.

Pour GOLDSTEIN et TANNER (1980), la croissance d'un enfant ne dépend pas seulement du potentiel génétique et d'un environnement nutritionnel et sanitaire, mais également d'un environnement climatique, environnement forestier et d'un environnement culturel. La mère est, durant la petite enfance, le médiateur obligé entre l'enfant et son milieu. Ceci dit, les attitudes qu'elle adopte durant la période de sevrage, modalités de sevrage, gestion de la sexualité, insertion progressive de l'enfant dans la fratrie, sont culturellement marquées par des normes faisant référence aux représentations collectives, qu'elle peut ou non suivre de façon plus ou moins rigoureuse en fonction de sa vie quotidienne.

DORIS (1996), s'appuie sur la rechute d'un enfant peu après sa sortie de l'hôpital, propose deux théories pouvant tenter d'expliquer les échecs en matière de politique de lutte contre la malnutrition. La première théorie fait intervenir la relation soignant-soigné en ce sens où, le personnel médical manifeste des difficultés à répondre aux recommandations liées au sevrage. La deuxième théorie fait intervenir les représentations culturelles (SCHEPER, 1991) par rapport à l'enfant en tant que personne engagée dans un processus de construction biologique, psychique et sociale et par rapport aux maladies infantiles.

L'anthropologue américaine SCHEPER (1991) s'appuie sur des critères culturels. Selon elle, la notion de négligence sociale est liée aux représentations de l'enfant et de la maladie infantile. L'auteur fonde son propos sur l'observation d'un manque de manifestations affectives à la mort d'un enfant (SCHEPER, 1992). Cette mise en relation entre l'expression sociale de l'émotion et l'affect pose la question des relations entre le psychologique et culturel. SCHEPER souligne aussi l'absence de l'armes à la mort d'un enfant témoigne de la construction sociale et l'attachement maternel lui-même fondé sur les représentations de la maladie et de la mort alors que pour certains membres du personnel de santé, il révèle une moindre affectivité résultant d'un vécu répété de mort d'enfants.

En ce qui concerne les facteurs de la malnutrition, BARBIERI(1991) montre dans ses travaux que plusieurs facteurs environnementaux à l'instar du climat, la nature du sol, la végétation, la température, la pluviométrie sont à l'origine de nombreuses maladies chez les enfants parmi lesquelles la malnutrition. Dans la même lancée, NGO NSOA(2001), fait remarquer qu'il existe des inégalités régionales de la malnutrition et que le phénomène ne frappe pas les enfants dans les différentes régions du pays de la même manière. L'une des raisons évoquées pour expliquer cette situation est l'inégale répartition de la disponibilité alimentaire des ressources en eau potable et des centres de santé maternelle et infantile. Toujours dans cette lancée, CAMARA (2005) a soulevé des raisons similaires en montrant que la région naturelle discrimine fortement les enfants par rapport à leur état nutritionnel en Guinée Conakry.

#### **II.1.4 Malnutrition et la représentation culturelle**

En Afrique subsaharienne, certaines études abordent la question de la malnutrition infantile sous l'angle des représentations sociales qui gravitent autour de cette maladie. Lesquelles représentations sociales ont une influence sur les itinéraires thérapeutiques des malades et sont en cause dans la plus plupart des cas des complications médicales chez le malades.

MYRIAM et GEAN (1996) qui abordaient la question du faible taux de fréquentation des centres de santé de la ville Bobo-Dioulasso par les parents d'enfants malnutris. Suite à ses analyses, l'auteur stipule que cet état de fait s'explique le fait que la population locale a une conception de la malnutrition qui diamétralement opposée à celle de la biomédecine. En effet, la nosographie locale attribue la cause de la malnutrition à deux entités nosologiques traditionnelles que sont *sere* et *sogo*. Selon l'étiologie traditionnelle des habitants de cette ville, la malnutrition qui est attribuée à la catégorie *sogo* touche généralement les enfants de 0 à 5 mois tandis que la malnutrition du type *sere* touche les enfants de plus de cinq mois à pour et elle a pour cause des grossesses rapprochées. Ces différentes conceptions locales de la malnutrition imputent les causes de malnutrition infantile aux grossesses rapprochées et aux rapports sexuels avant que le bébé ne marche car selon ces derniers le sperme salissent et réchauffent le lait maternel ainsi que le corps de la mère qui deviennent de ce fait pathogène. Pour cela, les enfants qui sont atteints de la malnutrition sont d'abord amenés chez le tradipraticien pour des rituels de purification pour ensuite être amené à l'hôpital pour des soins biomédicaux. Le choix de la biomédecine comme deuxième et dernier option des parents d'enfants malnutris serait en cause du faible taux de fréquentation des centres de santé.

En s'inscrivant dans la même perspective, les chercheurs comme PAGEZZY et *al* ; ont publié le résultat de leurs études sur la prise en charge de la malnutrition dans le sud Cameroun 1999. Ils affirment que les facteurs socioculturels ont un impact sur la décision des parents par rapport au choix des itinéraires thérapeutiques qu'ils doivent emprunter pour la guérison de leurs enfants. Ces derniers recourent d'abord au système médical indigène pour le traitement de leur enfant ce qui fait que la déclaration de la maladie à l'hôpital ne se fait qu'au dernier recours. Malgré la proximité des centres de santé, les habitants de cette localité sont toujours réticents vis-à-vis du modèle de traitement biomédicale. Le choix de la population locale d'envisager d'abord le traitement traditionnel s'explique par les représentations sociales qui gravitent autour de la malnutrition infantile au sein de cette communauté. D'après le système étiologique local, la malnutrition est souvent causée par le rapport sexuel appelé *adjap* ainsi une mauvaise alimentation n'est pas incriminée dans le mauvais état de santé de l'enfant. Son traitement nécessite une prise en charge de la mère et de l'enfant à travers un rituel de purification. Cette conception locale de la malnutrition serait l'une des principales causes des déclarations tardives de cette maladie à l'hôpital. Ainsi, les représentations sociales qui gravitent autour de la malnutrition infantile déterminent l'itinéraire thérapeutique des parents d'enfants malnutris.

### **II.1.5 Malnutrition et la pauvreté**

La malnutrition est souvent perçue comme un signe de pauvreté donc nombre d'auteurs ont orienté leurs analyses dans ce sens. C'est ainsi que POISSON(2008) affirme : « *lorsque l'environnement économique est défavorable et que les difficultés financières s'accumulent au sein des ménages, les choix alimentaires se portent spontanément sur les aliments gras et sucrés qui permettent de combler l'anxiété ou le manque affectif. Ces choix alimentaires ont souvent de grave conséquence sur la santé des consommateurs* ». Ainsi « qu'en 2003, la prévalence de l'obésité est de 10% chez les hommes et 13% chez les femmes des milieux modestes et respectivement de 9 à 6% chez les plus aisés (de Saint-Paul, 2006 et 2007) cité par POISSON (2008). Pour POISSON, les choix alimentaires et l'état sanitaire des consommateurs dépendent des revenus de ces derniers. En effet, le manque d'argent constitue un obstacle pour certains ménages urbains et péri-urbain de se procurer des aliments de bonne qualité. Les achats alimentaires au sein de ces ménages se font en fonction du portefeuille de la ménagère, n'ayant pas assez d'argent les parents préfèrent acheter des aliments qui ne coûtent pas chères mais qui n'ont pas un apport vitaminiques suffisant pour l'organisme.

S'inscrivant toujours la même perspective, AWAH et al ; (2013) dans leur analyse sur les causes de la malnutrition en Afrique Subsaharienne affirment que la pauvreté constitue l'un des facteurs causaux de la malnutrition infantile au sein des ménages dans cette région de l'Afrique. La pauvreté empêcherait les parents à s'approvisionner en nourriture de qualité et en quantité suffisante ce qui mettrait les enfants dans la malnutrition. S'intéressant au problème que pose la malnutrition en Afrique subsaharienne, ces auteurs se sont attelés à l'analyse des facteurs qui sont en cause de ce problème et ont émis également des propositions pour solutionner ce problème. Ces derniers citent entre autres la pauvreté, la faible scolarisation en milieu féminin, le changement climatique, les facteurs socioculturels, la corruption et le désintérêt des gouvernements par rapport à ce problème.

### **II.1.6 Malnutrition et le niveau d'instruction des parents**

La scolarisation des filles et l'alphabétisation de la femme en général sont des facteurs qui contribuent à l'amélioration de la santé et à la croissance harmonieuse des enfants. En effet, l'instruction confère aux mères certaines connaissances leurs permettant de lutter contre la malnutrition in facto- juvénile. Ces connaissances favorisent la réticence vis-à-vis des interdits alimentaires au profit d'une alimentation équilibrée des enfants. Par conséquent, éduquer la mère apparaît comme une bonne démarche à mener pour éviter la mauvaise alimentation des enfants (DACKAM et KOBELEMBI, 2004).

LEVI STRAUSS (1958) inclut dans son analyse du problème de la malnutrition les variables de capital humain tels que l'éducation des parents. Il ressort de cette analyse que le taux élevé ou la fréquence de la malnutrition infantile est fonction soit du niveau d'étude des parents d'enfants malnutris car moins les parents sont instruits, plus les enfants n'auront pas accès à une alimentation adéquate à leur besoin nutritionnel (MORRISSON, 2000 ; HORTON 1986). Ils affirment aussi que le manque d'instruction en milieu féminin constitue l'une des causes de la malnutrition. Etant moins instruites, les mères d'enfants ne peuvent pas choisir de bons aliments en terme de leur nutritionnel : « *It is that the way to the child's stomach is through the mother. This problem is very crucial in Sub Saharan Africa, where access to formal education for the girl child in certain communities is still a major burning challenge* ». (AWAH et al ; 2013).

Ils proposent une action sur l'instruction des parents afin de réduire le taux de morbidité et de mortalité liés à la malnutrition infantile. La quelle idée qu'ils expérimentent en se termes:

*Improving the educational status of parents, especially of mothers, on nutrition, sanitation and common disease prevention strategies should logically reduce the malnutrition related mortality and morbidity...Education could help reduce excessively large family sizes that are usually seen in most regions of Sub Saharan Africa. A poor community of certain cultural beliefs might not actually realize that giving birth to a fewer number of children might actually help them to match their limited resources, and also offer adequate and quality nutrition to the family* (AWAH et al ; 2013).

Dans un souci d'analyse et de proposition de réponse, ces auteurs ont émis des recommandations aux décideurs afin de leur permettre de mener une action globale sur la question de la malnutrition infantile en Afrique subsaharienne.

On observe également dans le même ordre d'analyse, Selon l'INSAH, dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne (Mali, Tchad, Burkina Faso, Niger, Sénégal, Cap Vert, Gambie) une relation inverse entre chaque indicateur de malnutrition des enfants et niveau d'instruction de la mère. Les enfants des mères de niveau supérieur ont les niveaux de malnutrition les moins élevés. Les écarts sont particulièrement importants entre les niveaux de malnutrition des enfants des mères de niveau supérieur et les enfants de leurs congénères non instruites, avec des indicateurs passant du simple ou double et parfois davantage. Entre ces pays, il faut noter qu'au niveau d'instruction égal, les enfants de mères maliennes ont le plus souvent des niveaux de malnutrition plus faibles, suivis par les enfants burkinabé. Pour AKOTO(1987) : « l'instruction

de la mère apparaît toujours discriminante (notamment entre 0- 3 années et plus d'école), tandis que celle du père intervient surtout aux deux situations extrêmes (mère illettrée ou très instruite) »

### **II.1.7 Malnutrition et le milieu naturel**

De même que la surface des terres cultivées influent considérablement sur la productivité des familles paysannes ; ce qui se traduira donc par une mauvaise alimentation des enfants car les ménages auront à diviser leur rendement agricole en deux dont une grande partie sera destinée à la vente sur le marché réduisant ainsi la qualité des produits qui sont destinés à la consommation familiale. (MORRISSON, 2000 ; HORTON 1986).

### **II.1.8 Activité économique des parents**

LATHAM (2001) trouve quand le contrôle de la mère sur les finances du ménage est faible, cela agit négativement sur les combinaisons alimentaires. 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 dit, elles les confient à leur mère ou à leur grand-mère, ou alors à une femme de ménage. Cette situation est défavorable quant aux soins apportés aux enfants, notamment concernant son alimentation. GREGOR (1987) 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 et à la malnutrition. Dans la même direction, GEROMINUS(1987), dans ses travaux montrent que, l'aspect socioéconomique prédomine sur 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 (SEN, 1998). Pour lui, l'explication des variations de l'état nutritionnel des enfants en Afrique trouve son fondement dans l'inégalité de niveau de vie des ménages.

### **II.1.9 État sur les itinéraires des pratiques thérapeutiques**

NKOMA (2011), trouve que la massification du recours aux thérapies alternatives est à interroger au travers de l'analyse des itinéraires thérapeutiques des patients. En ce XXIème siècle, la diversité des offres thérapeutiques est plus que jamais un fait avéré. Celle-ci met en évidence une conjugaison systématique et récurrente des usages de la médecine biomédicale et des médecines alternatives qui apparaissent comme des espaces où les individus vont chercher ce qui ferait défaut dans la biomédecine : l'écouté, une autre place que celle du « cas », ou de l'organe physique, une relation satisfaisante avec le soignant.

TIEMAN (1993) montrait à travers des entretiens qu'il a réalisés auprès des malades et leurs familles que les itinéraires thérapeutiques sont tributaires des représentations se rapportant à chaque maladie. Ils peuvent aussi être modifiés par la dissonance ou la concordance entre attentes thérapeutiques du malade, décisions et pratiques du thérapeute.

DOSSOU-YOVO *et al.* (2001) soulignaient déjà qu'une enquête a été réalisée sur les itinéraires et pratiques thérapeutiques auprès de 162 ménages de la ville de Bouaké. Les résultats ont montré que les populations identifient parfaitement les signes du paludisme et peuvent statuer sur sa gravité. La prise en soin du paludisme simple se fait à domicile dans la grande majorité des situations. En cas de présomption du paludisme, 87,6% des ménages font l'automédication, 9,3% ont recours à une structure moderne de soins, 1,2% font appel au service d'un guérisseur traditionnel et 1,9% font de l'automédication traditionnelle. La chloroquine est toujours administrée en première intention (68,3%) avec un approvisionnement essentiellement en pharmacie (98,8%). La posologie est cependant rarement bien menée. En cas d'échec du premier recours thérapeutique, des itinéraires très complexes ont été observés et dépendant de la gravité estimée de la maladie. Les répondants évoquent une pluralité des étiologies du paludisme mais le moustique est le plus cité comme responsable du paludisme (75,6%). Dans les ménages de Bouaké, la chimio prophylaxie anti palustre par la chloroquine est pratiquée dans 95,1 % des cas chez les nouveaux nés. 89,5% des ménages se protègent contre les piqûres de moustiques mais l'usage de la moustiquaire est très rare (4,9%). L'importance de la prise en soin du paludisme, au niveau familial, commande la mise en place d'actions d'information pour une prise en soin efficace et constante de la maladie à domicile. Des actions d'information et de promotion de la moustiquaire imprégnée d'insecticide sont vivement à recommander.

NGOMBE (2016) soulignait au Gabon qu'en face de la présence des communautés chrétiennes, musulmanes, des tradipraticiens et la médecine occidentale, des savoirs populaires, plusieurs itinéraires thérapeutiques sont envisageables lorsque la maladie survient. La décision de l'itinéraire thérapeutique pour une maladie bénigne est prise habituellement par la mère, si la maladie est grave, alors dans ce cas le père et les autres membres de la famille (parents de la mère et parents du père) s'impliquent pour le choix de l'itinéraire thérapeutique. Le premier concerne l'orientation vers la biomédecine représentée par les médecins, infirmiers, structures sanitaires, pharmacies et produits pharmaceutiques.

YORO (2002) démontrait dans son analyse que les choix thérapeutiques du malade ont été guidés par l'étiologie présumée de la maladie telle que perçue par le malade lui-même. Ainsi, selon lui, le patient pense sa maladie comme une pathologie bénigne, il s'auto traite ou fait appel

à une guérisseuse ou à des structures périphériques dépourvues de plateau technique adéquat. Mais quand le patient perçoit son mal comme l'effet d'une attaque en sorcellerie, il privilégie les soins du divin-guérisseur, mais aussi les prières de guérison divine. La croyance en cette causalité imputative lui sert d'argument pour refuser toute idée du test de dépistage du sida et tout recours aux structures performantes de soins, malgré l'insistance du médecin ayant découvert sa séropositivité après lui avoir fait le test à son insu. Cependant, le refus du malade de faire le test de dépistage et de recourir aux structures performantes de soins modernes s'explique entre autres par la peur de se découvrir victime d'une maladie honteuse en occurrence le sida, synonyme de stigmatisation et d'exclusions sociales, dans un contexte où la confidentialité du statut sérologique et la prise en charge socioculturelle et psychologique des malades demeure une préoccupation non résolue en Afrique.

#### **II.1.10 CADRE THEORIQUE**

Le cadre théorique ici fait appel aux théories choisies pour expliquer notre sujet. Pour mener une recherche, il est judicieux de faire sortir des théories dans le domaine qui vont permettre d'expliquer le phénomène étudié. Le cadre théorique se comprend comme étant :

*Le cadre théorique encore dit grille d'analyse, modèle théorique est ce que le chercheur a trouvé dans une théorie, une spécialisation ou plusieurs, qu'il formule dans ses propres mots et qui lui servira de clé de compréhension des données d'un problème : il est une élaboration du chercheur à partir du matériau puisé dans le champ théorique. MBONJI EDJENGUÈLÈ (2005).*

Ainsi notre recherche se forme autour du cadre théorique constitué des éléments suivants : l'ethno- perspective ou ethnanalyse avec l'approche sur (la contextualité ou socio centralité, l'holisticité ou globalité et l'endosémie), le concept des représentations sociales, health believe model(HBM) ou modèle de croyance relatif à la santé.

#### **II.2.1 Ethno- perspective ou ethnanalyse**

Fondée en 2005 par MBONJI EDJENGUÈLÈ, l'ethno- perspectives ou ethnanalyse est une théorie anthropologique contemporaine qui permet d'étudier et de comprendre un peuple en passant par ce peuple. C'est une approche commune à tous les chercheurs en quête de sens. L'ethno- perspective est une démarche basée sur trois axes : la socio centralité qui permet de domicilier un phénomène en tenant compte de son contexte, son cadre spatiotemporel, l'holisticité ou la globalité, un fait culturel est un tout complexe de tous les éléments, l'endosémie culturelle qui permet de partir de l'intérieur pour comprendre un phénomène culturel ou un peuple.

Ces trois éléments nous ont permis d'effectuer une lecture de sens de la malnutrition.

La contextualité : selon l'auteur, la socio centralité est le fait pour l'ethno-anthropologue de domicilier les éléments à étudier, les institutions à analyser dans la socio-culture qui les génère. C'est dire que, tout fait social ne doit et ne peut s'expliquer, s'analyser que s'il est restitué dans les contextes spatiotemporels et socioculturels qui l'ont produit, contexte où, le chercheur l'a collecté ou décrit et qui seul lui donne sens. Avec le principe de contextualité, nous avons étudié le phénomène de malnutrition dans la socio-culture qui produit et cela a conduit à décrire, analyser le phénomène en fonction des éléments fournis par le groupe.

L'holisticité ou la globalité : consiste pour le chercheur à étudier un élément culturel sur tous ses aspects, toutes ses formes. L'auteur affirme que, lorsque l'ethno-anthropologue étudie un élément, item culturel, il a l'obligation de référer, de renvoyer et affecter cet élément à la totalité, au tout dans lequel il existe avec d'autres éléments. L'auteur emprunte la notion de fait social chez MARCEL MAUSS pour montrer que l'unité inclut le tout. En d'autres termes, chaque phénomène contient en miniature la totalité institutionnelle. A l'aide du second principe : la globalité, nous avons durant la recherche de terrain analysé le phénomène de malnutrition avec toutes autres maladies auxquelles les enfants à l'âge préscolaire font face.

L'endosémie est la propriété pour une structure de posséder un sens à l'intérieur de sa construction. . Elle pose que toute culture est mode de vie et les hommes qui le vivent et en vivent ont inventé ce mode de vie impartissant du sens, de la signification à chaque item de l'ensemble de leur univers culturel. Et l'anthropologue ou l'ethnologue dans son entreprise, se doit de recourir à ce sens intrinsèque inhérent, endogène. Pour avoir une nette compréhension sur les représentations de la malnutrition et sa prise en charge nous avons passé par la population de la socio-culture étudiée pour qu'elle nous dise ce qui en est.

## **II.2.2 Concept de représentations sociales**

Le concept de représentation sociale dicte à l'individu la manière de penser, d'agir, et se manifeste dans les sociétés au moyen des règles, morales, juridiques. Cette théorie nous a permis de comprendre, d'analyser, d'expliquer le comportement, la manière de faire, de penser des populations de la localité kéloise par rapport à plusieurs phénomènes en particulier celui de la malnutrition et les prises en charges thérapeutiques. En effet, JODELET (1989) :

*Le concept de représentation désigne une forme de connaissance scientifique, de savoir et de sens commun dont les contenus sont des modèles par des acteurs sociaux. De façon extensive, la représentation sociale, est une forme de pensée sociale, une modalité de pensée pratique orientée vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social et matériel. En tant que telle, elle présente des caractéristiques spécifiques au plan de l'organisation du contenu des opérations mentales et de la logique.*

Pour FISHER(1987), « la représentation sociale est un processus, un statut cognitif, permettant d'appréhender les aspects de la vie ordinaire par un recadrage de nos propres

*conduites à l'intérieur des interactions* ». La représentation sociale se définit comme un mode spécifique de connaissances relatives à un objet. Elle fournit des notions prêtes à l'emploi et un système de relations entre ces notions permettant ainsi l'interprétation, l'explication, la prédiction.

Le concept de représentation sociale permet de comprendre l'attitude des populations, le comportement, la manière de penser. Pour dire, les idées ou images que les membres d'un groupe social ou d'une société se font vis-à-vis d'un phénomène. Notons aussi que, le concept de représentation sociale permet d'observer le comportement des populations. C'est dans cette lancée que HERZLICH (1969) affirme :

*Travailler sur une représentation c'est observer comment cet ensemble de valeurs, normes sociales et modèles culturels est pensé et vécu par les individus dans une société. C'est aussi étudier comment s'élabore, se structure logiquement psychologiquement l'image de ces objets sociaux.*

C'est au sociologue français DURKHEIM que l'on doit la notion de représentation sociale, car pour lui, les faits sociaux sont des choses. Selon lui, la société est un tout, une entité originale qui est différente de la simple addition des individus qui la composent. Il abandonne ainsi la notion de représentation collective pour s'intéresser aux représentations sociales, il essaye de voir en quoi la production intellectuelle des groupes sociaux joue un rôle dans la pratique sociale.

Des définitions psychosociales de la représentation soulèvent trois aspects caractéristiques et indépendants :

La communication : les représentations sociales sont produites par les individus et offrent aux personnes un code pour les échanges.

La reconstruction du réel : la représentation sociale guide dans la façon de nommer et définir l'ensemble des différents aspects de la réalité de tous les jours. Dans la façon d'interpréter, de statuer sur eux et dans le cas contraire, une position en leur égard.

La maîtrise du soi ou de l'environnement par le sujet : en tant que somme des connaissances pratiques, les représentations sociales poussent les individus à se situer et à maîtriser son environnement. Pour dire la maîtrise de soi renvoie en partie à l'utilité sociale de la notion de représentation. Ces aspects montrent le rôle capital que les représentations sociales jouent dans la dynamique des relations sociales. A cet effet, JODELET(1989) énumère cinq fonctions des représentations sociales à savoir :

La fonction d'interprétation et de construction de la réalité : elles sont une manière de penser et d'interpréter la vie quotidienne en particulier, le monde en général. Ceci dit, les valeurs et les contextes dans lesquels les représentations sociales s'élaborent ont un impact sur la construction de la réalité.

La fonction cognitive : ici, ce sont les réalités sociales qui permettent aux individus d'intégrer les données nouvelles dans le cadre de penser.

La fonction d'orientation des conduites et des comportements : les représentations sociales sont porteuses de sens. Elles ont un rôle social dans la mesure où, elles aident les individus à communiquer entre eux, à intégrer, et à s'adapter dans leur environnement. A cet effet, elles provoquent des attitudes, des points de vue ou des comportements. Elles sont également à caractère prescriptif car, elles définissent ce qui est correct ou tolérable dans un contexte social donné.

La fonction identitaire : les représentations sociales permettent de situer les individus et les groupes sociaux dans les champs sociaux communautaires ou identitaires : elles élaborent une identité sociale et personnelle. C'est dire, compatibles avec des systèmes de normes et des valeurs socialement et historiquement déterminés.

La fonction de justification des pratiques : elle est liée au quatre précédentes et concerne précisément les relations entre les groupes et les perceptions que chaque groupe se fait de l'autre. Ce qui justifie les comportements et les prises de positions par rapport à un individu d'un autre groupe.

L'application de cette théorie à notre thème nous montre comment les idées, les comportements des populations kéloise sont conditionnés par rapport au phénomène de malnutrition infantile en ce sens où, les populations dans une certaine mesure, ne considèrent pas ce phénomène pour une maladie normale ou naturelle mais pour une maladie qui est la dérive d'un non-respect des normes sociales et privilégient un système thérapeutique à d'autres. On constate que les représentations sociales ont conduit les populations de la localité de Kélo à accepter leur réalité, à vivre selon leur environnement. Ainsi, nous avons pu comprendre, analyser, expliquer la façon de penser, d'agir de la population kéloise selon leur environnement.

### **II.2.3 Health Believe mode l(HBM) ou Modèle de croyance relatif à la santé**

Tout comme la théorie de la représentation sociale, le model de croyance relatif à la santé a été développé dans les (1950) par les psychologues sociaux IRWIN et *al* ; qui nous a permis de comprendre les comportements des populations kéloise autour de la santé et la maladie.

Le health belief model est un modèle psychologique qui essaie d'expliquer et de prévoir des comportements de santé en se concentrant sur les attitudes et les croyances des individus. Le HBM se voit donc comme un système de croyance capable de susciter la peur chez un individu dans l'optique de l'emmener à adopter un comportement sain. Le HBM devient alors comme un gardien pour l'individu ; c'est-à-dire qu'il guide l'individu et le pousse à changer d'attitude et à améliorer son comportement pour une santé saine.

Les pionniers de ce concept partent du fait que, les individus ont peur de la maladie et dès cet instant, les actions de santé doivent être motivées en fonction de la gravité du mal ou de la maladie. Suite à l'utilisation et l'application de ce modèle, il sera très compliqué de ne pas voir les individus adopter ou adhérer aux conduites préventives en matière de santé. Ainsi pour expliquer les comportements de santé des individus, le HBM est le plus utilisé car, c'est un modèle basé sur les perceptions, les attitudes et les comportements des individus.

Le HBM suggère que, les croyances des individus en rapport avec les problèmes de santé, expliquent l'engagement du comportement de santé un signal doit être présent pour le pousser à le faire. Ce modèle présente des composantes pour l'adoption des comportements de santé par les individus.

La gravité perçue ou la gravité du problème : ici, le HBM propose que, les individus qui perçoivent un problème de santé comme sérieux sont susceptibles d'adopter des comportements de prévention de santé afin d'éviter qu'il ne se produise. Soulignons que, la gravité du problème considère les croyances des individus sur la maladie elle-même.

La vulnérabilité perçue ou la perception subjective du risque : elle prévoit que, les individus se livrent à des comportements permettant de diminuer le risque de développer un problème de santé s'ils se sentent en situation de risque, vulnérable à un problème de santé particulier ou, s'ils se sentent anéantis par la maladie.

Les avantages perçus ou la perception du bénéfice d'une prise d'action : à ce stade, les avantages perçus se réfèrent au fait qu'un individu n'agit, ne modifie, ne se livre à un comportement de promotion de santé que s'il espère réduire le risque de la maladie.

Les obstacles perçus : à ce niveau, les potentiels aspects négatifs d'une action de santé peuvent être appréciés en fonction des avantages perçus. C'est dire que, pour que l'individu adopte un comportement de santé, la perception du bénéfice doit être supérieure aux obstacles perçus.

L'auto-efficacité ou la croyance en propre efficacité : cette composante a été ajoutée aux quatre autres en 1988. L'auto-efficacité stipule qu'un individu a plus de chance d'adopter un

comportement de prévention en matière de santé que s'il croit en sa compétence personnelle pour réaliser avec succès ce comportement. Notons que l'auto-efficacité a été ajoutée aux autres composantes du HBM pour expliquer les différences individuelles dans les comportements de santé.

En appliquant ce concept à notre sujet, nous avons pu comprendre l'attitude des parents d'enfants malnutris vis-à-vis de cette maladie. Ceux-ci se comportent en fonction de ce qui est dit soit par le personnel de la santé ou par le tradipraticien

#### **II.2.4 Opérationnalisation des théories**

Le cadre théorique est un construit d'un étudiant-chercheur. Il n'est pas un moment par excellent pour étaler les origines des théories. C'est les théories qui donnent un sens à un problème de recherche, dont l'opérationnalisation de celles-ci permet de comprendre le phénomène à étudier. L'approche de la représentation culturelle nous a permis d'appréhender la connaissance individuelle et culturelle qu'ont les kélois et les groupes des notions de malnutrition et des pratiques thérapeutiques de prise en charge. L'importance de cette approche se justifie par le fait que les représentations culturelles préparent à l'action et génèrent aussi un ensemble d'attentes normatives. Ainsi, elles ont permis de comprendre et d'expliquer les liens culturels et les pratiques des thérapies chez les kélois en cas de malnutrition. L'ethno-perspective ou etnanalyse nous a permis de comprendre le sens que les kélois donnent à la malnutrition, aux différents mécanismes mis sur pied pour la prise en charge. En clair, l'ethno-perspective ou etnanalyse nous a aidés à expliquer comment les populations kéloises mettent en place leurs cultures au service de la santé. Le HBM cette approche nous a permis aussi de comprendre le sens que la population kéloise donne à la maladie.

#### **II-2.5 Originalité du travail**

Nous pensons marquer le point de différence entre notre travail et les travaux des autres chercheurs qui ont déjà été produits jusqu'ici et sur le champ de l'anthropologie médicale qui s'intéresse aux représentations socioculturelles, pratiques et prise en charge de la malnutrition. Par la présente recherche, nous souhaitons produire un document sur l'anthropologie kéloise. Nous voulons par ce travail universitaire apporter une modeste contribution à la connaissance de la socio-culture kéloise tant sur le plan social, politique, économique. Notre désir est que ce travail soit une autre porte d'entrée dans la lecture de la société kéloise, car jusqu'ici, les travaux sont rares. Ce travail pourra alors être l'objet de critiques ou d'approfondissements dans l'optique de produire une somme de connaissances sur les kéloise, leur mode de vie et leur médecine.

Nous pensons par la présente recherche nous atteler sur les représentations socioculturelles de la malnutrition et ses pratiques de prise en charge. C'est en cela qu'il sera facile d'extraire la matrice explicative des représentations socioculturelles de la malnutrition et celui des choix thérapeutiques dans la commune de kélo.

L'originalité de notre travail est qu'il est une modeste contribution à l'anthropologie médicale et / ou alimentaire. Cette recherche vient apporter des éléments au savoir déjà disponible en anthropologie médicale, alimentaire et culturelle. Le présent travail met à lumière les façons de penser, de se comporter, d'agir des populations d'une culture précise vis-à-vis de la malnutrition. Notons également que, ce travail a pour particularité d'être lié aux objectifs de développement durable (ODD) notamment avec l'ODD qui stipule « santé et bien-être ». Pour dire, atteindre une vie saine pour tous les âges. En considèrent les indicateurs simplifiés de l'ODD suivants : les populations respectent les règles d'hygiène alimentaire, baisse de la mortalité.

### II.3 DEFINITION DES CONCEPTS

Dans cette partie du travail, nous avons retenu cinq concepts que nous avons trouvés nécessaires de définir afin de rendre plus clair notre texte. Il s'agit : représentations, socioculturelles, pratiques, prise en charge, malnutrition.

- **Représentation**

Selon le Dictionnaire Robert d' Aujourd'hui (1984) le terme de représentation est le fait de rendre sensible (un objet absent ou un concept) au moyen d'une image, d'un signe. Le concept de représentation sociale tire son origine de la sociologie durkheimienne, plus particulièrement autour de la notion de représentation collective. Les représentations sociales ont depuis nourri tout un courant de recherche porté notamment par MOSCOVICI (1961, 1976, 1984,1991), HERLICH (1969, 1972) et JODELET (1984, 1989, 1990, 1991). Ce concept de représentation est situé à l'interface du psychologique et du social. Elaborée et partagée par les membres d'un même groupe, une représentation sociale est une « *forme de connaissance courante, dite de "sens commun" qui a comme finalité l'organisation et l'orientation des communications et des conduites permettant d'acquérir une vision de la réalité commune à tous les membres d'un ensemble social déterminé* » ( JODELET, 1989). Plus précisèrent, JODELET (1991) souligne que, la représentation « *est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social*». Quant à ABRIC (1997) il définit la représentation « *comme une vision fonctionnelle du monde*

*qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc des y adapter, des y définir une place».*

- **Socioculturelles**

Ce concept découle de deux grands concepts : « social » et « culture ». Le concept « social » concerne la vie en société, c'est-à-dire les structures et le fondement des groupes humains, leurs relations ainsi que leurs activités. Le concept « culture » quant à lui, selon Rocher(1969), Un ensemble lié de manières de penser , de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer et distincte (cité par Cloutier et al.,1983)

- **Pratique**

Selon Cristina De Robertis (2013) la pratique désigne toute activité mettant en œuvre les principes d'un art ou d'une science : c'est la mise en application de principes, d'idées ou d'une technique en vue d'un résultat concret. Mettre en pratique est synonyme d'exécution, d'application ; il s'agit d'une manière d'agir, de procéder.

- **Prise en charge**

L'organisation mondiale de la santé (OMS)(2006) définit la prise en charge comme la capacité des personnes, des familles et des communautés à faire la promotion de la santé, à prévenir les maladies, à rester en bonne santé et faire face à la maladie et handicap avec ou sans accompagnement.

- **Malnutrition**

Selon L'OMS (2021), on entend par malnutrition « *les carences, les excès ou les déséquilibres dans l'apport énergétique et /ou nutritionnel d'une personne* ». Le concept de malnutrition recouvre à trois(3) groupes d'affections, notamment la dénutrition ou la sous-alimentation et la malnutrition en matière micronutriments.

La dénutrition ou la sous-alimentation est dû à un à une ration alimentaire continuellement insuffisante par rapport aux besoins énergétiques, à une malabsorption et /ou utilisation biologique insuffisante des nutriments consommés. Elle comprend l'émaciation (faible rapport poids /taille), le retard de croissance (faible rapport poids/taille), le retard de croissance (faible rapport taille/âge) et l'insuffisance pondérale (faible rapport poids/âge).

Quant à la surnutrition, c'est un état chronique d'absorption d'aliments en qualité excessive par rapport aux besoins énergétiques, et engendre une surcharge pondérale et /ou obésité. La malnutrition en matière de micronutriments comprend la carence en micronutriments (manque de vitamine et de minéraux essentiels) ou l'excès de micronutriments.

Nous retenons de ce chapitre qu'il existe une littérature abondante tant sur les représentations socioculturelles et les pratiques de prise en charge de la malnutrition dans le monde. Notre propos a ainsi, parcouru un certain nombre de publications scientifiques nous renseignant sur ces faits. Aussi, nous avons élaboré la critique à partir de laquelle nous avons ressorti l'originalité de notre travail des points de vue méthodologique et du terrain de l'étude qui n'est autre que les recherches documentaires. De là nous avons dégagé un cadre théorique que nous avons construit à partir des représentations culturelles, de l'ethnométhodologie et de l'ethnanalyse. La définition de concepts a clôturé ce débat en laquelle nous avons présenté les concepts.

### **CHAPITRE III : REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES DE LA MALNUTRITION DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KELO**

Ce chapitre porte sur les représentations socioculturelles de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo. La première partie du travail sera consacrée à l'explication de deux concepts maladie et la santé. Et la deuxième partie sera donc la présentation des représentations socioculturelles de la malnutrition. La troisième partie quant à elle sera consacrée à la taxonomie de la malnutrition et la quatrième partie de cette rubrique sera consacrée sur l'étiologie de la malnutrition.

### **III.1 EXPLICATION DES CONCEPTS MALADIE ET SANTE**

Dans le district sanitaire de Kélo, la maladie et la santé ont plusieurs significations. Le comportement des personnes autour de ces faits sociaux découle de l'environnement dans lequel ils se trouvent. Les concepts HBM et représentations sociales s'appuient sur les croyances culturelles des individus pour comprendre et expliquer les comportements face à la santé et à la maladie.

#### **III.1.1 L'explication du concept de maladie**

« *La maladie est un modèle explicatif. La maladie est perçue par les malades, les soignants et la société à travers un ensemble d'activités d'interprétations* ». Ces activités comprennent l'interaction de la biologie, de la sociologie de l'anthropologie, de l'histoire, etc. KLEINMAN et al, donne cette définition de la maladie. En français, le terme «maladie» renvoie, au moins, à trois (3) significations différentes susceptibles d'intéresser l'anthropologue: événement concret affectant un individu donné, entité taxinomique entrant dans une nomenclature, notion générale et abstraite d'un état qui est opposé à la bonne santé. Dans beaucoup de sociétés sans écriture, on ne retrouve pas nettement le concept général et abstrait de maladie, car celui-ci y est fondu dans les catégories plus vastes du mal, d'infortune, de désordre, etc. Et même lorsque la présence de cette notion est attestée, on observe fréquemment le recours aux interprétations qui font des maladies des événements néfastes parmi d'autres affectant les relations sociales. Ainsi que la naissance et la mort, la maladie est avant tout un événement social imposé par la condition biologique de l'homme. Toutefois, à la différence de la naissance et de la mort, la maladie est un événement plus ou moins réversible et récurrent tout au long d'une même existence. Comme la mort, la maladie frappe généralement d'une manière qui apparaît à la fois comme inopinée et sélective, ces caractères requérant un éclairage qui ne peut se limiter au seul mécanisme pathologique.

Pour définir la santé, l'anthropologie médicale s'appuie sur trois mots anglais pour signifier la maladie en ces termes :

*DISEASE* : dimension physique ,évoque la maladie dans ses dimensions biologiques, physiologiques ;

*ILLNESS* : évoque les perceptions et les expériences vécues par l'individu relativement aux problèmes de santé d'ordre bio médical ou à tout autre état physique ou psychologique socialement stigmatisé ;

*SICKNESS* : il recouvre donc non pas un état mais le cheminement que fait l'individu à partir de l'état de l'interprétation de ses premiers symptômes jusqu'à la mise en pratique d'un traitement. Il s'agit ici de la socialisation de la maladie.

La maladie nécessite toujours une recherche de sens qui dépasse la signification donnée par la biomédecine qui produit les catégories diagnostiques. Si l'évolution des connaissances et techniques de la biomédecine rend les diagnostics et traitements de plus en plus convaincants, nous ne pouvons pas mettre de côté la maladie.

Ainsi, pour avoir les avis des parents sur ce qu'est la maladie, les mères d'enfants répondent en démontrant que c'est l'état imparfait d'une personne .Pendant notre entretien une informaticienne nous dit « *La maladie c'est quand une personne ne se sent pas en bonne santé, ou encore s'il n'arrive pas à bien manger* ». (Entretien avec madame Merci Yacoub, le 8 Septembre 2022 au sein de L'hôpital de Kélo.) « *La maladie veut dire aussi ne pas être dans est un bon état* ». ( Entretien avec Ali Oumar le 8 Septembre 2022 toujours au sein de L'hôpital.) Dans le même ordre d'idée un autre enquêteur nous fait comprendre que pour lui : « *La maladie c'est quand un enfant n'arrive pas jouer et danser, avec ses camarades c'est qu'il ne pas en bonne santé il est malade* ». (Entretien avec Balami le 10 Septembre 2022, devant la pédiatrie de l'hôpital de Kélo)

« Entretien du 9 Septembre 2022, avec madame Linda au sein de L'hôpital, « *la maladie selon moi c'est quand un individu ressent un mal psychologique ou physique* ».

Le changement de la maladie est moteur des plusieurs signes qui attire une attention particulière sur l'état de la santé d'un individu. Elle est vue comme une réalité qui nécessite une compréhension. La maladie est ainsi reconnue à l'aide de plusieurs autres signes différentiels (le corps chaud, la fatigue, le mal de tête, diarrhée, et bien d'autres signes). « *La maladie c'est l'état d'une personne dont la santé est altérée* ». (Entretien avec Dr Anisé le 12 Septembre 2022 au sein de l'hôpital district).

### **III.1.2 L'explication du concept santé**

Selon l'OMS (2020), la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental, social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Pour l'anthropologue. Meyer (1991) « *La santé est définie comme étant symétriquement un aspect de l'ordre harmonieux qui régit les rapports spatiaux et temporels de l'individu avec le monde et avec les autres* ».

Partant de ce point de vue, le débat autour de ce concept s'articule sur l'état physique de la personne. « *La santé c'est la situation d'une personne qui ne ressent aucun mal, qui est en pleine forme.* » (Entretien avec Daksana Mathias 12 Septembre 2022 à l'hôpital district de Kélo.)

La santé si un enfant joue bien il mange bien il ne souffre de rien il n'a aucun souci cela signifie qu'il est en santé. « *La santé est aussi l'état d'une personne ou son état de santé ne montre aucune menace dans son organisme.* » (Entretien avec infirmier Nathan le 13/09/2022 au sein de district).

La santé ne se focalise pas seulement sur l'état physique ou mental de la personne mais elle se situe également au niveau de relation de l'individu avec son environnement qui l'entoure. « *A mon avis, la santé c'est quand une personne se porte bien dans son corps* » (Entretien avec madame Eléenne devant la pédiatrie de l'hôpital).

La santé est aussi considérée comme un idéal de vie. C'est dire qu'il ne suffit pas d'être en bonne santé pour mieux vivre « *La santé veut dire être fort, ne pas avoir de maladie, ne pas souffrir dans son organisme* » (Entretien avec Mass au parc de Kélo le 13 Septembre 2022).

Nous pouvons considérer cet aspect médical comme un rôle majeur dans l'élaboration dans les normes qui déterminent la santé en ce sens qu'il démontre avec précision les signes qui caractérisent l'homme.

### **III.1.3 La taxonomie de la malnutrition dans la communauté kéloise**

Selon les données issues du terrain d'enquête dans la communauté kéloise et celui du district sanitaire de Kélo en particulier, la malnutrition à plusieurs appellations différentes selon les langues qui existent au sein de la circonscription. La première est celui de *Pa ki'dak vinim* en langue zime qui signifie littéralement un enfant en manque de lait ou de la nourriture. Ce terme est beaucoup plus utilisé par la communauté lorsqu'un enfant est sevré avant l'âge normal de sevrage ou encore si un enfant est en manque des aliments nutritifs. La deuxième appellation de la malnutrition est celle de *Kamlina* en langue Moussey qui signifie littéralement une personne mal nourrie. La troisième appellation est le *Ke-yemi* en langue Guerra qui signifie quelque chose qui atteint l'enfant donc cela traduit clairement que l'enfant a contracté une maladie lorsque la mère prend une grossesse sur lui sans être sevré. La quatrième appellation est celle de *Goroum* chez les Ngambayes qui signifie littéralement une personne qui est en carence de

protéine. Cette dimension d'appellation au sein de la communauté se base sur la langue et surtout en fonction du type de la malnutrition.

### **III.1.3.1 Kam-ri comme première appellation de la malnutrition chez les Zimés de Kélo**

La première appellation que tout le monde connaît dans la communauté Zimé c'est *Kam-ri*. Qui signifie « mangeurs d'âmes ». Dans cette communauté, pour désigner un enfant malnutri, la population utilise ce mot. C'est ce qui sort du propos de l'enquête suivant : « *chez nous, lorsque un enfant n'a pas de poids et s'il n'a pas aussi la forme automatiquement on dit que l'enfant est atteint de Kam-ri* » (Saratou, le 07/09/2022 au District de Kélo). Cette informatrice présente ce que le français appelle malnutrition en langue Zimé comme « kam-ri », car dans cette communauté l'on ne doit pas désigner la malnutrition directement comme une maladie liée à l'alimentation, mais par une autre façon qui est le *kam-ri*. Le fait de préciser cela directement est considéré comme une faiblesse d'après notre informatrice.

### **III.1.3.2 Pa ki'dak vinim comme deuxième appellation de malnutrition chez les Mésimes**

La deuxième appellation qui, elle aussi est connue près que de tous c'est *Pa ki'dak vinim* en langue Mésime qui signifie littéralement un enfant en manque du lait ou de la nourriture. Ce terme est beaucoup plus utilisé par la communauté lorsqu'un enfant est sevré avant l'âge normal de sevrage ou encore si un enfant est en manque des aliments nutritifs. L'on entend exprimer ce terme en disant : « *vei ma pa ki'dak vinim* » (*pour désigner un enfant qui n'a pas bu du lait assez,*) » (David, le 15/09/2022 à Kélo). Pour cet enquêté la malnutrition est dite au manque du lait et des nourritures dans l'organisme chez les enfants.

### **III.1.3.3 Kamlina comme troisième appellation de la malnutrition en langue Moussey**

La troisième appellation c'est *kamlina* en langue Moussey qui signifie littéralement en français une personne mal nourrie. Dans cette communauté, le fait d'appeler la malnutrition pour désigner une personne mal nourrie n'est pas un tabou comme les autres communautés. C'est ce qui sort du propos d'un parent d'enfant souffrant de la malnutrition en ces termes : « *Chez nous, lorsque l'enfant ne mange pas bien et surtout s'il n'a pas de la forme physique on le qualifie à une personne qui est manquée des bons aliments* » (Entretien avec Bechir du 22/09/2022 à Kélo). Cet informateur nous montre que la malnutrition est quelque chose visible à l'œil nu d'où on peut facilement voir selon la forme physique d'un individu.

#### III.1.3.4 *Ke-yemi* comme quatrième appellation de la malnutrition en langue Qeura

La quatrième appellation est le *ke-yemi* en langue *Qeura*. Le premier mot *ke*, c'est quelque chose et le deuxième mot *yemi* c'est l'enfant donc cela signifie littéralement en français que quelque chose qui attaque un enfant lorsque la maman prend une grossesse. Donc pour ce communauté, la malnutrition est un phénomène lié à la grossesse c'est-à-dire si un enfant qui n'est pas encore en âge du sevrage et si sa mère tombe enceinte, c'est ce que la communauté désigne par le terme enfant malnutri. Un informateur nous dit : « *Dans notre communauté nous appelons la malnutrition (ke- yemi) du fait que nous considérons cette maladie comme un phénomène destiné pour les enfants uniquement.* » (Entretien avec Yonwa du 22/09/2022 à Kélo).

#### III.1.3.5 *Goroum* comme cinquième appellation en langue Ngambye

La cinquième appellation est celui de *Goroum* chez les Ngambayes qui signifie littéralement une personne qui est en carence de protéine dans l'organisme. Donc l'utilisation de ce terme dans la langue Ngambye est plus entendue chez les personnes âgées ou doyennes qui maîtrisent la langue donc c'est le langage soutenu pour désigner une personne malnutri. C'est ce qui sort du propos d'un beau-père de la victime : « *Chez nous, surtout les personnes âgées pour parler de personnes malnutris, ils parlent de Goroum n'est que compris que par cette catégorie de personne* » (Affeïssou, le 26/09/2022 à Kélo). Pour ce beau-père d'une victime comme dans toute culture, il y a certains termes qui sont utilisés que par certaines catégories de personnes qui se comprennent entre elles. C'est pour quoi pour parler de la malnutrition s'il arrive que l'on se trouve en public, utilise le mot *Goroum* pour ne pas attirer trop d'attention du public sur la causerie des âgées. Donc pour lui, ce terme est la version soutenue de certains qui est connue près que par toute la communauté. Il nous présente ici une autre appellation de la malnutrition.

De tout ce qui précède, on n'observe que les populations de kéloise à sa représentation de la malnutrition qu'on lui en attribue une appellation selon leur divergence linguistique. Ces appellations se différencient selon le milieu et les catégories d'individus. A travers ces données du terrain, l'on pourra dire que pour appeler la malnutrition comme en français, la population de la commune de Kélo utilise plusieurs termes différents. Le fait d'utiliser les termes qui ne reflètent directement la malnutrition dans cette communauté, a une signification importante pour la population kéloise. Cette signification importante c'est pour atténuer le degré du danger. Pour ce peuple, dire que la malnutrition a attaqué telle personne, c'est une faiblesse pour les parents de la victime. C'est la raison pour laquelle ils utilisent ces divers

mots pour désigner la malnutrition. Une belle-mère d'une victime nous explique le pourquoi on ne dit pas celui-ci est atteint de la malnutrition en ces termes : « *Dans notre communauté arabe il ne pas possible de dire que une personne souffre d'une maladie lié à l'alimentation cela est un tabou dans notre communauté dire cela clairement c'est vraiment une honte pour les parents.* » (Entretien Sarah du 25/09/2022 à Kélo).

Cette belle-mère nous explique les raisons pour laquelle dans la communauté Arabe le fait de parler de la malnutrition comme les autres maladies. Elle explique que pour atténuer l'honneur de la famille de la victime dans leur culture, l'on parle d'une maladie dangereuse.

#### **III.1.4 Les autres maladies auxquelles se réfère la malnutrition**

Dans le construit populaire, la malnutrition n'est pas dépouillée de son sens social dans la mesure où, lorsqu'un enfant est atteint de cette maladie dès les premiers symptômes les parents considèrent que c'est une maladie qui a l'habitude d'attaquer l'enfant et ils se disent que l'enfant souffre de la méningite ou du palu ils se tournent immédiatement vers l'ethno médecine pour trouver la solution au problème.

Certains parents soulignent que les premiers signes de la maladie sont entre autre : diarrhée, la toux, le vomissement, le corps chaud, le mot de tête et le palu. « *Quand mon enfant était malade au début, pour moi je crois que c'était le palu comme il vomissait et il faisait la diarrhée et il avait un corps chaud* » (Entretien avec la mère d'un patient au sein de l'hôpital central de Kélo le 10 Septembre 2022).

A travers ces interventions, les populations ont toujours l'habitude à confondre d'autres maladies telles que le palu et le choléra. Au fait, les manifestations de la maladie comme les vomissements, la diarrhée, les populations associent cela à la malnutrition ou au choléra. « *La malnutrition est la sœur du choléra du fait que l'enfant fait la diarrhée et vomi beaucoup* » (Entretien avec FANA à l'hôpital central de Kélo le 15 Septembre 2022).

Pour les thérapeutes, la malnutrition ressemble souvent à l'anémie. « *Parfois, tu regardes un enfant malade de la malnutrition, je pense qu'il souffre de l'anémie. L'enfant devient pale et faible et ces yeux sont souvent blancs* » (Entretien avec Avintoi le 20 Septembre 2022 à l'hôpital de Kélo).

### **III.2 LES ETIOLOGIES DE LA MALNUTRITION**

La malnutrition est due à une multitude d'origines qui sont d'ordres cliniques ou culturelles.

### III.2.1 L'origine clinique de la malnutrition

Ils ont été donnés par des professionnels de la santé. Pour eux, l'on peut souffrir de la malnutrition si l'alimentation ne comprend la quantité de sels minéraux, de glucides, de protéines et de vitamines recommandées pour la nutrition. « *Comme cause nous avons la mauvaise alimentation de l'enfant : l'enfant ne mange pas cinq étoiles, la quantité n'est pas respectée. On note également les maladies telles que la diarrhée qui sont causes de la malnutrition de l'enfant.* » (Entretien avec Madame Féli, infirmière le 20 Septembre 2022 au sein de l'hôpital central de Kélo)

La mauvaise alimentation de l'enfant n'est pas la seule cause de la maladie, d'autres paramètres entrent en jeu (l'ignorance des parents, la mauvaise cuisson des aliments).

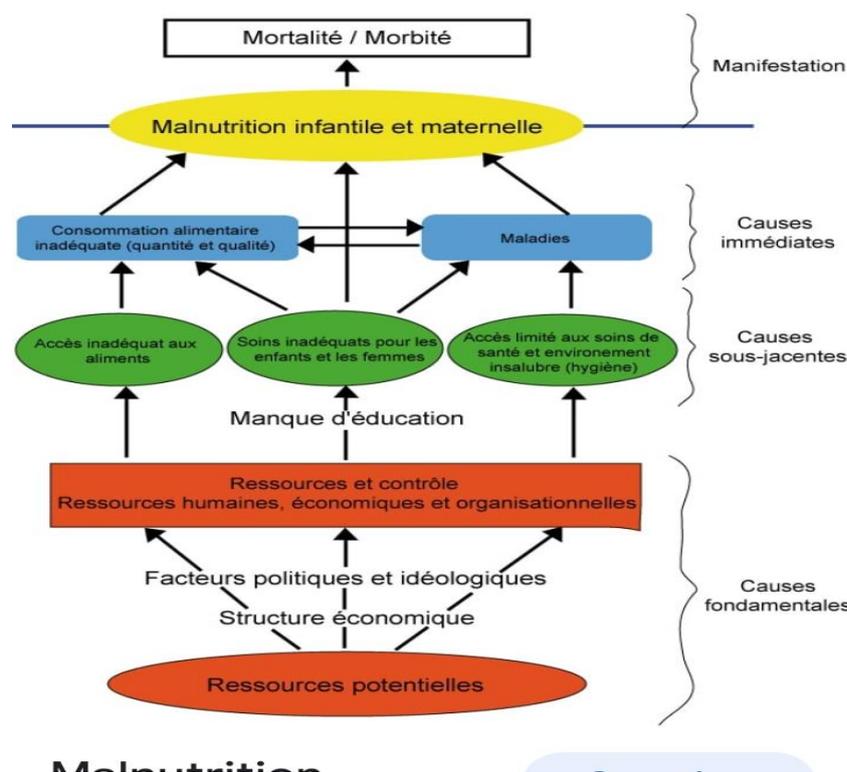
*Soulignons que les causes sont beaucoup liées à la mauvaise alimentation : par la quantité et la qualité. Manque des trois groupes d'aliments : déficit en protéines (kwashiorkor), déficit quantitatif (marasme) : les grossesses rapprochées à trois mois de la récente grossesse, la mère tombe de nouveau enceinte et cela plonge l'enfant dans un sevrage brusque car il ne peut plus téter normalement. Nous notons aussi les maladies : l'enfant étant malade perd l'appétit, l'ignorance des parents ; la mauvaise cuisson des aliments* (Entretien avec Dr Houmguir Liryma, 19 Septembre 2022, district sanitaire de Kélo).

Les mauvaises pratiques d'hygiène et des certaines maladies sont aussi l'une de l'origine de la malnutrition des enfants à l'âge préscolaire ; lesquelles viennent s'ajouter à la mauvaise alimentation. « *La mauvaise alimentation : les apports énergétiques ne sont pas respectés. Les maladies telles que la diarrhée, le palu, le V.I.H, la tuberculose, les mauvaises pratiques d'hygiène sont des causes de la malnutrition.* » (Entretien avec Fatou infirmière, le 20 Octobre 2022, au sein de district de Kélo).

Les origines de la malnutrition sont nombreuses, on peut citer entre autres le paludisme, le VIH-SIDA sont à l'origine de la malnutrition des enfants, puisque beaucoup d'enfants en souffrent de cela. Pour confirmer cela, pendant notre entretien avec un personnel de la santé, il nous dit : « *Les origines de la malnutrition précisément on parle des causes de la malnutrition, elles sont entre autres : La pauvreté, la guerre et le déplacement. la mauvaise hygiène, et la sous-alimentation* » (Entretien du 17/10/2022 avec Lazard Kerim pédiatre au sein du district sanitaire de Kélo). « *Les origines de la malnutrition peuvent être liées aussi par le manque de plusieurs éléments à savoir : le manque d'hygiène, le manque de vitamine, le sevrage précoce, manque à manger, manque de vitamine et la négligence, qui cause la malnutrition* » (Entretien avec FELICITE infirmière du 20/09/2022 au sein du district.)

UNICEF(1990) élabore un cadre conceptuel des causes de la malnutrition comme un élément de stratégie pour la nutrition. Ce schéma présente les causes de la malnutrition classées en plusieurs catégories.

**Schéma 1** : Les causes de la malnutrition selon l'OMS



Source : Rapport UNICEF 1990

Sur cette image nous voyons un schéma qui nous détaille la manifestation de la malnutrition, ses causes immédiates, sous-jacentes et fondamentales à base des couleurs.

### III.2.2 Les étiologies de la malnutrition infantile dans le district sanitaire de Kélo

Dans la commune de Kélo, les pratiques socioculturelles conditionnent les manières de pensées des personnes vivantes dans la localité. Pour la communauté, il existe d'autres causes négligeables qui sont à l'origine de la malnutrition des individus et surtout celles des enfants. Ces causes sont : les conflits entre les familles, les malédictions, la traversée de l'enfant, le non-respect des normes culturelles.

#### III.2.2.1 Les conflits entre les familles

Dans la ville de Kélo, les conflits dans certaines familles sont souvent sources de cause qui engendrent des malédictions au sein de la communauté. Ces conflits sont généralement causés d'un certain nombre de mal compréhension grave d'un enfant ou d'une autre personne qui n'a pas plu à l'autre famille et celle-ci décide donc de faire les remèdes pour se venger. La déclaration suivante confirme cet état du fait :

*Je me suis marié avec une fille d'un village voisin et dans le passé paraît que notre village a eu de mésentente avec le village de ma femme et ses parent ne sont pas d'accord avec notre mariage et depuis lors que mon fils est arrivé au monde il est*

*toujours malade il fait la diarrhée il ne prend jamais du poids* (Propos de Soukasia André du 17 Octobre 2022 à kélo).

Dans certaines familles les jeunes ne tiennent pas compte de se renseigner auprès des personnes âgées pour le choix d'époux ou d'épouse et cela amène une mésentente entre les jeunes et les aînés du fait qu'ils ne sont pas au courant de leur choix et le mariage fini souvent sans la bénédiction de ces deux familles. Dans cette perspective qu'un informateur déclare :

*Dans ma communauté Moundang le garçon ou la fille entre temps n'a pas intérêt de se marier à une autre ethnie et tu n'as pas le droit de faire ton choix à seul si tu le fait sans l'accord des parents quand vous aller donné naissance vos enfants seront toujours malade et finiront par mourir, cela se passe avec l'une des filles de mon oncle* (Entretien du 22 Septembre 2022 avec Biansoumbé en face de sud voyage à kélo).

### **III.2.2.2 La traverse de l'enfant**

Dans la conception locale, le fait qu'une femme accouche, tombe enceinte alors qu'elle allaite encore est souvent vu d'un mauvais œil par les populations. On dit dès lors que le père a traversé son enfant ; et si c'est une femme célibataire qui a eu des rapports avec un autre homme qui ne pas le père de son enfant, on dit qu'elle a traversé son enfant. De ce fait, dans les comportements culturels, les parents préfèrent dormir avec l'enfant sur le même lit et est généralement placé au milieu. Et parfois le père va d'un côté lit à l'autre côté lit, il traverse son enfant et partent de cela il est trop facile que l'enfant peut tomber malade. Notons aussi que le fait qu'une femme entretienne des rapports sexuels avec un autre homme est également considéré comme la traversée de l'enfant dans la mesure où ; la femme ne doit pas de rapports quand son enfant prend encore le lait maternel car, l'acte posé gêne le lait et il ne sera plus riche et bénéfique pour l'enfant.

En effet, dans la pensée de la population kéloise, l'on pense que le spermatozoïde affecte la qualité du lait que consomme l'enfant. Nous pensons de cette analyse que dans le construit populaire local, ce liquide se retrouverait dans le lait maternel. Pendant notre entretien sur le terrain avec une informatrice elle nous fait comprendre que sa fille se trouve dans cet état du fait qu'elle a pris une grossesse sur sa fille qui tête encore en voici ses propos : « *Ma fille est malade aujourd'hui parce que j'ai eu une autre grossesse sur elle* » (Entretien avec madame Fatimé Zara, du 19/09/2022 au district sanitaire de Kélo.)

### **III.2.2.3 La malédiction**

De la même façon que la traversée de l'enfant, les discours sociaux permettent aux populations de croire que les actes posés par une tierce personne peuvent provoquer des

malédiction sur la famille et la descendance. De ce fait, tout acte malheureux qui touche une famille est considéré comme une malédiction, un sortilège qu'on aurait lancé à la famille et à la progéniture pour les punir de n'avoir pas mis en pratique les règles érigées par la société. Ceci dit, tous ces malheurs sont interprétés par les populations comme conséquences d'un acte volontaire posé par un membre de la famille. Les propos de notre informateur lors de notre entretien confirment :

*Dans la communauté Marba, il est interdit à une femme de voler quand elle est enceinte. Si elle le fait entant enceinte dès que la femme accouche il sera toujours malade et ne prendra jamais le poids ni la forme tant qu'elle ne dise pas qu'elle a volé tel tric ou telle chose dans le champ d'une personne*

Nous pouvons comprendre par le propos de notre informatrice que les actes que pose les parents sont parfois sources des malédiction et voir même source des maladies liés aux enfants.

#### **III.2.2.4 Le malheur**

La dimension du malheur est évoquée par les victimes, les proches de victimes et même les thérapeutes traditionnels pour qualifier la malnutrition. A cet effet, les informateurs pensent que la malnutrition est une malchance. C'est ce qui sort du propos du père de la victime suivant : « *c'est un malheur pour tout être vivant* » (Entretien avec Antoine , le 10/09/2022 au district sanitaire de Kélo). Pour ce père de la victime, la malnutrition est un malheur pour l'être vivant en ce sens que c'est quelque chose que l'on ne provoque pas, ne cherche pas, n'achète pas au marché comme un article, ce qu'on n'élève pas, mais un malheur qui peut frapper l'être vivant au même titre que la mort qu'on ne s'attend pas à ça.

Pour souligner la dimension du malheur dans le même ordre d'idée, une mère présente ce phénomène comme pas catholique, car l'Homme peut bien se nourrir à la maison, mais il peut être malnutri. Cet acte est considéré comme un malheur ou une malchance. Elle prend son cas pour soutenir cette thèse en ce sens : « *Je nourri bien mes enfants à la maison mais mes enfants sont toujours malnutri, et je trouve cela comme un malheur* » (Laïla , le 20/10/2022 au district sanitaire de Kélo).

Cette mère nous présente la malnutrition en tant que malheur dans la mesure où il peut rencontrer un être humain même s'il est bien nourri. Pour elle, que l'homme se trouve dans un confort sécurisé ou pas, si le malheur veut le frapper, il va se rencontrer.

### III.3 LES DIFFERENTES FORMES DE LA MALNUTRITION

Les données recueillies pendant notre recherche et auprès des informateurs nous font comprendre qu'il existe trois types de malnutrition au sein du district sanitaire de kélo. Dans un premier temps, la malnutrition se traduit par un déséquilibre entre les apports en éléments nutritifs et les besoins de l'organisme. Quand ces apports sont insuffisants, l'organisme s'affaiblit. La graisse disparaît en premier, puis les muscles fondent peu à peu. La malnutrition peut aussi être le résultat d'un excès d'un ou plusieurs nutriments essentiels, pendant une période prolongée. Au sein de l'ONU, les deux agences qui prennent en charge la malnutrition sont l'Unicef et le Programme Alimentaire Mondial (PAM). L'Unicef est mandaté pour prendre plus particulièrement en charge la malnutrition aiguë sévère et le PAM la malnutrition chronique (bien que l'Unicef ait un dispositif de réponse pour cette forme de malnutrition) et aiguë modérée. Il existe deux grandes formes de malnutrition : la malnutrition aiguë et la malnutrition chronique.

#### III.3.1 La malnutrition aiguë

Selon L'UNICEF(2011), 20 millions d'enfants sont atteints par cette forme de malnutrition dans le monde. Elle se détecte lorsqu'on évalue le rapport Poids / Taille. Signe extérieur : « Il est trop maigre ». Prévalence importante entre 0 et 24 mois. La malnutrition aiguë se développe rapidement, en lien avec une situation ponctuelle de manque ou de manques répétés (période de soudure, épidémie sévère, changement soudain ou répété dans le régime alimentaire, conflit...). La malnutrition la plus dangereuse et celle de la malnutrition aiguë.

Dans cet item, il ressort que la plupart de nos enquêtés disent que la malnutrition est une maladie due à la carence de vitamine et le manque d'hygiène. D'où les propos de cet informateur: « *La malnutrition c'est une maladie qui est due à la carence en vitamine et le manque d'hygiène, cela raison pour laquelle beaucoup d'enfant meure suite à cette maladie* » (Saballa, le 7/9/2022 au sein de district sanitaire de Kélo).

Mettant l'accent sur l'aspect nutritionnelle, ce dernier trouve que la malnutrition est due au manque des aliments nutritifs qui peuvent renforcer l'organisme en protéine ou en lipide pour un bon fonctionnement du corps, non seulement ça, il met aussi l'accent sur l'aspect environnemental qui joue un rôle important dans l'hygiène alimentaire.

Une mère d'une victime partage l'idée selon laquelle le manque de moyen nutritionnel est vu étiologie de la maladie en ces termes :

*Ma fille est couchée sur le lit aujourd'hui parce que j'ai pas le moyen pour lui satisfaire pour trouve de quoi à manger à la maison même ne pas chose facile pour*

*moi, d'ailleurs elle ne pas le seul enfant ils sont cinq à ma charge leur papa ne se dérange pas du tout ce moi qui met bat avec me bat avec le petit commerce pour leur trouver de quoi à manger au moins un repas par jour, et aujourd'hui avec ma fille ici coucher le médecin dit qu'elle n'a pas le sang et que cela est due au manque d'aliment de qualité en vitamine je ne sais quoi dire seul Dieu peut me venir en aide »(Entretien du 10/9/2022 avec SARMI au sein de district sanitaire de Kélo.)*

Partant sur l'idée selon laquelle la malnutrition aiguë est liée au manque des aliments en vitamine et la condition d'hygiène qui peut causer cela un corps soignant nous fait entendre les propos suivant :

*L'origine de la mort de plusieurs victimes d'enfants est dit à la malnutrition aiguë qui attaque les enfants sous forme de palu et si les parents ne réagissent pas le plutôt possible l'enfant entre immédiatement sous l'anémie puisque son humanitaire est faible il n'a plus d'énergie ni de vitamine en lui pour y résisté alors l'enfant peut facilement perdre la vie (Entretien du 20/9/2022 avec Fana infirmière au sein de l'hôpital de Kélo).*

En ce qui ressort de ces propos une compréhension selon laquelle, la malnutrition à plusieurs formes qui peuvent faire des victimes d'une part et d'autres parts, il y'a d'autres formes de malnutrition qui ne sont pas assez graves pour la vie des enfants en particulier.

### **III.3.2 La malnutrition aiguë modérée (MAM)**

La malnutrition aiguë modérée se caractérise par une perte de poids modérée. La réponse de l'Unicef : Alimentation à base de produits de farine (80% de maïs et 20% de soja), enrichie en minéraux et vitamines. Pour les cas de malnutrition aiguë modérée, l'hospitalisation n'est pas nécessaire

### **III.3.3 La malnutrition aiguë sévère (MAS)**

La malnutrition aiguë sévère se caractérise par une perte de poids très importante. Un enfant dont la circonférence du bras est inférieure à 111 mm (mesuré grâce au bracelet brachial) a de fortes chances d'être atteint de malnutrition aiguë sévère. La malnutrition aiguë sévère est responsable de la plupart des décès d'enfants de moins de 5 ans dans le monde. Elle fait l'objet d'une urgence médicale et nécessite une prise en charge rapide et efficace. Comme dans les cas de malnutrition chronique, l'enfant atteint de malnutrition aiguë est confronté à un très grand risque de maladies (diarrhées, paludisme...) et de mortalité. Parmi les formes de malnutrition aiguë, deux types sont d'une extrême gravité.

#### **III.3.3.1 Le marasme**

L'enfant ne reçoit pas assez de nourriture, ainsi il ne grossit plus, mais il maigrit de point de ne voir que la peau et les os. Cet état peut être dû à une carence en macro nutriments ou être

consécutif à une infection. L'enfant qui est atteint de marasme perd du poids de façon évidente. Ses côtes et ses zygomatiques<sup>1</sup> sont proéminents et ses articulations très apparentes. Il présente une fonte pratiquement plus de graisse sous cutanée. La peau fine et atrophique présente de nombreux plis. L'aspect fripé de face donne à l'enfant l'aspect d'un vieillard.

**Photo 4 : Photo d'un enfant atteint de marasme**



**Source** : Soumla Samayassou Bienvenu 10 octobre 2022 au district sanitaire de Kélo

Sur cette image, nous avons un enfant atteint de l'une des formes de malnutrition aiguë sévère qui est le marasme. Sur cette image nous voyons l'enfant est maigre, la peau flétrie et tacheté, il a même la peine de fermer sa bouche ses dents sont dehors, cela prouve le manque d'énergie et en protéine dans l'organisme de l'enfant.

### III.3.3.2 La kwashiorkor

Pour le cas de kwashiorkor, l'apparition d'œdèmes, notamment sur les pieds et le visage. La réponse de l'Unicef : Des formules à base de lait tel que le F100<sup>2</sup> ou F75<sup>3</sup> permettent une récupération nutritionnelle efficace grâce à leur forte teneur en protéines et nutriments. La malnutrition aiguë sévère exige une consultation pour diagnostic de l'enfant en centre nutritionnel. L'hospitalisation est rendue obligatoire dans les cas de malnutrition aiguë sévère avec complications médicales (infections de toute nature). S'il n'y a aucune complication médicale, l'enfant peut être pris en charge au sein du foyer familial, en s'alimentant tous les jours d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi du type Plumpy'Nut,<sup>4</sup> qui permettent de combler

<sup>1</sup> Muscle de la pommette de la joue, qui se contracte notamment lorsqu'une personne rit ou sourit.

<sup>2</sup> F100 : est un lait pour la phase de réhabilitation nutritionnelle du traitement de la MAS, selon OMS.

<sup>3</sup> F75 : est le lait thérapeutique qui a été spécialement conçu pour la phase de stabilisation des personnes souffrant de malnutrition aiguë sévère en hospitalisation.

<sup>4</sup> Plumpy'Nut : est un produit dédié à la réhabilitation nutritionnelle des enfants de 0 à 6 mois atteints de la malnutrition.

les besoins journaliers de l'enfant en micronutriments très rapidement (environ 5 semaines). Chaque semaine, un suivi de l'état nutritionnel de l'enfant est effectué en centre nutritionnel. C'est à ce moment-là que les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi sont fournis aux familles pour le reste de la semaine.

**Photo 5:** Image de plumpy'Nut



**Source :** Unicef (2014)

Sur cette image nous avons un paquet de plumpy'nut qui permettent de combler les besoins journaliers de l'enfant en micronutriments très rapidement environ 5 semaines pour le renforcement en énergie à l'enfant souffrant de la malnutrition sous forme de kwashiorkor.

**Photo 6 :** photo d'un enfant atteint de kwashiorkor



**Source :** Soumla Samayassou Bienvenu le 08 Septembre 2022 au district sanitaire de Kélo

Nous avons sur cette image un enfant couche sur une table, l'enfant souffre de la malnutrition sous la forme kwashiorkor, sur le corps de l'enfant nous observons de plaies sous forme de brûlure et cela a rendu le corps de l'enfant avec des taches.

### **III.3.3.3 Les formes mixtes ou kwashiorkor-marasmique**

Les enfants qui sont souvent touchés par le kwashiorkor-marasmique sont à la fois amaigris et gonflés d'œdèmes. Cette forme clinique de la malnutrition combine les caractéristiques cliniques de marasme et de la kwashiorkor : un retard de croissance sévère à la fois pondéral et statural, la présence d'œdèmes, une perte de tissus musculaires et la graisse sous-cutanée, des lésions cutanées plus ou moins importantes, la ration alimentaire est à la fois insuffisante et déséquilibrée.

### **III.3.3.4 La malnutrition chronique**

Plus de 55 millions d'enfants sont atteints par cette forme de malnutrition dans le monde. Elle se détecte lorsque l'on évalue le rapport Taille / Âge. Signe extérieur : « Il est petit pour son âge » Prévalence importante entre 24 et 36 mois. La malnutrition chronique se développe lentement, en lien avec une situation de pauvreté structurelle, notamment quand l'alimentation n'est pas équilibrée (exemple : ne manger que des céréales, sans autres aliments, peut provoquer un état de malnutrition chronique). Si un enfant est atteint de malnutrition chronique pendant une période prolongée, il souffrira rapidement d'un retard de croissance, en comparaison à un autre enfant de son âge. Ses défenses immunitaires sont très affaiblies, et de ce fait, il est davantage confronté aux risques de maladies telles que : la diarrhée, paludisme, tuberculose, les infections et bien d'autres (Unicef Août 2011).

## **III.4 LES REPRESENTATIONS SOCIO-CULTURELLES DE LA MALNUTRITION**

Ici, il s'agit de voir comment les personnels de santé moderne représentent la malnutrition d'une part et d'autre part la représentation que se font la population du district sanitaire de Kélo et les tradipraticiens. Le concept de la malnutrition se représente par les individus de plusieurs manières. Pour certains personnels de santé, des proches de victimes ou des thérapeutiques traditionnels, chacun d'eux représente la malnutrition en fonction de son domaine ou faculté de compréhension de ce concept.

### **III.4.1 La malnutrition comme une sous-alimentation**

La dimension sous-alimentation est utilisée ici dans le sens qu'au niveau de la communauté tout comme pour les personnels de la santé ne manquent pas d'évoquer ce vocable quand il s'agit de parler de la malnutrition. Le propos de Messier Lazard pédiatre au sein de district sanitaire de Kélo nous renseigne en ces termes :

*Pour moi la sous –alimentation ou encore sous-nutrition est un état de manque important de nourriture caractérisé par un rapport alimentaire insuffisant pour combler les dépenses énergétiques journalières d'un individu et entraînant des carences nutritionnelles .Chez l'être humain, la sous-nutrition prolongée entraine*

*des dommages irréversibles aux organes et, finalement la mort* (Entretien du 17 /10/2022 avec Lazard pédiatre au sein du district sanitaire de Kélo.)

Ce pédiatre représente la sous- alimentation comme un phénomène lié au manque des aliments en apport suffisant pour aider l'organisme à bien fonctionner en cas de manque de ses énergies. Le pédiatre nous fait comprendre qu'il y'aura un dommage irréversible qui ne d'autre que la mort.

La sous-alimentation est vue dans la communauté kéloise comme un manque en alimentation. Elle cause trop de la perte en vie humaine. Un parent d'une victime parle de la sous-alimentation comme suit : « *la sous-alimentation est un phénomène dangereux lié au manque des aliments de bonnes qualités et ce manque dans le corps de l'humain tue presque toujours quand une personne est victime* » (Entretien avec Bougidang David Etudiant, le 16/09/2021 à Kélo). Ce parent parle de la dimension dangereuse de la sous-alimentation en mettant l'accent sur le manque que cette dernière cause lorsqu'elle en manque à une personne dans l'organisme. Partageant l'idée de la dimension sous-alimentaire qui cause la malnutrition, un proche d'une victime utilise plusieurs mots pour qualifier cette dernière en ces termes :

*Il n'y a pas un phénomène compliqué comme la sous-alimentation. Nous constatons que la sous-alimentation est un danger pour l'être vivant. C'est un malheur pour tout être vivant. Elle ne sera jamais comparé à une autre maladie car si un être est mal nourri les autres maladies s'installe facilement dans l'organisme humain* (Entretien avec Avineto Junior commerçant, le 26/09/2022 à Kélo).

Cet informateur représente la malnutrition sous l'aspect d'une sous-alimentation qui est liée au manque des aliments de bonne qualité qui peut produire des énergies, car le manque de cela permet à d'autres maladies s'y installer.

#### **III.4.2 La malnutrition comme pauvreté**

La malnutrition est souvent perçue comme un signe de pauvreté. Beau nombre de nos informateurs orientent leurs propos dans ce sens. Un de nos informateurs nous dit ceci :

*Il est vraiment difficile pour moi de joindre le deux bout dans mon ménage, car la terre est devenue pauvre, je n'ai pas un bon rendement pour aider ou nourrir normalement ma famille, si j'avais les moyens je pouvais acheter des denrées comme le mille, le riz et bien d'autres aliments pour ma famille mais hélas la pauvreté a pris le déçu* (Entretien avec Kadorom cultivateur, du 17 /10/2022 au quartier Hindina).

Un père d'un enfant présent à l'hôpital partage l'idée selon laquelle les enfants malnutris sont ici des enfants de familles pauvre, et nous dit ceci en ce terme : « *Nous qualifions les*

*enfants malnutris dans notre communauté comme les enfants de la famille pauvre et ce sont des enfants des parents irresponsables ». (Entretien avec Moustapha commerçant, le 23/09/2022 au parc de voyage de Kélo.)*

Nous comprenons dans ce propos de ce parent, pour lui et sa communauté si un enfant souffre de la malnutrition la responsabilité incombé aux parents et cela se traduit par la pauvreté cela la conception de sa communauté.

### **III.4.3 La malnutrition et niveau d'instruction des parents**

La dimension de la malnutrition est perçue comme un niveau d'instruction et évoquée par les parents d'enfants victime ainsi que les personnels de la santé. Les informateurs nous disent que la malnutrition des enfants est liée à l'éducation des parents, car dit-elles si les parents sont bien instruit il n'aura pas assez de problème de malnutrition d'enfants. Ces propos de corps de la santé confirme l'idée :

*Au niveau de district de Kélo quand nous recevons les parents surtout les mères nous avons un sérieux problème avec eux au niveau de compréhension car beaucoup d'entre elles ont de difficultés à s'exprimer en français nous sommes obligées à faire recours à un traducteur et la déjà y a un problème, et quand nous donnons de conseils sur la question nutritionnelle des enfants ces femmes ont de la peine de mettre en pratique nos conseils (Entretien avec Dr .Djerakoula médecin chef de l'hôpital de Kélo, du 17/10/20022.)*

Ce médecin nous présente le manque d'instruction en milieu féminin qui constitue l'une des causes de la malnutrition. Etant moins instruites, les mères d'enfants peuvent pas choisir de bons aliments en terme de valeur nutritionnel.

### **III.4.3 Les représentations culturelles de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo**

Pour comprendre les raisons de recours au soin dans le district sanitaire de Kélo pour le traitement des victimes de la malnutrition, il nous faut d'abord comprendre les conceptions de cette communauté des appellations de la malnutrition, des représentations culturelles de la malnutrition et des représentations culturelles de types de malnutrition.

Suivant la culture Zimé, la malnutrition est représentée des diverses manières. Selon les données issues du terrain, plusieurs discours sont tenus pour représenter la malnutrition. Pour certains enquêtés, la malnutrition est représentée comme une maladie. C'est par exemple ce qui sort du propos d'une mère de victime en ces sens : « *La malnutrition est représentée comme une maladie* » (Entretien du 23 /09/2022 au district sanitaire de Kélo). Pour cette maman, la malnutrition est considérée comme une maladie dans la mesure où elle menace, elle tue et elle

fait appel à la société de venir en aide à la personne victime. Pour elle, cette maladie est considérée comme quelque chose d'anormal dans la communauté et que la communauté doit chercher à savoir, à connaître et soigner la victime.

Chez les Zimé de Kélo, la malnutrition est représentée comme un danger de mort. Elle est dangereuse du fait qu'elle tue les êtres humains. Le discours du tradithérapeute, monsieur Alphonse nous présente la malnutrition comme quelque chose qui tue, comme un danger de mort. Il relate le propos suivant : « *Si un enfant souffre de la malnutrition est que les parents ne prennent pas vite soin de lui, cela peut le tuer. C'est déjà un danger de mort* » (Entretien avec Alphonse, du 15 /09/2022 à Kélo au quartier Mory). Ce tradithérapeute nous présente la malnutrition comme un danger de mort, une tuerie. Pour lui, quand la malnutrition attaque quelqu'un c'est de la mort et non une maladie comme l'a exprimé l'informatrice précédente.

D'après les informateurs, la malnutrition est un phénomène dangereux que la prise en charge devrait être très rapide pour lever les urgences de ce danger. A ce propos une aide-soignante madame Félicité souligne le fait que la malnutrition est un danger et une urgence en ce termes : « *La malnutrition c'est un phénomène très dangereux, c'est dangereux, c'est vraiment dangereux qu'il ne faut pas négliger. C'est vraiment une urgence* » (Félicité, le 20/09/2022 à l'hôpital de district de Kélo). Pour cette aide-soignante qui ne s'éloigne pas trop de l'idée du tradithérapeute précédent, présente la malnutrition comme un danger. Elle conseille que lorsque les symptômes se présentent, il faut que la prise en charge de la victime soit rapide, car une victime de malnutrition est dans une situation d'extrême urgence. Pour elle, la victime de malnutrition est en danger donc il faut chercher à l'emmener dans un centre de prise en charge thérapeutique.

En outre, dans cette même communauté, la malnutrition est appréhendée comme un malheur qui a frappé un être humain. Pour eux, c'est quelque chose que l'on ne s'attend pas à ça, ce n'est pas un acte prémédité, mais un accident ou un malheur qui peut arriver à tout le monde. C'est ce qui laisse dire une tradipraticienne madame Laguirane Céline à exprimer ses propos en ces termes : « *C'est un malheur qui frappe un être humain qui est bien portant, ou qui vit dans un milieu difficile (...). La malnutrition s'elle attaque une personne, vous qui le voyez c'est vraiment malheureux, c'est une personne morte* » (Entretien avec, du 17/10/2022 au district sanitaire de Kélo). Cette tradipraticienne ne s'éloigne pas de son collègue Alphonse pour présenter la malnutrition comme un malheur et une mort. Pour elle, la présence de la malnutrition est un malheur qui frappe un être humain qui ne s'attendait pas à cet accident. La personne victime de la malnutrition n'a pas cherché à être atteinte par la maladie, mais c'est une

volonté de Dieu que cet accident se produit. Elle nous renseigne qu'une personne victime de la malnutrition est une personne malheureuse, car la malnutrition rend faible l'homme et fait d'énorme perte en vie humaine. Une personne victime de malnutrition est vue par la communauté comme une personne qui est dépourvue de tout, un malheureux parmi les autres dans la communauté.

Pour les professionnels de santé interrogés à ce sujet, la malnutrition est un phénomène lié à une sous-alimentation ou elle est aussi liée aux conditions telles que : la pauvreté, la mauvaise hygiène et le conflit et tant que l'homme fait face à toutes ces seulement cela est considéré comme un danger que l'homme fait face. A ce sujet, l'infirmière généraliste madame Fana tient le propos suivant : « *La malnutrition est une maladie qui est beaucoup plus liée à une sous-alimentation ou aux conditions d'hygiène environnementales* » (Fana, le 24/09/2022 à l'hôpital de district de Kélo). Pour cette professionnelle de la santé, la malnutrition est une préoccupation pour l'homme qu'il faut chercher par tout le moyen pour y faire face malgré les conditions de vie. D'après elle et comme ses prédécesseurs, la malnutrition n'est autre chose que le malheur liée à la pauvreté qui frappe une personne.

Au regard de tout ce qui précède, les données du terrain laissent transparaître une multitude de représentations culturelles de malnutrition dans la communauté du district sanitaire de Kélo. Pour cette communauté, la malnutrition représente tout est un danger pour l'être humain. L'on peut retenir de ces discours tenus par la population que la malnutrition est comparable à tout autre phénomène, c'est une maladie comme toutes autres, mais elle est un danger mortel, c'est une souffrance, c'est quelque chose qui fait peur à toute l'humanité.

#### **III.4.4.1 Les représentations culturelles de la victime de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo**

Selon les informateurs rencontrés sur le terrain, la personne victime de la malnutrition est représentée comme toute autre personne malade du paludisme, de maux de tête, de la diarrhée, de maux etc. Le malnutri est une personne en situation de l'empathie. C'est une personne qu'on a pitié d'elle ou qui fait de la pitié. Elle est vue comme une personne sans avenir. A ce sujet monsieur Dieudonné le tradipraticien présente la victime de la malnutrition par ce propos : « *mais on a pitié de lui parce que nous savons que c'est un pauvre qui ne trouve de quoi à manger. Il ne pas compter comme un être humain il est négligé par la communauté.* » (Entretien avec Dieudonné, le 25/09/2022 à Kélo au quartier Dogou). Pour parler de la représentation culturelle de la personne victime de la malnutrition, ce tradithérapeute la représente comme une

personne qui fait pitié ou qui est emphatique dans la mesure où cette dernière est vue comme une moribonde. Pour présenter la situation moribonde d'une victime de malnutrition, il utilise les champs lexicaux qui sont la pitié, la pauvreté pour désigner une victime de la malnutrition. C'est pour dire que dans cette culture, lorsqu'une personne atteint de la malnutrition, elle est considérée comme une personne pauvre qui fait de la pitié au sein de la communauté.

La personne victime de la malnutrition est définie comme tout autre malade dans la communauté. C'est une personne souffrante d'un mal qu'il faut chercher à la soigner de toutes les façons. A cet effet, une personne victime de la malnutrition n'est pas vue comme un cas de malédiction ou transgression d'interdit, mais comme la volonté divine. C'est ce qui fait dire cet homme de Dieu comme suit : *« C'est d'abord la volonté de Dieu, donc une femme, un homme, un enfant, un adulte, un riche, un pauvre tous sont victimes et concernés par la malnutrition. C'est la volonté de Dieu seulement donc la victime est représentée comme tous les autres malades dans la communauté »* (Entretien avec le Pasteur Etienne le 16/10/2022 au district sanitaire de Kélo.). Ce pasteur nous présente tout d'abord la victime de la malnutrition comme une volonté divine qui s'est réalisée sur cette dernière. Pour lui, la malnutrition ne concerne pas une catégorie précise d'individus, mais tout le monde peut être atteint que ce soit un homme, une femme, un enfant, un garçon, une fille. Donc selon son propos, la victime de la malnutrition est représentée comme toute personne malade dans la communauté qu'il faut la prendre en soin afin de recouvrer la santé. Selon sa logique, l'on ne doit pas coller une autre étiquette à la malnutrition, mais c'est un acte naturel.

Pour certains personnels de la santé moderne, la victime de la malnutrition est vue comme une personne qui a été surprise par cette maladie. Une personne surprise parce qu'elle ne s'attendait pas à être malade. C'est ce qui sort du propos de l'aide-soignante madame Félicité : *« Oui, moi, quand je reçois le cas pareil comme ça, la première de chose qui vient dans ma tête, c'est comme une surprise pour cette personne. Donc cette personne innocente qui se retrouvait face d'une situation qu'elle ne s'attendait pas »* (Félicité, le 19/09/2022 à l'hôpital de district de Kélo).

Cette aide-soignante nous présente une victime de la malnutrition comme une personne innocente qui a été surprise par un phénomène. Elle présente une victime de morsure de serpent comme une personne accidentelle en utilisant le terme innocente qui renvoie ici à quelque chose qu'on ne s'attend pas à ça.

Au regard de ce qui précède, il s'observe que la victime de la malnutrition est représenté dans le district sanitaire de Kélo de plusieurs manières selon les acteurs interrogés sur le terrain.

Il ressort de cette analyse que la victime de la malnutrition est représentée au même titre que tous les autres patients, mais avec quelques regards différents à cause de son état de vulnérabilité.

### **III.5 LA CONNAISSANCE DE LA MALNUTRITION**

Pour avoir de compréhension en ce qui concerne la malnutrition sur le construit social par la population, nous avons jugé important de nous rassurer que les populations, les parents d'enfants, les personnels de la santé, les thérapeutes savent de quoi nous mené notre recherche.

#### **III.5.1 La connaissance de la malnutrition par les personnels de la santé**

Cette connaissance au tour de la malnutrition a été donnée par des professionnels de la santé. Pour eux, l'on peut souffrir de la malnutrition si l'alimentation ne comprend la quantité de sels minéraux, de glucides, de protéides et de vitamines recommandées pour la nutrition. « *Comme cause nous avons la mauvaise alimentation de l'enfant : l'enfant ne mange pas cinq étoiles, la quantité n'est pas respectée. On note également les maladies telles que la diarrhée qui sont causes de la malnutrition de l'enfant* » (Entretien avec Madame Féli, infirmière le 20 Septembre 2022 au sein de l'hôpital central de Kélo). Pour cette infirmière la cause de la malnutrition des enfants est liée à la mauvaise alimentation de ces derniers et cela cause qui surgit d'autre maladie chez l'enfant. Dans le même ordre d'idée un personnel de la santé nous dit encore ceci en ce qui concerne les causes de la malnutrition chez les enfants en ce propos :

*Soulignons que les causes sont beaucoup liées à la mauvaise alimentation : par la quantité et la qualité. Manque des trois groupes d'aliments : déficit en protéines (kwashiorkor), déficit quantitatif (marasme) : les grossesses rapprochées à trois mois de la récente grossesse, la mère tombe de nouveau enceinte et cela plonge l'enfant dans un sevrage brusque car il ne peut plus téter normalement. Nous notons aussi les maladies : l'enfant étant malade perd l'appétit, l'ignorance des parents ; la mauvaise cuisson des aliments* (Entretien avec Dr Houngui Liryma, 19 Septembre 2022, district sanitaire de Kélo).

Nous pouvons comprendre par ces propos de ce corps soignant que les causes de la malnutrition bien que liée à l'alimentation l'ignorance de certains parents et aussi l'une cause car le manque de l'espacement de naissance joue négativement sur la croissance de l'enfant surtout quand l'enfant n'atteint pas l'âge de sevrage.

Notons aussi que, les mauvaises pratiques d'hygiène et des certaines maladies sont aussi l'une de l'origine de la malnutrition des enfants à l'âge préscolaire ; lesquelles viennent s'ajouter à la mauvaise alimentation sur cet un autre corps de la santé nous dit ceci : « *La mauvaise alimentation, les apports énergétiques ne sont pas respectés. Les maladies telles que la diarrhée,*

*le palu, la tuberculose, les mauvaises pratiques d'hygiène sont des causes de la malnutrition.*»(Entretien avec Fatou infirmière, le 20 Octobre 2022, au sein de district de Kélo).

En écoutant le propos de cette infirmière, sur l'aspect alimentation il faut que les parents tiennent compte sur la qualité des aliments énergétiques tout en respectant l'hygiène afin d'éviter d'autres maladies.

### **III.5.2 La connaissance populaire de la malnutrition**

Dans cette partie il sera question des différents regards en ce qui concerne la malnutrition chez les populations Kéloise. De ce fait, les parents ont une vision exceptionnelle du concept de malnutrition et cette particularité va au-delà de la compréhension de l'homme.

Ainsi, il y a certains parents ou personnes qui soutiennent que la malnutrition est une maladie qui survient grâce à un sort jeté, une punition pour l'avoir désobéi, ou pour avoir posé un acte qui va à l'encontre des règles établies par la famille ou la culture de cette famille, pour la connaissance de la malnutrition populaire une jeune mère nous laisse ces propos en ce sens : *«Bon en réalité je ne connais pas vraiment très bien qu'il s'agit d'une maladie liée à l'alimentation c'est quand nous étions arrivés ici que les personnels nous ont fait comprendre que c'est une maladie de la famine, sinon étant au village nous avons cru que cette maladie était liée à la sorcellerie puisque ma fille n'avait plus le poids ni la forme il avait les yeux pâles* »(Entretien avec Bienvenue, le 12 Septembre 2022). En partageant l'idée dans le sens de sorcellerie, un certain nombre de parents disent que la malnutrition est comprise comme un mysticisme qui est parfois l'œuvre d'une malédiction c'est d'ailleurs le propos de ce père de famille : *« En venant avec mon enfant ici à l'hôpital pour moi j'avais dans ma tête que c'était les sorciers qui me veulent du mal à ma fille rien de plus »* (Entretien avec Adoum Dieudonné, 15 Septembre 2022 au sein du district de Kélo. »

D'autres pensent que la malnutrition est liée à une mauvaise alimentation car l'enfant n'est pas souvent bien nourri par ses parents, l'enfant ne peut que être malade, il y a aussi une cause qui est le sevrage précoce. Ils disent aussi que la situation financière des certains parents, le règlement de compte, la sorcellerie, la haine sont à l'origine de la malnutrition chez les enfants et surtout dans notre communauté Lélé.

*Regarde l'enfant de mon petit frère par exemple nous n'avons pas trop à dire vous-même vous pouvez déjà imaginer notre sort, nous sommes d'une famille pauvre et la terre ne plus fertile comme avant, donc pour trouver à manger ne pas chose facile au sein de notre famille, voilà pourquoi l'enfant est mal nourri* (Entretien du 26 Septembre 2022 avec JUSTIN au district de Kélo).

### III.5.3 La connaissance de la malnutrition chez les tradithérapeutes

D'après les tradipraticiens, la malnutrition est liée à plusieurs aspects. Elle peut être due au non-respect des valeurs établies par une communauté telles que les interdits alimentaires liés aux enfants pour leurs croissances. Les tradipraticiens disent aussi que la malnutrition est liée au non-respect d'espacement de naissance au sein de leur famille. « *Quand nous disons aux parents d'enfants de respecter des valeurs établies par la communauté car cela peut jouer sur leurs enfants ils ne nous comprennent pas et aussi il y'a certains nourritures de la forêt qu'il faut éviter de donner aux enfants* » (Entretien avec Lamoné Susanne du 15/10/2022).

## III.6 LES CATEGORIES DE PERSONNES DEVANT TOUCHÉES PAR LA MALNUTRITION

Il ressort dans cet item que la plupart de nos enquêtés au sein de la localité estiment que c'est les enfants qui doivent être exposés à la malnutrition. Pour eux, la malnutrition est une maladie liée aux aliments nutritifs donc la grande partie des enfants ont un certains nombres des difficultés de s'en procurer comme les adultes. Ce propos confirme :

*Laisse-moi vous dire cher petit frère, permettez-moi de vous appeler comme ça, dans la ville de Kélo avec ses environnants, les personnes les plus touchés par cette maladie c'est sont les enfants, car les enfants ne trouvent pas des bons aliments ils sont mal nourris il y'a pas une bonne équilibrage des aliments qu'ils en consomment au sein du ménage* (Entretien du 29/09/2022 avec GAIDIMGUE cultivateur à Kélo).

Pendant notre discussion un au sein de l'hôpital, un garde malade déclare : «*Dans ma communauté et précisément dans mon village Zagobo la malnutrition ne pas héréditaire n'importe qui peut être souffrant de la malnutrition s'il est mal nourri*» (Entretien avec le père de JUNIOR du 26/9/2022).

### III.6.1 Les tabous alimentaires liés à la nutrition des enfants

L'influence de la religion sur l'état nutritionnel de l'enfant découle du fait que certaines religions interdisent la consommation de certains aliments qui contiennent des éléments nutritifs très riches. Pour notre travail, la majorité de nos participantes est musulmane et la minorité est chrétienne. Des études ont montrées le poids positif de la religion chrétienne sur des mères sur l'état nutritionnel de leurs enfants (Ntsame, 1991) parce qu'elles font plus recours à la médecine occidentale que leurs homologues musulmanes. Cela confirme le fait qu'on retrouve 40% des enfants musulmans malnutris chez les musulmans (Noumbissi, 1996 ; Akoto, 1993). De ce fait, on pense que la religion peut influencer les comportements nutritionnels des fidèles (Latham, 2001).

Certains tabous sont liés parfois au mode de sevrage, la majorité de nos participants

disent que l'arrêt de l'allaitement au sein se fait à partir de deux ans mais quand la mère tombe enceinte, elle sevré l'enfant. Ces résultats concordent avec les propos suivants : « *Selon ma croyance traditionnelle, une femme enceinte ne doit pas allaiter, son lait étant considéré comme devenu mauvais du fait de son état* » (Moussa Amath du 10 Octobre 2022 à Kélo). Un autre d'ajouter : « *L'apparition d'une nouvelle grossesse entraînant un sevrage précoce peut se révéler le plus souvent néfaste pour la survie de l'enfant* » (Entretien avec Gaspar du 11/10/2022 au sein de l'hôpital).

Les parents peuvent souvent être à l'origine du mal des enfants qui ne peuvent pas bien s'alimenter avec des aliments énergétiques pour leur développement de croissance. « *Je trouve que la non considérations des règles établies par la communauté tel que : la traversée de l'enfant pose problème à l'enfant quand ses parents ont un rapport sexuels, sa mère doit immédiatement cesser l'allaitement de ce dernier.* » (Entretien avec Darnas du 26/10/2022 devant sud voyage de Kélo.)

Il faut noter que dans la localité de Kélo il est interdit des donner certains aliments aux enfants, ils estiment que cela peut jouer sur le développement physique ou mental. En plus de cela au sein de la communauté les aînés disent qu'il n'est pas bon que les enfants mangent les mêmes nourritures qu'eux. Ces propos confirment c'est que nous venons de souligner : « *Dans notre communauté un enfant ne doit pas manger la viande de brousse puisque les animaux de brousse sont pas bien pour un enfant qui ne parle pas encore* » (Entretien du 10/10/2022 avec Kalko René).

Au sein de la localité, les tabous alimentaires sont également liés à l'âge. Pour eux, un enfant qui n'a pas atteint une maturité de croissance n'a pas droit de s'alimenter avec les aliments tels que la viande de brousse qui est considérée comme une viande des aînés. C'est d'ailleurs ce qu'affirme cet informateur : « *Dans mon village morey, un enfant ne doit pas manger le serpent s'il en mange, il ne fera que ramper comme le serpent et cela peut impacter sur la marche et il ne pourra pas vite se lever* » (Entretien du 22 Septembre au sein de l'hôpital avec Koumasene Honorine). L'interdit alimentaire infantile est abordé par une autre enquêtée comme suit :

*Je me souviens ma grand-mère nous disait souvent quand elle venez chez nous quand nous donnons de l'œuf cuit à notre petit frère elle dit que c'est interdit pour un enfant que cela peut causer beaucoup de problème tel que : l'audition, et l'enfant ne pourra pas aussi vite parler même ni vite marcher que l'œuf va l'étouffer* (Entretien avec Denemadji clarisse au sein du district de Kélo).

### III.6.2 La responsabilité de la maladie des enfants

Pendant notre échange de terrain effectué auprès des personnels de la santé, les tradipraticiens, et bien d'autres personnes pour avoir les avis sur la responsabilité de la maladie des enfants d'aucun disent que la responsabilité revient avant tout aux parents et d'autres jettent le tort aux croyances culturelles.

#### III.6.2.1 Les parents

Au sein de la communauté, la faute est beaucoup plus pour les parents puis qu'il y'a un certain nombre des parents qui ne prennent pas en compte l'alimentation de leurs enfants. Pour eux ils disent que : « *Les enfants c'est Dieu qui les nourrit donc nous n'avons pas à nous inquiéter puisque nous aussi nous avons vécu la même chose et voilà aujourd'hui nous sommes en vie donc rien ne peut jouer sur les enfants* » (Entretien Kalco René au sein du district sanitaire de Kélo). Les agents de santé quant à eux, la conception des certains parents ne leurs facilite pas un bon suivi de prise en charge des enfants, ces propos confirme : « *Ce n'est pas parce que tu es né dans un état critique que tu ne dois pas prendre en compte les conseils que donne un corps soignant. Ils sont trop négligeant sur ce point et c'est qui cause d'ailleurs beaucoup de cas de décès des enfants dû à cette négligence des parents* » (Entretien avec Djerakoulah Théry médecin chef de l'hôpital de Kélo).

Bien de cela, il y'a certaines personnes qui disent que les parents ne sont pas vraiment conscients du danger qu'ils causent à leurs enfants. Normalement les parents doivent s'inquiètent des conditions alimentaires de ces derniers pour une bonne croissance pour leur développement au sein de la communauté. « *L'ignorance est un obstacle pour les parents. Ils ne se soucient de rien malgré que leurs enfants sont mal nourris et d'ailleurs c'est ce qui cause même une malnutrition avec de complication médicale telle que l'anémie* ». (Entretien du 20/10/2022 avec Félicité infirmière à la pédiatrie de Kélo).

#### III.6.2.2 Les croyances culturelles

L'homme est un élément de la culture est c'est ce qui fait de lui un membre d'une société ou d'un groupe grâce à ses valeurs qui existent au sein de cette de culture. La valeur de cette culture oblige l'homme ou un groupe à porter un regard sur ces valeurs. Les aliments consommés au sein d'une communauté dépendent non seulement de ces règles, mais l'attitude des membres de cette communauté surtout les parents. Quand un enfant souffre d'une maladie les parents ont un certain nombre des discours pour expliquer cette maladie. Beaucoup d'entre eux disent qu'une maladie ne peut pas être forcément naturelle, mais plutôt satanique voire même mystique ce le propos de c'est parent qui nous dit ceci : « *Certains parents focalisent*

*l'idée d'une maladie toujours aux pratiques mystiques ou de sorcellerie sans une consultation sanitaire »* (Entretien avec Bonaventure 9 Octobre 2022 au district sanitaire de Kélo). Dans le même ordre d'idée, Madame Ester souligne que :

*Les parents, quand leurs enfants tombent malade personne ne se soucie de venir directement avec l'enfant pour une consultation de voir la cause de la maladie pour une bonne prise en charge mais ils se tournent vers la tradition que ooh l'enfant c'est les gens du village qui veulent me tuer l'enfant avec la sorcellerie* (Entretien 17 Octobre 2022 au sein du district de Kélo).

Cette mère nous fait savoir que quand un enfant souffre la première de chose qui leurs viennent à la tête et que l'enfant a reçu un sort mystique ils pensent carrément à ce tourne vers les féticheurs que d'aller à l'hôpital pour déterminer la cause exacte de la maladie.

Parvenu au terme de ce chapitre, il était question de développer les différentes taxonomies de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo. Nous sommes parties de taxonomies à l'étiologie de la malnutrition en prenant appui sur les appellations, les types de malnutritions. Nous avons terminé par les représentations de la malnutrition tout en s'appuyant sur les connaissances de la maladie au sein de la communauté.

**CHAPITRE IV : PRATIQUES DE PRISE EN  
CHARGE DE LA MALNUTRITION DANS LE  
DISTRICT SANITAIRE DE KELO**

Les pratiques de prise en charge dépendent de certains facteurs qui peuvent être des différentes manières à savoir, culturels, financiers, sociaux, politiques et cela dépendent soit des caractéristiques d'une familiale ou communautaire et des parents d'enfants. Malgré cela, dans la localité de Kélo, les enfants à la naissance sont lavés avec les feuilles coupées dans la forêt ou à la maison. Ce lavage à base de feuilles a pour but de rendre l'enfant fort ou encore le protéger contre d'autres maladies qui peuvent l'atteindre.

#### IV.1 LES PRATIQUES THERAPEUTIQUES

Les pratiques thérapeutiques est l'ensemble des itinéraires de traitement que le malade ou son entourage suit pour rétablir l'équilibre sanitaire. A cet effet, il s'agit des choix thérapeutiques que la socio-culture offre dans le processus de guérison de la maladie ou le choix thérapeutiques que le malade conviendra être le mieux pour lui. C'est sans doute dans cette optique que MBONDJI EDJENGUELE (2009) cité par Dimitri TSONA (2015) argumente :

*[.....] Le patient souffrant d'une maladie dûment diagnostiquée ne trouve de soulagement qu'à partir du moment où il est soigné par la médication appropriée. Cela peut être le cas d'un malade dont la pathologie est mieux appréhendée dans tel système de soins que dans l'autre pour des raisons dont les plus plausibles semblent être l'adéquation entre les agents pathogènes et les principes curatifs du médicament. L'expertise du corps médical [.....].*

#### IV.2 Pratique communautaire

La population se dirige vers des pratiques thérapeutiques endogène pas, par décision personnelle mais par manque de moyen et parfois par l'ignorance. Les parents pratiquent souvent une quelconque thérapeutique du fait que la tradition l'exige ou par civisme d'un proche qui s'est rendu dans un endroit et ce dernier a trouvé satisfaction et demandé à l'autre d'aller lui aussi essayer.

*Quand ma fille été malade ma belle-mère m'a dit qu'il faut que je lui cherche les remèdes indigènes du fait qu'ils sont efficace car cela à aide l'enfant de ma voisine .Raison pour laquelle je moi aussi accepter de donner à mon enfant mais cela a un peu calme mais l'enfant n'était pas bien rétablie c'est pourquoi je suis venu avec lui à l'hôpital pour voir (Entretien avec Nodjou du 10/10/2022).*

Les propos de la mère d'un enfant malade nous montre la confiance ou encore les orientations par lesquelles reçoivent les parents d'enfants souffrants de la malnutrition par la familles ou amis qui ont empruntés le même chemin dans le passe et que cela a permis la guérison de leur enfant il vont devoir conseille à ses parents de prendre la même itinéraire .

Dans la continuité de notre enquête, nous avons eu à constater que la pratique de prise en charge thérapeutique à laquelle la population fait recours pour le traitement de la maladie de leur

enfant est dynamique dans le cas où, ils changent de lieu dans le but d'avoir une meilleure prise en charge de maladie.

#### **IV.2 Pratique moderne**

Pendant notre étude de terrain, nous avons eu à constater que il y'a un certains nombres des parents qui optent pour la médecine moderne pour la prise en charge de leurs progénitures.

Grâce aux traitements modernes et à l'amélioration de l'accès aux traitements, il est possible de faire baisser les taux de létalité jusqu'à 5%, dans la communauté aussi bien que dans les établissements de santé. La pratique de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère été mise en œuvre pour la première fois dans les situations d'urgence.

Un parent d'enfant fait l'état de fait en ces termes : « *Depuis que j'ai eu mes sept enfants je ne connais pas un charlatan donc mes enfants je les amène seulement à l'hôpital et je fais ma prière ce tout* » (Entretien avec Nodjou au sein de l'hôpital le 10 Octobre 2022).

Allant dans ce sens, un autre de dire : « *J'aime la médecine moderne puisque la médecine moderne les gens sont formés mais la médecine traditionnelle les gens ne sont pas formés pour savoir la cause de la maladie voilà pourquoi je préfère venir à l'hôpital avec l'enfant* » (Entretien du 9/9/2022 Libé Augustine). D'autres estiment qu'il est important de combiner les deux médecines : « *Il faut faire le deux à la fois puisque les deux sont importantes selon moi y'a rien à négliger surtout quand on cherche la guérison de son enfant* » (Entretien avec Lamoné Susanne du 15/10/2022)

#### **IV.3 LES ORIENTATIONS COMMUNAUTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION**

Etant membres d'une communauté, les parents d'enfants de la localité cherchent à vivre en conformité avec les normes de la société pour son bon fonctionnement. Les normes s'appliquent dans plusieurs domaines de la santé en orientant les populations à se rendre vers le système de santé à la communauté qu'elles appartiennent. En générale, dans la plupart des groupes sociaux, la pratique thérapeutique est conseillée au sein de la communauté est l'ethnomédecine car c'est une pratique de la tradition qui recommande à la population cette pratique thérapeutique pour la prise en charge d'une maladie dans la société. Déterminant ce fait, un parent affirme :

*A chaque fois qu'on conseille les parents d'aller à l'hôpital pour la prise en charge de la maladie du fait qu'à l'hôpital, il y a des personnels de la santé qualifiés avec des appareils qui peuvent déterminer la cause d'une maladie. Par contre chez les marabouts, on conseille les parents vers les plantes et les oignons sauvages pour le traitement* (Entretien avec Darnas le 26 Octobre 2022 à Kélo).

Un autre enquêteur souligne que : « *Dans ma communauté en particulier le village Sagobo la grande partie de la communauté s'intéresse aux remèdes traditionnels, ils disent que ça réagit vite et sans effet secondaire et ça ne coûte pas cher aussi* » (Entretien avec le père d'un malade au sein de l'hôpital de Kélo le 17 Septembre 2022).

D'autres parents conseillent d'autres d'aller vers la médecine traditionnelle par le résultat qu'ils ont eu chez un guérisseur traditionnel. Comme ils ont eu à soigner la maladie de leur enfant dans le passé et après avoir pris ces médicaments traditionnels, ils sont devenus des conseils spéciaux des autres. De ce fait, ces parents orientent d'autres qui rencontrent le même problème de santé que le cas de leur enfant d'emprunter le même chemin pour la guérison de l'enfant qui souffre. Une mère d'enfant rapporte le fait comme suit : « *Ma belle-mère m'avait dit qu'il y'a un remède que je dois préparer avec le haricot et que je dois donner à mon enfant qui souffre de la malnutrition que c'est vraiment efficace* » (Entretien avec Djefto Bienvenue du 08 Septembre 2022 à l'hôpital de Kélo.)

#### **IV.4 LES RECOURS THERAPEUTIQUES DANS LES CLINIQUES POUR SOIGNER LA MALNUTRITION**

Il est question dans ce sous-titre de la pratique clinique pour la prise en charge de la malnutrition. Malgré les discours autour des représentations sociales en ce qui concerne la malnutrition chez les enfants malnutris, cependant le recours vers la médecine moderne n'est pas exclu pour traiter la maladie dont souffrent les enfants. La prise en charge de la malnutrition se fait à plusieurs niveaux. Dans est un premier temps, il faut d'abord au préalable différencier la malnutrition des autres maladies avant de vouloir administrer un traitement.

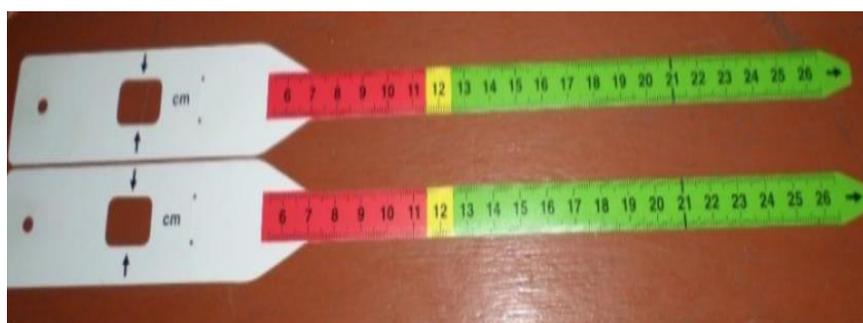
##### **IV.4.1 Les critères de différenciation de la malnutrition des autres maladies**

Pour être sûr du traitement, les personnels de la santé font d'abord un diagnostic afin de savoir de quelle maladie souffre un individu afin de ne pas être trompé ou inventé les produits aux patients. Plusieurs critères sont pris en considération pour faire la lumière sur les autres maladies et la malnutrition. Pour faire la différence de la malnutrition nous tenons en compte les éléments suivants pour déterminer si l'enfant souffre de la malnutrition ou pas : « *le périmètre de brachial, le Z-score (rapport poids –taille)* » (Entretien avec Lazard le pédiatre de l'hôpital de Kélo, le 16 Octobre 2022.)

En ce qui concerne le périmètre brachial (PB) ou MUAC, c'est la circonférence du bras mesurée entre l'épaule est le cou, au milieu du brachial. Le MUAC permet d'estimer la masse maigre de l'enfant malade et c'est un indicateur nécessaire dans le diagnostic de la malnutrition protéino- énergétique. Il permet aussi d'identifier notamment en médecine humanitaire, les

enfants dont le risque de décès qui est plus accru. Le PB permet de regarder à quel degré de malnutrition l'enfant souffre. Le PB est utilisé chez un enfant à partir de six (6) mois. On le mesure à l'aide d'une (bandelette de shakir : colorée pour les enfants et blanche pour les adultes) ou d'un mètre ruban est exprimé en mm ou cm.

**Photo 7 :** Le périmètre brachial ou MUAC



**Source :** Soumla Samayassou Bienvenu (Octobre 2022)

**Photo 8 :** Exemple de mesure à l'aide du MUAC ou PB



**Source :** Soumla Samayassou Bienvenu (Octobre 2022)

Nous observons sur ces images un enfant, des mains qui saisissent l'enfant afin de voir le niveau de malnutrition l'enfant. Cela vient soutenir les explications données ci-haut par le personnel de la santé en ce qui concerne l'importance du périmètre de brachial.

L'utilisation de Z-score sert également à faire la différence entre la malnutrition et les autres maladies. Le Z-score a pour objectif de détecter un enfant trop maigre par rapport à sa taille. De ce fait, il permet d'avoir le rapport poids-taille (PT), le rapport taille-âge (TA) et le rapport poids-âge (PA). Il sert à connaître la prévalence de la malnutrition chez les enfants. Pour avoir de

données à cette prévalence, on compare les indices à des valeurs de référence. Pour prendre la taille et le poids de l'enfant, les personnels de santé utilisent plusieurs objets à savoir : le pèse-bébé, la balance, la toise, la balance électronique. Pour la prise de taille de l'enfant, elle se fait à deux étapes : quand l'enfant est debout et quand il est couché. Toutes les données recueillies sont contenues dans un tableau appelé IMC qui présente les indices liés à la taille, à l'âge et au poids d'un enfant ou pas pour la prise en charge en fonction de différents niveaux de malnutrition.

**Photo 9** : Image d'une toise



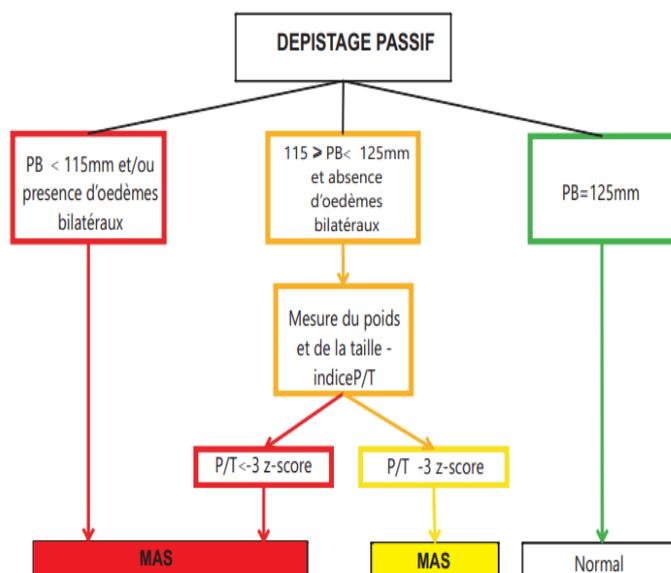
**Source** : Soumla Samayassou Bienvenu (Octobre 2022)

L'image que nous avons présentée est une toise qui aide à prendre la taille de l'enfant. La prise de taille dans la détermination de la maladie de l'enfant est une importance capitale car elle permet aux professionnels de santé de faire un rapport poids/taille pour savoir si le poids et la taille correspondent à l'âge de l'enfant.

#### **IV.4.1.1 Le triage MAM & MAS**

Les enfants qui ont été dépistés dans la communauté sont référés vers un centre de santé où un premier triage est effectué, pour différencier les patients MAS ou MAM et ceux non malnutris. Comme ces enfants n'ont pas les mêmes changements physiologiques qu'un enfant MAS, le diagnostic médical est relativement simple et ils n'ont pas besoin d'avoir un protocole spécial pour la prise en charge des "complications". Les critères et protocoles PCIME peuvent être utilisés lors de leur admission à l'hôpital. Ils ne doivent pas être mélangés avec les enfants MAS, mais doivent être soignés avec les enfants non malnutris.

**Schéma2**: Stratégie nutritionnelle de dépistage et triage de la malnutrition aiguë (au niveau du centre de santé).



Source : L'OMS, 2014

Grâce à ce schéma, il est facile de faire la différence entre un enfant normal et un enfant souffrant de la malnutrition.

**Photo 10 : l'image d'un pèse-bébé**



**Source :** Soumla Samayassou Bienvenu (18 Octobre 2022)

Cette image nous observons des femmes assissent avec leurs enfant pour prendre le poids de leur enfant, cela se fait à l'aide d'un pèse- bébé à l'aide suspendu avec un corde et une bassine cela permet de savoir le poids de l'enfant, grâce à cet objet les personnels de la santé détermine l'état de l'enfant s'il est malnutri ou pas.

#### **IV.4.2 La stratégie de prévention clinique de la malnutrition**

Pour la prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo, les agents de santé dudit hôpital avec l'aide des quelques organismes qui sont engagés dans la lutte contre la faim et la protection des enfants font recours à plusieurs acteurs qui aident à protéger les enfants et rendre les parents d'enfants plus responsables en ce qui concerne la santé de leurs enfants.

Pendant nos entretiens de terrain, nous avons remarqué que dans le cadre de prise en charge de la malnutrition, le corps soignant s'oriente plus sur l'éducation des enfants et la sensibilisation des parents en matière d'alimentation des enfants. Ils appellent les parents à donner des aliments de qualité, et toujours de prendre soin d'eux en cas de maladie. Un personnel de santé se prononce sur ce phénomène en disant : « *Nous ne manquons jamais de donner des orientations et de conseils aux parents d'enfants une fois qu'ils arrivent au niveau de notre service à la pédiatrie, nous leurs conseillons de bien nourrir les enfants et de leurs donner des aliments riches pour la croissance* » (Entretien avec Mama Hellène du 10 Octobre 2022 au sein du district de Kélo). Un autre de dire :

*Au sein de notre hôpital comme nous n'avons pas un centre thérapeutique moins encore l'hôpital n'a pas un nutritionniste de formation pour pouvoir nous aider dans ce domaine d'alimentations pour la bonne croissance des enfants qui viennent au sein de l'hôpital, donc nous faisons de notre mieux comme vous voyez pour donner des orientations, des conseils, des caravanes pour permettre aux parents de comprendre la nécessité de bien nourrir son enfant, si un enfant n'est pas bien nourrit il est exposé à toutes les maladies (Entretien avec le MCH de Kélo).*

Pour un autre, ce sont les membres des organismes internationaux qui œuvrent dans le domaine de la lutte contre ce phénomène qui prodiguent les conseils et font les sensibilisations.

Il relate :

*Ils y'a un certain nombre des ONG tel que : UNICEF qui fait de son mieux dans le domaine de sensibilisation au sein des établissements de la ville pour expliquer l'importance de ce bien nourrir et prendre soin de son corps dans les débats éducatifs. Il y'a également le PAM qui partage des céréales de qualité aux parents pour l'alimentation en expliquant l'importance d'une bonne alimentation au sein d'une famille (Entretien avec Foba, Septembre au sein de l'hôpital).*

L'allaitement maternel exclusif (AME) est aussi conseillé pour la lutte contre la malnutrition. Le lait maternel étant l'alimentation principale pour les enfants et pour son développement est l'aliment le plus riche, complet, le plus équilibré pour l'enfant. Les parents doivent pratiquer L'AME jusqu'à l'âge de 0 à 6 mois du fait qu'il contient les corps et solidifie l'organisme de l'enfant et favorise une croissance facile et correcte. Pour justifier ce fait, un personnel de santé affirme : « *De nos jours, le lait maternel reste l'aliment principal pour l'enfant pour sa bonne croissance* » (Entretien avec Lazard du 17 Octobre 2022 au sein de l'hôpital).

#### **IV.4.4 Les différentes qualités d'aliments que doivent consommer les enfants**

Afin de mieux nourrir les enfants, les parents d'enfants doivent fournir d'effort en donnant des aliments sains en qualité et en quantité pour un bon développement de l'organisme.

Ce fait est relaté comme suite par une infirmière :

*Les aliments les plus probables sont ceux qui contiennent les cinq groupes d'aliments : une alimentation riche en vitamines, en sels minéraux, en protéines. Nous montrons cela dans un tableau pour mieux édifier les parents sur la qualité d'aliments qu'il faut pour les enfants. Le tableau représente une maisonnette dont la fondation représente les aliments de protection (Entretien du 10 Septembre 2022 avec Félicité infirmière au district sanitaire de Kélo).*

Partant de cette affirmation, les aliments les plus indiqués aux enfants par les agents de santé sont ceux qui contiennent un certain nombre des groupes aliments riches. Ils sont soit des aliments de croissance, de construction, énergétique et de protection. De ce fait, les aliments de

croissance permettent une bonne croissance aux enfants, les aliments énergétiques pour donner la force aux enfants, et les aliments de protection permettent de protéger les enfants contre certaines maladies.

Les enfants reçoivent certains aliments en fonction de l'âge : « *Nous conseillons les mamans de pratiquer l'AME surtout pour les enfants de 0 à 6 mois pour éviter certaines maladies à l'enfant. Pour les enfants allant de 7 à 12 mois il est important de donner des aliments complémentaires ou équilibrée comme la bouille enrichie ainsi que le lait recommandé par l'Unicef tel que : le F75 et F100 pour une bonne croissance surtout chez les enfants atteints de formes sévère* » (Entretien avec Lazard du 17 Octobre 2022 au sein de l'hôpital).

**Photo 11:** image de deux boîtes du lait F75 et le F100 recommandé par l'Unicef ainsi que les personnels de la santé comme aliment complémentaire pour les enfants malnutris sous forme de kwashiorkor



**Source :** Unicef ,2014

Nous observons sur cette image deux boîtes du lait mentionne F75 et l'autre F100 ces deux boîtes du lait sont destinés aux enfants atteints de la malnutrition sous forme kwashiorkor, ils permettent aux enfants comme des aliments complémentaires.

Dans la même ordre d'idée, pour une bonne prise en charge des enfants dans le domaine de l'alimentation, les parents d'enfants doivent identifier les aliments riches en protéines du fait que, ces aliments permettent aux enfants d'avoir une bonne croissance et favorisent le développement physique des enfants pendant leurs croissances. Ils ne doivent pas négliger les aliments riches en protéines pour la consommation puis qu'ils jouent le même rôle qui est celui de la croissance chez l'enfant. Les propos suivants justifient cet état de choses : « *Nous ne manquons pas de dire aux mères d'enfants de donner aux enfants les aliments riches en*

*protéines sans oublier les aliments de croissances, énergétiques et de protection»* (Entretien du 10 Octobre 2022, avec Lazard pédiatre de l'hôpital de Kélo).

#### **IV .4.5 Le traitement clinique de la malnutrition infantile**

Dans cette partie, il est question de démontrer le traitement que les agents de santé disposent au sein de l'hôpital pour la prise en charge des enfants souffrants de la malnutrition. Au sein de l'hôpital, pour l'identification des enfants malnutris qui doivent être pris en charge, les personnels de santé font un tirage et cela permet de faire un dépistage à l'aide du PB, la toise, le pèse-bébé ou la présence des œdèmes bilatéraux des possibles cas de malnutrition. Pour faire cela, les agents de santé entrent en communication avec les parents d'enfants afin d'identifier les différents cas de malnutrition.

Pendant le dépistage au sein du district sanitaire, on utilise le MUAC pour déterminer le niveau de malnutrition de chaque enfant et en suite ils sont classés en fonction du degré de la malnutrition. De ce fait, si le dépistage d'un enfant est sorti vert pendant le MUAC est placé dans le panier des vert, celui qui est sorti au niveau de jaune est placé dans les paniers jaunes qui se réfère au MAM et celui qui est sorti au niveau rouge dans le panier des rouges et fait référence au MAS. Un personnel de santé fait la démonstration comme suite :

*Si c'est pour un dépistage dans la communauté ou au sein de l'hôpital, il y'a en premier lieu le tirage, Ici, on MUAC les enfants. Le MUAC a plusieurs couleurs : vert, rouge et jaune. Si l'enfant présente le niveau vert cela veut dire l'enfant est nourri, et quand c'est niveau rouge , cela veut dire l'enfant souffre d'une malnutrition aiguë sévère (MAS) ; quand ce au niveau de jaune ,l'enfant souffre d'une malnutrition aigüe modéré (MAM) , et tous ces différentes classifications sont misent en catégories pour facilite l'identification de chaque enfant souffrent de la malnutrition au sein de la communauté au sein de l'hôpital(Entretien avec Lazard du 7 Septembre 2022 à l'hôpital de Kélo).*

Dès que tous ces paramètres sont pris en compte en fonction de la maladie, les personnels de santé vont donner le traitement à l'enfant. Si l'enfant présente un cas de MAM, il est conduit au niveau de CNAM pour un traitement ; les cas de MAS sont envoyés au niveau de CNAS et les cas de malnutrition aigüe sévère avec complications médicales sont référés au CNTI pour la prise en charge. Et pour ceux qui ne présentent pas aucun signe de malnutrition peu importe la forme sont suivis simplement par les agents de santé. Ces propos se justifient ainsi :

*Normalement si nous avons un centre thérapeutique ici, un enfant qui est au niveau de vert, on lui donne les super céréales. On donne deux sachets pour un mois et il rentre chez lui. Des enfants qui sont au jaune, on vérifie de nouveau et par la suite, on lui donne le Mébendazole pour le déparasiter après cela, il faut aussi quatre(4) sachets pour quatre mois soit en raison de 1/mois et selon le grammage (15g) et on continue de les suivre en communauté. Pour les cas en rouge, on leur fait le test*

*d'appétit avec le PPN ; on le divise en 4 et on donne une partie à l'enfant pour qu'il mange ; si l'enfant termine le PPN, c'est que le test d'appétit est positif et pour ça, on l'envoie immédiatement au niveau CNAS qui va le prendre en charge en donnant à l'enfant le Mébendazole + Amoxicilline + Vaccination. Pour l'enfant qui est négatif au test d'appétits, on l'envoie au CNTI où , il fera de nouveau test d'appétit puis , on lui fera un dépistage du VIH et bien d'autres .Au niveau de CNTI , on va donner à l'enfant le lait formule 75(F75) comme début u traitement pour la prise en charge d'un malnutri sévère (Entretien avec le Dr Bonaventure du 17 Septembre 2022 au sein de l'hôpital).*

#### **IV.5 LES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DE LA MALNUTRITION**

La prise en charge devient incontournable dans la pratique du traitement de la malnutrition en général et en particulier les cas des enfants. Le rôle de cette approche communautaire est d'identifier les cas MAM et MAS avant apparition de complication médicale et le traiter à domicile sans toutefois conduire dans la fondation des œuvres sociales de l'air (FOSA). Les traitements communautaires sont les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE). Pour les enfants qui sont touchés par la malnutrition, on leur donne les supers céréales (deux sachets pour un mois) et ils rentrent chez eux. Pour ceux qui sont atteints par la MAM, on débute par les déparasiter avec le Mebendazole puis on donne les ATPE pour quatre mois (un sachet par mois et selon le grammage (15 grammes) et L'ASC poursuit son suivi en communauté.

##### **IV.5.1 Le recours thérapeutique endogène**

Il s'agit ici de pratique traditionnelle pour la prise en charge de la malnutrition. En se focalisant sur les discours autour de la maladie, les parents d'enfants s'orientent sur la pratique du traitement ethno médical pour trouver la solution à cette maladie. De ce point de vu, Didier FASSIN cité par Antoine SOCPA<sup>5</sup> à propos de la médecine traditionnelle souligne :

*Un système de traitement avec ses méthodes propres d'évaluation de l'état de santé de l'individu et de la communauté. Ce système procède par une approche globale ou holistique qui envisage l'individu comme une totalité dans son contexte socioculturel, cosmique et écologique. C'est donc un système cohérent de pensées et de conduites thérapeutiques des communautés face à la maladie.*

Plus loin, il souligne en disant :

*Les traditions médicales sont imbriquées à d'autres secteurs de la vie sociale, matérielle et immatérielle. Les modalités d'apprentissage, les structures causales, l'étiologie et les modèles thérapeutiques sont une expression directe des normes et*

---

<sup>5</sup> Ant 212 : Introduction à l'anthropologie médicale. Page 5

*des valeurs, de représentations et des jeux de pouvoir qui constituent le ciment de l'édifice socioculturel. Ces traditions de santé sont au croisement des lignes de force de la société.*

Dans la même optique, L'OMS la définit la médecine traditionnelle comme :

*La somme des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur la théories, croyances et expériences propre à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir ,diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales(OMS 2015 ).*

De la même façon que le traitement clinique, les traitants indigènes cherchent d'abord à différencier la malnutrition des autres maladies avant de donner une éventuelle prise en charge de la maladie.

#### **IV.5.2 Les stratégies de différenciations culturelles de la malnutrition des autres maladies**

Tout en considérant la similitude entre la malnutrition et les autres maladies dont sont victimes les enfants âgés de moins de cinq ans, les tradipraticiens et autres soignants traditionnels s'appuient sur divers critères pour établir cette différence.

A l'exemple des personnels de santé, les soignants endogènes prennent également en considération les signes de la malnutrition. En autres, ils font la recherche systématique des œdèmes bilatéraux au niveau des pieds, genoux et de bras ; ils s'appuient aussi sur l'aspect physiologique de l'enfant en mettant l'accent sur la grosseur de la tête, le volume du ventre et les blessures qui sortent sur le corps de l'enfant. Pour justifier cette assertion, une tradipraticienne déclare : « *Bon en ce qui concerne la différenciation je me focalise beaucoup plus sur les signes tels que: la présence d'œdème sur la face ou sur le pied, le ventre gros, perte de poids, manque d'appétit* » (Entretien avec FANA CLAIR, le 10 Octobre 2022 à Kélo).

Elle continue en disant que la voyance permet de déterminer si c'est bel est bien la malnutrition ou une autre maladie. La voyance permet aux tradithérapeutes de savoir ou déterminer si l'enfant malade souffre d'une maladie mystique ou d'une maladie naturelle (malnutrition). Dans le cas où, la malnutrition ressemble au poison des enfants, la voyance permet de ce fait de caractériser ces maladies et se rassurer de la véritable nature de la maladie de son patient. Une mère d'un enfant malnutris confirme : « *Le fait que je consulte les voyants c'est juste pour me rassurer s'il ne s'agit pas d'un autre cas comme la sorcellerie ou l'envoutement de son âme* » (Entretien avec Djefeto Bienvenue, du 9 Septembre 2022).

### IV.5.3 Les techniques culturelles de prévention de la malnutrition

Les pratiques de prise en charge de la malnutrition dans la commune de Kélo n'est pas seulement un fait ou un phénomène dit au manque des aliments ou la sur alimentation comme le souligne le domaine de la santé. Mais au contraire, les discours de la population de la commune de Kélo autour de la maladie nous font comprendre que, cette maladie est une maladie qui est liée aux mauvais sorts, aux envoutements, au blocage, à la malédiction. De ce fait, pour prévenir cette maladie, les parents pratiquent des sacrifices dès la naissance des enfants. Ils attachent les cordes autour des reins de l'enfant, ils mettent des pièces d'argent ou l'ail sous l'oreiller de l'enfant pendant son sommeil, ils purifient l'enfant et en suite on le fait laver avec une décoction d'herbes.

#### IV.5.3.1 Les scarifications corporelles

Les scarifications corporelles ne sont pas des pratiques insignifiantes dans les cultures car elles transmettent une pléthore de messages qui changent d'un peuple à un autre. Les parties du corps qui subissent les incisions sont le front, les joues, le dos, les côtes, les pieds. Cette opération qui est fréquente dans les cultures consiste à sacrifier la peau et a plusieurs fonctions qui sont à la fois esthétique et protectrice.

Dans la commune de Kélo, il y' a un certain nombre de communautés qui fait subir à leurs enfants une scarification qu'il trouve protecteur. Elles sont pratiquées sur la joue des enfants sous forme de traits parallèles. Elles permettent de protéger les enfants contre le mauvais sort, les malédictions. Cette pratique est utilisée pour protéger les enfants contre toute maladie. Pendant l'entretien au sein de l'hôpital de Kélo une mère d'un patient répond : « *Dans la communauté Marba nous faisons la scarification pour protéger l'enfant de mauvais yeux sur lui ça lui aider aussi contre certaines maladies* » (Entretien du 17 octobre 2022 Kalco René au sein du district sanitaire de Kélo). Un autre souligne dans la même optique « *Sinon, à mon avis, le fait que l'enfant est scarifié le protège d'abord contre le mauvais esprit de la nuit et aussi si l'enfant se trouve dans un endroit mystique il est aussi protégé contre cela* » (Entretien avec Amoumegue Junior, du 20 Octobre 2022 à Kélo).

#### IV.5.3.2 Le port du talisman autour des reins des enfants

Au-delà des scarifications, le *gri-gri* joue un rôle important au sein de la communauté kéloise. Ce talisman qu'on attache autour du rein des enfants est une pratique qui a plusieurs significations. La première signification la plus connue de tous est la protection de l'enfant contre la sorcellerie. Au sein de la communauté, la malnutrition n'a pas perdu son sens de

« maladie mystique » cela amène certains parents à se tourner vers la médecine traditionnelle pour pouvoir trouver des solutions à cette maladie. Pour protéger les enfants contre les mauvais esprits, les malédictions, les parents d'enfants choisissent les pratiques des ethno thérapeutiques à l'exemple du port du talisman autour des reins de l'enfant. De ces propos, un informateur confirme : « *Les enfants sont trop fragiles et sont souvent le plus exposés aux maladies ou aux sorts lancés contre un membre de la famille* » (Entretien avec SARMI, du 10 Octobre 2022 à Kélo). Un autre de renchérir :

*Nous faisons porter le talisman à nos enfants dès la naissance surtout dans notre communauté FUFULBE, car cela permet de protéger les enfants contre toutes les maladies et pratiques de sorcellerie qui peuvent parvenir à tout moment. Dans la communauté il y'a des personnes de mauvaise foi et si nous ne prenons pas, des précautions pour nos enfants ils seront à la portée des ennemis. Raisons pour laquelle on attache le talisman à l'aide d'une corde noir autour de rein des enfants comme remèdes de protection* (Entretien avec Mariam Issa, du 15 Septembre 2022 à Kélo).

#### **IV.5.3.3 Les pièces d'argent comme pratique de prévention de la malnutrition**

En voulant chercher voie et moyen pour prévenir la maladie de leurs enfants, les parents font recours aux pratiques culturelles. De ce point de vu, pour prévenir une maladie, dans la communauté, les spécialistes de la médecine traditionnelle recommandent à la population l'utilisation d'une pièce d'argent sous le dortoir de l'enfant pendant son sommeil. L'une d'entre eux décrit le fait come suite : « *Nous demandons aux familles d'enfants de mettre le pièce d'argent de 10 franc ou de 5 franc voir 25 franc sous l'oreiller de l'enfant pendant qu'il dort. La présence de la pièce va protéger contre les mauvais esprits qui viendront le combattre pendant la nuit* » (Entretien avec Larmone, du 22 Septembre 2022. à Kélo).

#### **IV.5.3.4 Le lavage des enfants**

Dès la naissance, les parents des enfants lavent leurs progénitures à base des décoctions composées d'herbes et de l'oignon sauvage pour protéger leurs enfants contre tout type d'agressions mystiques. Cette pratique permet de protéger contre les différentes maladies qui menacent les enfants après la naissance et tout au long de leur développement. Ceux qui ne font pas cette pratique exposent les enfants dès la naissance à plusieurs maladies comme : les rouges fesses. Un parent d'enfant déclare : « *Quand un enfant vient au monde il doit être lavé si les parents ne le font pas ils seront exposé à des multitudes de maladies* » (Entretien avec Labartin, du 26 Septembre 2022). Dans le même ordre d'idée un autre parent souligne : « *Tu sais, le fait que les femmes lavent les enfants ça permet aux enfants de bien dormir la nuit et de plus*

*certaines feuilles sont protectrices contre les mauvais esprits dans la nuit»* (Entretien avec Youssouf, du 20 Septembre 2022 à Kélo.)

#### **IV.5.3.5 La sensibilisation**

Bien que les pratiques endogènes existent, les thérapeutes ne manquent pas de faire la sensibilisation aux parents d'enfants sur les bonnes pratiques de prise en charge. Ils appellent les parents à prendre leur responsabilité surtout en tenant compte des bons aliments en qualité pour la bonne croissance des enfants. Ce fait est présenté par un personnel soignant comme suite :

*Pour prévenir la malnutrition, les parents doivent respecter les règles d'hygiène alimentaire : il faut se laver les mains, laver bien les assiettes, les légumes et bien cuire ces aliments avant de manger, éviter les grossesses rapprochées, cultiver beaucoup de mils permettant de préparer la bouillie enrichie, il faut déparasiter, nous devons éduquer les parents (mères et les pères) sur l'hygiène alimentaire, environnementale. Pour finir, l'Etat, la communauté et les ONG devront travailler ensemble pour prévenir la malnutrition* (Entretien avec Theyrri au district sanitaire de Kélo).

#### **IV.5.5 Le traitement endogène de la malnutrition**

Pendant nos entretiens, il y'a un certain nombre des parents qui se focalise sur les pratiques traditionnelles par manque de moyens financiers. En réalité, la pauvreté bat son plein au sein de la communauté. C'est ce qui pousse bon nombre des parents à porter leur regard sur les pratiques locales du fait que cela ne demandent pas trop d'argent pour la prise en charge. Et aussi la distance à parcourir pour être admis dans un centre de santé cause un sérieux problème. C'est ce qui pousse la population vers la pratique endogène. Les parents le sollicitent aussi parce que le résultat de ses médicaments traditionnels est probant. C'est ce qui ressort des propos suivants : « *Ce n'est pas nous qui demandons aux parents de venir vers nous, ils nous sollicitent parce que nos produits sont efficaces et le résultat est évident, pas de doute* » (Entretien avec LARMONE, au sein de l'hôpital).

#### IV.5.5.1 Les produits utilisés pour le traitement endogène de la malnutrition

Dans la communauté, la population utilise un certain nombre d'éléments pour la prise en charge de la malnutrition. Nous notons entre autres : l'oignon sauvage appelle *mond kam-ri en zimé*, les feuilles de moringa, les feuilles de papayer, les écorces du manguier, les feuilles de écalyptace et bien d'autres plantes médicinales.

#### Photo 12 : L'oignon sauvage (*mond kam-ri*)



**Source :** Soumla Samayassou Bienvenu, Septembre 2022

L'espèce (*mond kam-ri*) est une plante cultivée dans le jardin ou à domicile derrière les cases, ses feuilles sont coupées et utilisées comme remède à un patient. La préparation se fait souvent dans une marmite traditionnelle assaisonner avec la viande d'un jeune cop et pendant la préparation on ne doit pas goûter avant le malade. Un informateur nous souligne : « *L'oignon est sauvage et préparé avec beaucoup de prudence les enfants ne doivent pas être présents au moment de la préparation et une femme enceinte n'a pas le droit de préparer* » (Entretien avec Larmoné, Octobre 2022 à Kélo).

#### IV.5.5.2 Le feuille moringa

Les feuilles de moringa (*wayang*)<sup>6</sup> sont coupées et préparées soit à l'état fraîche et le faire bouillir et donner à l'enfant ou le laisser au soleil pendant quelques heures et piler dans un mortier pour obtenir la farine et le mélanger avec la bouillie pour donner à l'enfant. Une mère d'enfant déclare :

---

<sup>6</sup> Appellation de moringa en zimé wayang

*Je prends les enfants malnutris en charge avec la bouillie à base de farine de djigari, pâte d'arachide, la carotte, soupe de poisson et l'enfant boit au besoin. Je donne aussi les feuilles de moringa séchées à l'ombre que je rends en poudre, je prends un quart de cuillerée et mélange avec la bouillie pour donner à l'enfant » (Entretien avec Hellène, 10 Octobre 2022 à Kélo).*

**Photo 13:** La plante de moringa (wayang)



**Source :** Soumla Samayassou Bienvenu (Septembre 2022)

Sur cette image nous observons un pied de moringa planté dans la cours d'un ménage pour l'alimentation et utilisé aussi comme un alicament pour les personnes souffrant de la malnutrition.

#### **IV.5.5.3 Le feuille de papayer, d'eucalyptus et du manioc**

Les feuilles de papayer sont coupées à l'état frais et sont combinées avec l'écorce du manguier et les feuilles de citron qui sont préparées conjointement dans une marmite. Après la cuisson de ces feuilles on fera absorbé la vapeur à l'enfant et après cela, il va le lui donner comme boisson pendant le traitement et le lavé avec chaque jour. (Entretien avec Monique, du 15 Septembre 2022 à Kélo.)

Les feuilles d'eucalyptice sont importantes pour la purification de l'enfant et elles permettent de prévenir l'enfant contre d'autres maladies comme la grippe et le rouge fesse. L'utilisation de ces feuilles joue un rôle important pour la prise en charge des enfants malnutri. On lui fait boire avec un peu du sucre pour lui donner d'énergie.

Quant aux feuilles du manioc, elles sont des aliments recommandés pour la consommation en qualité et en quantité régulière pour leurs vertus médicales. Elles permettent aussi le traitement de certaines maladies telles que la malnutrition. L'utilisation de ces feuilles dans le traitement de la malnutrition en association avec les feuilles du papayer sous forme de boisson thérapeutique recouvre la santé des enfants malnutris. En effet, leurs importances dans le

traitement est qu'elles servent à purifier le sang de l'enfant malade de la malnutrition qui a de l'anémie. Lors de la collecte de terrain, un informateur souligne : « *les jeunes feuilles de manioc permettent de purifier le sang de l'enfant et sa sauce donne d'énergie à l'enfant* » (Entretien avec Bouguidang David Octobre 2022 à Kélo).

**Photo 14** : Les feuilles de manioc utilisées pour le traitement de la malnutrition



**Source** : Soumla Samayassou Bienvenu (Septembre 2022)

Sur cette image nous voyons une branche de feuilles de manioc dans un ménage pour la consommation alimentaire qui est en même temps un alicament pour les personnes souffrant de malnutrition.

#### **IV.5.6 Le recours aux thérapeutiques religieuses**

C'est une pratique thérapeutique qui s'explique par la volonté du malade de pouvoir trouver la guérison par la prière. Les parents croyant ont une foi, la conviction et la volonté de prière à tout moment afin de trouver la guérison à leurs enfants.

##### **IV.5.6.1 La prise en charge par la prière et la foi**

Dans la ville de Kélo, les forces mystiques agissent sur l'équilibre sanitaire de la population qui s'y trouve. Certains parents vont à la rencontre des prêtres, pasteurs, marabouts dans l'objectif de rétablir l'équilibre sanitaire de leurs enfants malades. Ces prêtres ou marabouts prescrivent aux parents des séances de prière à respecter minutieusement afin de retrouver la santé aux malades. Les séances des prières se font à l'Eglise avec imposition des mains sur le patient et par la suite le patient est oint avec l'huile d'onction pour le libérer de l'esprit qui le dérange. Après la phase de la prière à l'Eglise les parents vont poursuivre les séances de prière à la maison tout en prenant part à la prière de mercredi dans la communauté éclésiastique de base (CEB)

qui est organisée par un pasteur. Les affirmations du pasteur viennent confirmer tout c'est qui a été dit ci haut :

*Au sein de notre Eglise nous organisons souvent de prière pour nos fidèles qui sont malades, grâce à cette séance de prière les patients peuvent retrouver la santé, puisque de nos jours il y'a beaucoup de choses qui se passent dans la société donc nous demandons aux croyants d'être vraiment toujours proche de la parole de Dieu et de ne pas manquer la prière en communauté qui est la CEB (Entretien du 18 Septembre 2022 à Kélo).*

De ce fait, ces hommes de Dieu font appels aux parents d'être proche de Dieu et d'avoir foi et d'accepter Jésus-Christ dans leur vie. Puisque Jésus est mort sur la croix à cause de notre péché. Un pasteur de l'Eglise Evangélique du Tchad dit ceci :

*Entant que pasteur c'est que je peux dire aux parents c'est d'être prudent avec les enfants surtout sur la condition d'hygiène. Ils doivent donner des aliments de qualités, je sais que certains diront qu'ils n'ont pas le moyen pour donner des aliments de qualités, tout c'est que je leur demande c'est de beaucoup prier et de travailler pour subvenir aux besoins de la famille puisque Dieu lui-même l'a dit, l'homme doit manger à la sueur de son front (Entretien avec JEAN, du 29 Septembre 2022).*

#### **IV.5.6.2 La volonté de Dieu dans la guérison de la maladie**

Certaines communautés dans la commune de Kélo soumettent le problème lié aux forces mystiques à l'être suprême (Dieu). Pour elles, tout dépend de sa volonté. La prise en charge de la maladie de l'enfant est la volonté de Dieu et non par la volonté des humains, donc la volonté de la personne souffrant ne peut se réaliser par la volonté divine. Ces propos sont soutenus par quelques paroles du Notre Père pour démontre la volonté de Dieu pour la guérison du malade :

*Notre père qui est aux cieux  
Que ton nom soit sanctifié  
Que ton règne vienne  
Que ta volonté soit faite  
Sur la terre comme au ciel.*

Un autre informateur pasteur de l'Eglise protestante déclare : « C'est qui nous arrive, tout c'est que nous faisons comme succès dans la vie, la guérison d'une maladie tout est la volonté de Dieu puisqu'il est le maitre suprême» (Entretien avec Etienne pasteur de l'église protestante Batou, du 17 Octobre 2022.)

#### **IV.5.7 La relation soignant-soigné**

Les relations entre les soignants et les soignés peuvent influencer les recours thérapeutiques des malades. L'accueil et la qualité des services proposés dans un hôpital sont des points de discordance entre les professionnels de santé et les parents de victimes malades. Pour les

enquêtés, la longue attente et la lenteur des personnels ne bénéficient pas au service de l'hôpital pour la prise en charge des patients au sein dudit hôpital. Une mère d'un patient raconte son calvaire :

*Quand nous étions arrivés avec ma fille hier pour nous recevoir ce n'était pas facile. Les personnels de l'hôpital ne nous gèrent même pas, mais si un de leur connaissance arrive, ils s'occupent bien de lui et cela n'est pas bien pour la bonne marche de l'hôpital. Ils devront s'occuper de nous au même pied d'égalité (Entretien avec CLARISSE, du 22 Septembre 2022 au sein de l'hôpital de Kélo.)*

Un autre informateur de dire :

*Moi, mon problème c'est avec les infirmières de l'hôpital. Dès que tu arrives, elles ne t'accueillent même pas bien, mais c'est eux qui sont là à te dire de bêtise que oh ta mal habille l'enfant, on te gronde et si tu viens même pour des conseils pour la dose des produits de l'enfant on te néglige en te disant tu ne sais pas lire ? (Entretien devant la pharmacie de DOUCKSOUM à Kélo).*

#### **IV.5.7.1 Les raisons de la consultation tardive au sein de l'hôpital**

Pendant la consultation, les soignants rencontrent des difficultés populaires qui agissent largement sur le comportement des patients. Les savoirs culturels ne correspondent pas avec le savoir de la biomédecine. Là où la biomédecine diagnostique des cas des maladies gastriques, sanguines, intestinales, les perceptions sociales peuvent déterminer une seule maladie. Cette pratique divergente d'idées explique des itinéraires thérapeutiques favorisant le système thérapeutique populaire au choix thérapeutique biomédical pour traiter la maladie.

*Les obstacles que nous rencontrons dans notre communauté dans la PECMA chez les enfants de 6 à 59 mois sont les scarifications des enfants, ablation de la luette, extraction dentaire des enfants. Ces actes causent la diarrhée, fièvre chez les enfants entraînant la malnutrition. Donc les différentes ethnies ont des traditions aussi différentes, tout cela constitue des difficultés dans notre communauté.*

Un informateur explique : « *La religion musulmane influence sur la malnutrition car le respect d'hygiène est très difficile. Le niveau d'instruction de nos femmes surtout est très bas et cela peut causer la mauvaise PECM. Il y'a certaines de nos femmes musulmanes qui négligent trop l'hygiène des enfants* » (Entretien avec Moussa Adam, du 20 Octobre 2022 à Kélo).

Poursuivant dans cette logique, un autre confirme :

*Beau nombre des parents ne savent pas que la malnutrition est une maladie due à l'alimentation, il est souvent difficile qu'ils acceptent cela, car dire que leur enfant souffre d'une maladie lieu au manque des aliments des qualités dans l'organisme et c'est ce qui fait que l'enfant perd de poids et maigri pour eux cela est une honte pour la famille, et certains préfèrent d'aller consulté les marabouts que de venir à l'hôpital (Entretien avec Bonaventure au sein de l'hôpital de Kélo.)*

Au sortir de ce chapitre, il est important de relever que les représentations culturelles sont des éléments décisifs dans la construction des itinéraires thérapeutiques surtout en contexte de malnutrition. Il existe un rapport entre la médicalisation et les croyances quotidiennes en Afrique. Or, ces croyances ne sont jamais homogènes, elles sont plurielles dans ce continent, surtout en contexte de malnutrition. Les représentations culturelles sont au centre de la construction des croyances chez les parents d'enfants victimes de la malnutrition chez les kélois. Étant donné que les victimes et leurs familles n'ont pas les mêmes représentations culturelles face à la malnutrition, aux traitements et aux systèmes de santé, leur construction des pratiques thérapeutiques, resteront toujours aussi hétérogènes.

**CHAPITRE : V ESSAI D'INTERPRETATION  
ANTHROPOLOGIQUE DE LA MALNUTRITION  
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KELO**

Les précédents chapitres ont constitué un terrain de questionnement sur les pratiques de prise en charge de la malnutrition. Les travaux élaborés par nos précédents ont omis de soulever le volet socioculturel de la malnutrition. Il faut cependant souligner que, les structures socioculturelles sont différentes les unes des autres. Alors les représentations sociales de la malnutrition par la population kéloise est un élément qui participe à la gestion du processus de traitement de la maladie. Le présent chapitre est une interprétation anthropologique des informations obtenues sur les représentations sociales de la malnutrition et les pratiques thérapeutiques de prise en charge.

Ce chapitre est le lieu de faire un usage de l'ensemble des théories (cadre théorique) que nous avons construit pour cette recherche. Dans ce chapitre, nous allons mettre en évidence le savoir anthropologique grâce au cadre théorique pour montrer que, les représentations sociales de la malnutrition sont importantes pour la population kéloise. Le concept de représentations socioculturelles va permettre de faire les diverses conceptions culturelles de la santé, la maladie ; la malnutrition. Le second volet fera référence au concept de modèle de croyance relatif à la santé qui consistera à faire ressortir les comportements et attitudes de la population kéloise face au phénomène de la malnutrition. Le troisième volet est l'ethno-perspective, pour aider à comprendre les raisons qui expliquent les construits sociaux et les voies empruntées par les parents pour la prise en charge.

## **V.1 LES REPRESENTATIONS DE LA SANTE, DE LA MALADIE, ET LA MALNUTRITION**

D'une culture à une autre, d'une localité à une autre, la santé, la maladie, voire la malnutrition a des significations différentes. Les comportements et attitudes des individus face à ces faits sociaux dépendent de la communauté à laquelle ils appartiennent. C'est dans cette logique qu'ABRIC(1987) affirme : « *la représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe, reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* ». En effet, les représentations sociales mettent l'accent sur la culture des individus pour mieux comprendre le comportement face aux maladies. Pour HERZLICH(1998) « *la santé et la maladie sont influencées par les systèmes socioculturels* ». Ainsi, le comportement des individus par rapport à la santé et la maladie est reflet du groupe culturel auquel, ils sont originaires car, chaque culture a des connaissances qui lui permettent de mettre fin aux différents problèmes de santé.

### V.1.1 Les Représentations sociales de la santé chez la population kéloise

D'après l'encyclopédie Larousse 2008, la santé est l'état de quelqu'un dont l'organisme se porte bien. D'après les informations que nous avons obtenues de nos personnes ressources, le concept de santé s'articule autour de la relation de l'individu à son environnement. Elle est également perçue comme un mode de vie qu'un état physique particulier. « *La santé c'est la situation d'une personne qui ne ressent aucun mal, qui est en pleine forme* » (Entretien avec Daksana Mathias 12 Septembre 2022 à l'hôpital district de Kélo). Dans le même ordre d'idée un autre informateur nous laisse ses propos : « *La santé si un enfant joue bien il mange bien il ne souffre de rien il n'a aucun souci cela signifie qu'il est en santé. La santé est aussi l'état d'une personne ou son état de santé ne montre aucune menace dans son organisme* » (Entretien avec infirmier Nathan, le 13/09/2022 au sein de district).

La santé ne se focalise pas seulement sur l'état physique ou mental de la personne mais, elle se situe également au niveau de relation de l'individu avec son environnement qui l'entoure. Une enquêtée déclare : « *A mon avis, la santé c'est quand une personne se porte bien dans son corps* » (Entretien avec madame Eléenne commerçante du 20 /09 /2022 devant la pédiatrie de l'hôpital). Elle est aussi considérée comme un idéal de vie. C'est dire qu'il ne suffit pas d'être en bonne santé pour mieux vivre. De ce fait un enquêté confirme : « *La santé veut dire être fort, ne pas avoir de maladie, ne pas souffrir dans son organisme* » (Entretien avec Mass Dougaron au parc de Kélo le dans la soirée du 13 Septembre 2022).

A se basant sur ces conceptions de la santé, nous constatons que la santé, étend son champ de la vie biologique à la dimension psycho-sociale de l'individu. A ce stade, la notion de culture est utilisée pour faire établir une distance entre le normal et l'anormal. Nous pouvons également nous appuyer sur le discours de la médecine moderne où, ce discours montre de plus en plus les facteurs distinctifs d'un homme normal. Les recherches biomédicales montrent qu'un individu peut être en bonne santé tout en étant atteint par la maladie. Autrement dit, un homme peut développer une maladie dans son corps mais de l'extérieur, il se sent toujours en bonne santé. Nous pouvons à cet effet percevoir la distinction entre ce qui est normal et anormal car, le silence des organes ne signifie pas l'absence de maladies.

### V.1.2 Les représentations sociales de la maladie chez la population kéloise

ZEMPLENI (1982) écrit :

*L'important n'est pas d'étudier la maladie en tant que catégorie objective de la biomédecine, mais comme la maladie dont les gens ordinaires élaborent leurs propres notions sur elle à travers leurs propres pratiques, leurs propres expériences et les contacts qu'ils ont avec les spécialistes.*

La maladie nécessite une quête de sens qui va plus loin qu'une simple lecture de la médecine moderne. C'est dans cette logique que HERZLICH (1970) souligne : « *pour comprendre sa maladie, le malade va se poser plusieurs questions pour déterminer les causes et même le sens pourquoi moi ? pourquoi lui ? pourquoi ici ?* ».

Le but de ce questionnement est porteur de plusieurs points : connaître de quelle maladie il s'agit, connaître l'origine, savoir pourquoi la maladie a débuté maintenant. Ceci dit, pour interpréter la maladie, l'individu doit trouver des solutions au-delà des solutions proposées par les professionnels de la santé car l'individu veut retrouver sa place dans la communauté. De ce fait, les différentes significations de la maladie données par les parents soulèvent une pléthore de signes représentatifs ou des symptômes qui dépeignent la plupart des temps le paludisme. Pour ces personnes, la maladie est tout d'abord le paludisme. Ainsi, un père témoigne : « *Pendant le début d'une maladie, tu imagines directement au paludisme. C'est après avoir une consultation dans un centre qu'on découvre que c'est une autre maladie que souffre l'enfant* » (Entretien du 10/10/2022 avec Locsi Raoul cultivateurs, au district sanitaire de Kélo).

Plus souvent, quand un enfant fait de la fièvre, cela représente une véritable frayeur pour les parents nonobstant qu'ils connaissent des méthodes thérapeutiques pour soulager la fièvre. Les propos de cette maman pendant notre discussion de groupe ne pourraient contredire l'idée soutenue : « *ce qui me fait le plus peur, c'est lorsque la maladie de l'enfant commence à le faire chauffer excessivement. On dit toujours que c'est la rate qui en est la cause et pour guérir il faut aller le guérisseur du village sinon l'enfant peut trouver la mort* » (Entretien du 15/10/2022 avec Femissou Esther enseignante à Kélo).

La maladie peut être accompagnée par la douleur même si elle n'est pas un élément constitutif de celle-ci. A cet effet, l'enfant peut exprimer la douleur par les cris, les pleurs, les gémissements. Ces réactions de l'enfant vont alors attirer l'attention des parents sur son état de santé. Les propos d'une informatrice pendant l'enquête dit ceci : « *Si tu remarques que l'enfant joue bien, rire, sauter, dance, cela explique qu'il se porte bien. Si toutes ses éléments cités sont pas visible chez l'enfant pendant toute la journée c'est qu'il ne pas en bonne santé* » (Entretien avec Fana infirmière au district sanitaire de Kélo).

Le changement de comportement, d'humeur, la rédaction de l'activité sont des signes qui déterminent le mauvais état de santé d'une personne. Un de nos informateurs témoigne en ce propos :

*Mon fils aimait jouer. A tout temps il joue. Que ce soit le matin, tout comme le soir tout le moment il ne fait que jouer, mais à ma grande surprise il est devenu fatigué, il ne mange pas, il ne joue même plus il ne fait que dormir et à le corps chaud du coup je me suis dit que mon enfant est souffrant voilà pourquoi suis avec lui à l'hôpital» (Entretien avec Ali Moussa au district de Kélo).*

D'après nos informateurs, les signes physiques de la maladie et le changement de comportement que la maladie engendre chez l'individu sont autant d'indices qui éveillent l'attention du parent sur le dysfonctionnement de l'organisme. De ce fait, ces signes renseignent pas sur la nature de la maladie, ni sur la gravité. Ceci dit, on peut affirmer à l'aide de ces systèmes qu'un individu est malade et ne pas connaître de quoi il souffre. La maladie apparaît donc comme une réalité complexe qui ne se laisse pas comprendre dès le début.

Au-delà des représentations données par les parents d'enfants malades et par les populations de la communauté, la maladie en Afrique et dans nos sociétés plus particulièrement est souvent la résultante d'une force extérieure. En effet, la maladie ne serait pas la volonté de l'individu mais, celle d'une entité externe qui souhaite perturber l'individu suite à un acte pas correcte qu'il aurait causé intentionnellement ou pas. De ce fait, la maladie apparaît comme une sorte d'expiation que doit subir l'individu pour avoir causé du tort à une tierce personne. C'est sans doute dans cette logique que HOMBERT et DER VEEN (1995) soulignent : « *la faute peut se situer au niveau du donneur de la maladie, c'est-à-dire de lui qui la projette vers autrui, par la jalousie, égoïsme ou par esprit de vengeance. La faute peut également provenir du malade lui-même qui n'a pas respecté les lois et les règles*».

### **V.1.3 Les représentations sociales de la malnutrition chez la population kéloise**

Il ressort des entretiens que nombreux préjugés alimentent les pensées des populations vivant dans la localité de Kélo. Ces construits sociaux sont véhiculés de bouche à oreille par la tradition et transmettent un savoir hors de la logique. Ceci dit, les représentations sociales qui gravitent autour de la malnutrition, par la suite les pratiques englobant la biomédecine et l'ethnomédecine présentent plusieurs facteurs qui permettent d'interpréter et d'expliquer ces représentations.

#### **V.1.3.1 Les facteurs jouant sur les représentations et les pratiques de prise en charge de la malnutrition**

Les représentations sociales se présentent comme des éléments nécessaires qui décrivent les attitudes et les comportements des parents d'enfants atteints de malnutrition. Notons que, ces croyances ne prennent pas leur essence du néant, mais de l'environnement auquel ces parents

appartiennent; ce qui peut ainsi expliquer les différents recours de pratiques thérapeutiques auxquels ils font recours.

### **V.1.3.2 L'insuffisance et l'amertume du lait maternel**

Pendant nos entretiens, nous avons remarqué que les mères des enfants associent généralement les pleurs du bébé au fait que le lait maternel n'est pas suffisant ou encore elles disent que le lait est amer. En effet, ces mères soutiennent le fait que si l'enfant refuse de téter c'est que le lait n'est pas bon et admettent que le lait est amer. C'est de cette connotation du lait maternel qu'elles prennent la décision de compléter le manque alimentaire que ressent l'enfant avec d'autres aliments liquides ou solides, si l'enfant pleure c'est parce qu'il a soif. Ces réactions montrent que les mamans de ces enfants n'apprennent pas la façon dont la consommation du lait de l'enfant est régulé et qu'il n'est pas besoin de supplémentation en aliment. Partant de cela une mère nous laisse ses propos en ces termes :

*Mon lait qui rend mon enfant malade et maigre en même temps, Mon enfant a déjà 4 mois et ne parvient pas à s'asseoir comme d'autres enfants de sa tranche d'âge. Ma belle-mère me le dit aussi que ce mon lait qui n'est pas de bonne qualité pour mon enfant, car le fait qu'il refuse de téter malgré les remèdes qu'on lui donne, actuellement je ne lui donne que la bouillie et d'autres aliments pour qu'il puisse manger (Entretien avec Aïcha menagere 15/10/2022 au district de Kélo).*

### **V.1.3.3 L'occupation de la mère**

Beaucoup plus l'occupation de la mère est aussi un facteur explicatif des représentations sociales de la malnutrition des enfants d'âge préscolaire. En effet, les enfants dont les mères passent les journées au marché ou au champ sont plus exposés à la malnutrition contrairement à ceux qui ont des mères actives. Ceci s'explique par le fait que les mères tentent de subvenir un tant soit peu aux besoins alimentaires des enfants. Nous avons constaté que certaines mères partent avec les enfants au marché ou au champ pour être présentes s'ils pleurent ou s'ils dérangent ; d'autres mères ont tendance à introduire trop vite des aliments liquides ou solides parce qu'elles doivent aller au marché ou au champ. Pour soutenir cette affirmation un père nous dit ceci :

*De fois les enfants sont malades parce que les mamans ne sont pas présentes pour les enfants et c'est ce qui crée les maladies. Elles sont toujours au marché ou soit au champ pour chercher de quoi à manger pour la famille. De son retour, il faut qu'elle fasse la cuisine, s'occupe de son mari tout ça sur la femme et ce n'est pas facile pour elle (Entretien du 29/09/2022 avec Gaidigue François cultivateur, au district sanitaire de Kélo).*

#### **V.1.3.4 L'appartenance culturelle**

Pour les populations et les parents d'enfants, la solution pour la guérison ne se limite pas aux choix entre la médecine moderne et l'ethnomédecine. Confronté à une maladie telle que la malnutrition, le volet culturel est l'une des conditions qui influence l'adoption d'une pratique thérapeutique par rapport à l'autre dans la mesure où, la maladie est un modèle explicatif. C'est la raison pour laquelle FOUCAULT cité par Antoine SOCPA souligne que : « *la maladie n'a sa réalité et sa valeur de maladie qu'à l'intérieur d'une culture qui la reconnaît comme telle* ». (PUF, 1954, réédition 2002, p71).

Dans le même ordre d'idées, Good et VECCHIO-Good cité par Raymond MASSE (1995 : 260) :

*Les symptômes constitutifs d'une catégorie diagnostique donnée ne varient pas d'une culture à l'autre. Toutefois, d'une culture à l'autre, les individus n'attribueront pas la même importance et la même signification à chacun de ces symptômes, n'y réagiront pas de la même façon et ne consulteront pas pour les mêmes symptômes.*

Plus loin, Good (1998) affirme : « *la maladie appartient à la culture et la culture n'est qu'un moyen de représenter la maladie* ». Ces affirmations présentent une logique qui demande de prendre en considération d'autres représentations sociales que les professionnels de la santé publique ne prennent pas en considération.

#### **V.1.3.5 Les maladies cliniques comme origine de la malnutrition**

La malnutrition est une maladie naturelle provoquée par la mauvaise alimentation et les mauvaises pratiques d'hygiène et qui attaquent les personnes ayant un système immunitaire faible plus précisément les enfants âgés de 0 à 5 ans. Généralement, les maladies biologiques sont à l'origine de l'affaiblissement du système immunitaire de ces enfants. Très souvent, les maladies comme le paludisme, la bronchite, la typhoïde, la grippe etc., réduisent les actions immunitaires, conduisent les malades à la perte d'appétit, facilitent la déshydratation des patients en les exposant et les rendant vulnérables à d'autres comme le souligne un informateur :

*La malnutrition est aussi causée par les maladies cliniques. Un enfant qui a le palu va perdre l'appétit, même boire de l'eau va le dépasser. Il va seulement prendre les médicaments sans toutefois manger et c'est comme ça que son système immunitaire va s'affaiblir ; et comme il ne mange pas, il sera le candidat idéal pour attraper la malnutrition, au une autre maladie car il sera vulnérable (Entretien avec Bonaventure au district de Kélo).*

### **V.2 L'ORIGINE SURNATURELLE DE LA MALNUTRITION**

En Afrique, les pratiques surnaturelles sont très populaires. En effet, les populations sont confrontées à tout type de pratiques de sorcelleries ceci en fonction du groupe culturel auquel on

appartient. Ainsi, la maladie surgit quand l'homme est vidé de sa substance vitale et le volet surnaturel fait face en fonction de la manière dont le malade a contracté la maladie. Par rapport à notre sujet de recherche sur la malnutrition, nous constatons que pour chaque personne qui a eu un malade de malnutrition et en fonction de son appartenance culturelle, la malnutrition est dans certaines circonstances naturelles et dans d'autres circonstances, elle est mystique. De ce fait, au Tchad plus précisément dans la localité de Kélo, la malnutrition bien qu'étant considérée comme une maladie naturelle provoquée par la mauvaise alimentation de la localité. Nous notons ainsi les parents des victimes de la maladie surnaturelle et les ethno-thérapeutes en ce sens où, ils sont issus d'une même société qui leurs transmet des savoirs et les possibilités de les affronter. Ceci dit, ils sont conscients des actes qu'ils posent raison pour laquelle ABOUNA (2007) affirme : « *L'action sociale des individus est guidée et commandée par le savoir dont ils disposent. Ils ne sont donc pas des idiots culturels, car ils ont eux-mêmes les significations des actes qu'ils posent [...], Le social construit et s'actualise dans les pratiques de tous les jours* ».

### **V.2.1 La qualité de services des soignants**

La qualité de service en termes d'accueil, de perception du patient, d'efficacité du traitement de la malnutrition employé soit par les professionnels de santé publique ou les tradipraticiens sur le malade pourra jouer un rôle sur les jugements des parents par rapport aux choix du chemin thérapeutique de la malnutrition. De ce fait, les résultats souhaités seront transmis dans toute la localité. Pendant la collecte des données de terrain, un informateur dit ceci : « *Parfois nous évitons les centres de santé à cause du mauvais comportement des infirmières* » (Entretien avec Gaidigie François, du 29/09/2022 au district sanitaire de Kélo.)

### **V.2.2 Les coûts du soin**

Étudier le recours aux soins recouvre plus qu'une réalité économique. C'est de ce fait qu'infère l'intérêt de cette sous partie du travail. La santé est bien sûr un objet qui repose sur le poids économique dans le sens où les soins ont un prix et les médicaments s'achètent. Le rôle que joue l'argent dans le système sanitaire freine certaines personnes à fréquenter certains milieux hospitaliers pour les soins et se rabattent sur d'autres trajectoires thérapeutiques. Ceci dans la mesure où soit le traitement ne coûte pas cher ou soit même le traitement est gratuit. Pour ces deux raisons, les enquêtés optent pour un choix selon leur capacité financière ou leur revenu financier. Les informateurs affirment fuir la médecine moderne à cause du prix trop cher du traitement pour se faire soigner à la médecine traditionnelle qui est pratiquement gratuit. A ce sujet un parent d'un enfant souffrant présente la gratuité du traitement à l'ethnomédecine comme suit : « *pour le cas de la maladie de ma fille, je n'ai rien déboursé pour le traitement.*

*Tout ce que j'ai reçu comme soin était gratuit au village* » (BIENVENUE le 09/08/2022 au district de Kélo). Cette victime nous présente la gratuité du traitement comme raison de choix pour la trajectoire thérapeutique. Pour elle, cet élément encourage les victimes et leurs proches d'aller vers les praticiens de cette médecine pour la prise en soin.

Le père d'une enfant souffrante souligne de sa part que, c'est l'amoindrissement du prix selon la connaissance par le tradipraticien qui explique le choix thérapeutique. C'est ce qu'il exprime par ce propos : *« Tu peux payer même 200franc ou 300francs comme frais de consultation et tu peux avoir des remèdes, voilà un peu les raisons qui nous pousse à aller chez les marabouts (tradipraticien) »* (Entretien avec BOUGUDANG DAVID en octobre 2022 à Kélo). Le père de la victime nous présente ici des raisons d'ordre financières qui amènent les individus de la communauté à recourir vers l'ethnomédecine et ses praticiens. Pour lui, pour le cas de la malnutrition, l'on peut déboursé une somme pour la prise en soin selon la connaissance ou la proximité avec le tradipraticien. Il explique ici que l'on peut même donner quelque chose d'insignifiant aux tradipraticiens et d'ailleurs même la somme la plus colossale c'est mille franc pour avoir de quoi comme remède.

### **V.2.3 Les facteurs métaphysiques jouant sur la malnutrition**

La malnutrition comme nous ne cessons de souligner peut-être dans la plupart des cas et comme toutes autres maladies en difficulté. A cet effet, l'être mystique serait ainsi l'élément déclencheur de la maladie dont souffre sa victime car, il a la possibilité et le pouvoir d'aggraver la maladie, de redonner la santé à sa victime voire dans le pire des cas lui arracher la vie. Cependant, l'être surnaturel ne se lève jamais de manière hasardeuse pour attaquer sa victime et la rendre malade. Cet acte du sorcier peut-être le résultat d'une provocation effectuée par les victimes de façon intentionnelle ou non intentionnelle. De plus, il peut être animé par un sentiment de jalousie, de la mauvaise foi de voir son prochain évoluer et décide de lui rendre la vie malheureuse. Le témoignage suivant d'une enquête vient appuyer cet argument : *« plus souvent, certaines maladies dont souffrent les enfants sont enclenchées par un sorcier qui souhaite se venger d'une faute commise par les parents et aussi, parce qu'il ne veut pas évoluer son ces derniers »* (Entretien avec madame Ramatou ménagère, du 12 /09/2022 à Kélo).

## **V.3 LE MODELE DE CROYANCE RELATIF A LA SANTE**

Face aux différents problèmes de la santé, les chercheurs s'appuient aujourd'hui sur différents concepts pour amener les individus à adopter un comportement sain. En effet, la modification de croyances et attitudes reliées à la maladie en général et en particulier à la malnutrition ne se fait pas seule.

Selon le modèle de croyance relatif à la santé, il est important que les populations perçoivent le risque d'être touchées par la maladie et le sérieux de celle-ci sur le quotidien pour changer de comportement. SHORTELL (1983), reprenant la définition avancée par Kasl et Cobb(1966), voit dans les comportements liés à la santé « *toute activité entreprise par une personne qui se croit en santé, dans le but de prévenir la maladie ou de dépister la maladie à un stade asymptomatique* ».

De ce fait, pour conduire les populations à une modification de comportement, les professionnels de santé et de la pharmacopée suscitent de la peur chez les individus pour que ces derniers adoptent les attitudes de santé correctes. Au district sanitaire de Kélo, le modèle de croyance relatif à la santé a été appliqué par le personnel de l'hôpital à une variété de programmes (l'éducation à la santé comprenant l'éducation alimentaire) pour amener les parents d'enfants à changer vis-à-vis de la maladie et du phénomène de malnutrition précisément.

### **V.3.1 L'éducation à la santé**

Selon l'OMS (1986), l'éducation pour la santé désigne les occasions d'apprentissage délibérément suscitées pour faciliter les changements de comportement en vue d'atteindre un objectif déterminé à l'avance. Dans la logique de cette définition de l'OMS, Green et Lewis (1986) définissent l'éducation à la santé comme suit : « *le terme éducation à la santé englobe toute combinaison d'apprentissage dont l'intention est de prédisposer, d'habiller et de renforcer des comportements adaptatifs et volontaires qui permettent d'atteindre un niveau de bien-être* ». Autrement dit, l'éducation à la santé présente une information éducative qui veut persuader l'individu d'adopter les croyances et d'attitudes de santé. Pour cette recherche, il serait valable de penser qu'en informant les parents sur différents aspects de la malnutrition et si on arrive à les sensibiliser aux divers comportements qui sont associés, sa représentation pourra globalement être modifiée.

Le personnel de santé de l'hôpital de district sanitaire de Kélo par exemple a des programmes d'éducation à la santé qui visent à encourager un changement de comportement des parents d'enfants :

*Malgré que nous n'avons pas un centre nutritionnel thérapeutique pour la prise en charge au sein de l'hôpital pendant les consultations des enfants nous organisons une causerie éducatives durant lesquelles nous faisons comprendre aux parents que la malnutrition est une mauvaise maladie qui détruit les enfants à petit feu et qu'il serait mieux de bien les alimenter pour qu'ils ne soient pas malades (Entretien du 15/10/2022 avec Lazard Kerim pédiatre à l'hôpital district de Kélo).*

A la suite des propos de cet informateur, un autre prend position de son côté. Il dit ceci :

*Au sein de notre hôpital, nous pratiquons l'I.E.C. Nous sensibilisons les parents surtout les mères sur la façon d'alimenter les enfants ; on attire leur attention sur les conséquences de la malnutrition. On leur apprend ainsi les bonnes pratiques d'hygiène et alimentaires pour la bonne croissance d'un enfant (Entretien avec Djerakoula Thiery.)*

Le modèle de croyance relatif à la santé a été élaboré en se basant sur le postulat selon lequel « les individus craignent la maladie ». A cet effet, les actions de santé des individus doivent être motivées en fonction du degré de crainte de la maladie. Autrement dit, l'individu adopte un comportement de santé, s'il est conscient de la gravité du problème. Notons que de nos jours, le modèle de croyance relatif à la santé est plus utilisé dans la mesure où, il permet d'expliquer les comportements de santé; et ce modèle s'appuie sur les représentations, les attitudes et les comportements des individus.

### **V.3.2 Les différentes composantes d'adoption d'un comportement de santé**

Le HBM s'articule autour de cinq composantes pour l'adoption d'un comportement de santé. Dans le cadre de notre étude, nous allons nous focaliser sur quatre de ces composantes pour expliquer et comprendre l'adoption d'un comportement de santé par les populations de notre zone d'étude. Parmi ces composantes, nous avons la gravité perçue, la vulnérabilité perçue, la représentation subjective du bénéfice ou les avantages perçus et les obstacles perçus.

#### **V.3.2.1 La gravité perçue**

Cette composante se réfère à l'évaluation subjective de la gravité d'un problème de santé et ses potentielles conséquences. Le HBM stipule que les individus qui considèrent un problème de santé comme sérieux sont plus susceptibles d'adopter des comportements de prévention. Dans le cas de notre travail, les parents d'enfants malades ont tenu à changer de comportement lorsqu'ils ont constaté que la maladie de l'enfant s'aggravait. Les propos d'un enquêté pendant notre terrain viennent appuyer cet argument :

*Quand mon enfant été malade je n'avais pas vraiment l'intention de l'amener à l'hôpital, je me suis dit que c'est un simple palu je lui donnais les remèdes du village. Quelques jours après je ne vois pas un changement sa devient vraiment sérieux et ce là que je décidé de venir avec lui à l'hôpital (Entretien avec Tarkedji cultivateur, du 07/09/2022 au district sanitaire de Kélo).*

#### **V.3.2.2 La vulnérabilité perçue**

La représentation subjective du risque se traduit à l'évaluation de vulnérabilité perçue de développer un problème de santé. Le HBM à travers cette composante prévoit que les personnes se considérant vulnérables à un problème de santé particulier se livrent à des comportements

permettant de réduire le risque de développer ce problème de santé. Les personnes qui croient qu'elles ne sont pas capables de développer la maladie sont les plus exposées à des comportements risqués; par contre celles persuadées d'avoir des possibilités d'être malades, sont à mesure des comportements pour réduire le risque de développer la maladie. Une mère de dire : « Lors de la naissance de mon garçon une sage-femme m'a recommandé de donner le colostrum à l'enfant » (Entretien avec Kaltouma du, 10/09/2022 au district de Kélo). D'après le propos de cette mère, le colostrum est très bénéfique pour l'enfant dès le premier jour, cela empêche que l'enfant soit atteint d'une autre maladie.

### V.3.2.3 Les avantages perçus

Les comportements en lien avec la santé sont aussi influencés par le bénéfice de l'action à entreprendre. De ce fait, les avantages perçus se réfèrent à l'évaluation qu'un individu se fait de l'efficacité à se livrer à un comportement de promotion de santé pour diminuer la possibilité d'être malade. Si un individu estime qu'une action peut réduire ou diminuer la gravité d'un problème de santé, alors il est probable qu'il se laisse aller dans un comportement de santé.

Dans le cas de notre étude, les parents d'enfants optent pour un comportement de santé, un choix thérapeutique s'ils sont persuadés d'avoir le résultat attendu à la fin. Ainsi parle un parent d'enfant : « Si j'ai préféré de venir avec ma fille ici à l'hôpital ce pour la simple raison à l'hôpital ils vont vite trouver la cause de la maladie pour une bonne prise charge » (en Entretien avec Bouguidang David au district sanitaire de Kélo).

### V.3.2.4 Les obstacles perçus

Nous soulignons ici, le volet négatif d'une action de santé. En effet, la perception des obstacles se traduit à l'évaluation que l'individu se fait des ridiculités concernant le changement de comportement. Ceci dit, si un individu perçoit un état de santé comme une difficulté et estime qu'une action spécifique permettrait de réduire la menace, les obstacles peuvent empêcher l'engagement dans le comportement. Concernant notre étude, les parents sont à mesure d'appliquer un comportement de santé mais certains paramètres empêchent de réaliser le comportement. C'est le cas de l'allaitement maternel exclusif qui est une source sûre et hygiénique d'alimentation, suffisante d'énergie, d'éléments nutritifs et de liquides. Mais les parents estiment que cela est insuffisant et compliqué dans la zone où il se trouve. Ceci dit, un parent d'enfant affirme :

*Allaiter l'enfant jusqu'à quatre ou six mois c'est bien mais, ce n'est pas faisable avec nous qui vivons au village car les conditions de vie ne sont pas réunies pour nous. L'enfant doit boire de l'eau comme tout le monde sinon il va mourir de soif vu la chaleur. Bo cela peut se faire en ville comme ici dans la ville Kélo, mais avec*

*tout cela l'enfant a besoin de l'eau dès le premier jour puisque certains femmes leur lait ne vient pas vite, il faut le donner l'eau chaude pour lavé le ventre de l'enfant pour ne pas que sa gonfle* (Entretien du, 23/09/2022 avec un parent d'un patient à l'hôpital de Kélo).

#### **V.4 L'ETHNO-PERSPECTIVE**

Théorie de l'anthropologie contemporaine, l'ethno-perspective ou ethnanalyse permet l'étude d'un peuple à partir de lui-même. Elle est basée sur trois axes à savoir : la contextualité, la globalité et l'endosémie. Dans le cadre de notre recherche, nous allons nous appuyer sur deux axes : la globalité et l'endosémie.

##### **V.4.1 L'Endosémie**

L'endosémie relevé du sens du dedans. En effet, c'est la signification que les membres d'une aire culturelle attribuent aux éléments utilisés. En ce qui concerne les recours au traitement de la malnutrition chez les enfants, les itinéraires thérapeutiques sont en fonction de la socioculturelle d'appartenance.

Dans la culture kéloise, le choix thérapeutique appliqué aux individus est celui que prévaut la culture comme le révèle ce propos : « *dans notre communauté zime notre croyance recommande la médecine traditionnelle et les méthodes utilisées pour le traitement des maladies en généralité car c'est l'héritage de nos ancêtres et nous devons faire perdurer cela de génération en génération* » (Entretien Souckyassou du, 07/10/2022 à Kélo).

Pour la prise en charge endogène de la malnutrition, plusieurs éléments ayant une signification particulière dans la localité sont utilisés pour faire face à cette maladie. Nous notons le gri-gri, les plantes, l'oignon sauvage, les écorces, parties du corps, éléments matériels etc.

##### **V.4.1.1 La signification de gri-gri dans la pratique de prise en charge de la malnutrition**

Dans le cadre de prévention de la maladie, les parents d'enfants attachent le gri-gri au coup de l'enfant comme moyen de prévention. En effet, ce gri-gri est doté d'un pouvoir des ancêtres soit par les forces surnaturelles comme le confirme notre enquêteur pendant notre entretien : « *le gri-gri est un moyen de prévention efficace que nous l'utilisons comme un moyen de prévention contre toutes les maladies du fait que cet gri-gri est l'œuvre de connaissances ancestrales et ces connaissances ces transmettent génération en génération* » (Entretien avec Moussa Ali du 17 /09/2022 à Kélo.)

Nous retenons que le *gri-gri* est une pratique ancestrale et cette pratique à un pouvoir ancestral qui est transmis de génération en génération pour la prévention contre toutes maladies qui surgissent dans la communauté.

#### ❖ Les mains

Les mains du tradipraticien ne viennent pas du hasard. En effet, elles sont dotées d'un pouvoir qui a été transmis par les ancêtres, soit par les forces surnaturelles comme le confirme un de nos informateurs: « *le tradipraticien tient ses pouvoirs des ancêtres. Ce sont eux qui lui donnent la possibilité de traiter ses patients avec efficacité*» Entretien avec (ETIENE du 17/9/2022 à Kélo). Dans le même sens, la praticienne souligne que : « *la main qui compose les remèdes et l'applique sur le malade est la volonté des ancêtres. Ce savoir que je possède est un don et une bénédiction des ancêtres qui ont vu en moi une personne à qui donner la possibilité de traiter et rendre efficace les traitements*» (Entretien avec LAMONE au sein de l'hôpital de Kélo en août 2022).

#### V.4.1.2 Les significations des éléments matériels dans la pratique de prise en charge de la malnutrition

Concernant les éléments matériels nous notons les lames de rasoir, la pierre à écraser et les plantes.

#### ❖ La lame de rasoir

La lame de rasoir symbolise l'ouverture de certaines parties du corps. Il s'agit ici des traits marqués sur le corps qui sont des chemins de passage de l'énergie. La scarification du corps consiste également à conserver la beauté de la personne afin de signifier sa clarté avant et après la pratique dans la mesure où, les traits verticaux effectués sur le visage ne sont pas très visibles à l'œil. Avec la finesse de lignes, chaque patient veut garder la discrétion d'une éventuelle pratique de la « vaccination ».

#### ❖ La pierre à écraser les plantes et écorces

Dans le construit populaire de la population kéloise, la pierre à écraser a plusieurs significations dans le traitement de la malnutrition. L'une étant pour rendre en poudre les écorces et les plantes qui seront utilisés lors de scarification est qu'elle permet de rendre le patient solide face aux attaques des mauvais esprits. Après avoir fini d'écraser les écorces, la poudre reste sur la pierre est posée avant le début patient. Un praticien traditionnel explique le fait comme suite : « *Quand je mets la poudre restée sur la pierre sur le front de mon patient, c'est pour lui montrer qu'il sera solide comme la pierre. C'est la porte d'entrée du processus de vaccination du patient* » (Entretien du 17 août 2022 avec ALPHONS).

❖ **L'écorce de *mijine* (le tamarinier)**

C'est une plante qu'on trouve dans la forêt et au bord des rivières. Ses écorces sont à usage multiple car elles permettent d'évacuer les déchets qui se trouvent dans le ventre de l'enfant malade. Dans ce sens, elle régénère et donne une possibilité au malade de trouver la guérison. L'usage de ces écorces montre l'importance des arbres en Afrique et c'est la raison pour laquelle, n'importe qui ne peut aller chercher ses écorces dans la forêt et/ou au bord des rivières. C'est pourquoi un parent d'enfant dit ceci : « *Pour avoir cette écorce, il faut demander les esprits de la forêt avant de l'extraire de l'arbre. C'est une écorce puissante à cause du pouvoir que les ancêtres envoient à cet arbre* » (Entretien avec Souk-yassou du 20/10/2022 à Kélo). Dans le but de soutenir le pouvoir des arbres MBONJI EDJENGUELE (2006) cité par TSONA (2015), soutient les propos de BIRAGO Diop en ces termes :

*Ecoute plus souvent*

*Les ancêtres que les choses*

*[...]*

*Ecoute le vent*

*Le buisson en sanglots :*

*C'est le souffle des ancêtres.*

*Ceux qui sont morts ne sont jamais partis.*

*[...]*

*Les morts ne sont pas sous terre :*

*Ils sont dans l'ombre qui frémit,*

*Ils sont dans le bois qui gémit,*

*[...]*

*Ils sont dans la forêt, ils sont dans la demeure,*

*Les morts ne sont pas morts.*

❖ **Les feuilles de moringa**

Le moringa est une plante qui est plantée dans le ménage kéloïse pour la consommation de ses feuilles qui présente de nombreuses vertus pour le bien être dans le domaine d'alimentation. En effet, les feuilles de moringa est un médicament par excellence pour la prise en charge des enfants malnutris. Le moringa renforce aux enfants un système humanitaire pour la bonne croissance. Le moringa par ses feuilles de couleur verte symbolise l'espoir. Vu l'importance de cette plante, les parents utilisent ses feuilles comme un remède très efficace pour une bonne prise

en charge des enfants. Elle est d'ailleurs recommandée par les thérapeutes et les personnels de la santé aux parents de nourrir leurs enfants malnutris à base de cette plante.

#### **V.4.1.3 La signification des recommandations données au malade**

Beaucoup plus après les traitements, les patients sont soumis à une série d'interdit pour rendre efficace le traitement. Alors pour les patients qui ont été scarifiés, il leur est recommandé de ne pas se laver durant une période bien déterminée. Cette recommandation traduit dans la localité l'effectivité et l'efficacité de la pratique de scarification en ce sens ou, les jours que le patient va passer sans se laver vont permettre aux incisions effectuées sur le malade de se cicatriser et marquer dès ce moment l'effectivité du traitement. Pour MADIYA (1993) citée par TSONA (2015) explique : « *cette exigence s'explique par le fait que tous les produits cicatrisants sont soumis à l'interdit selon lequel ils ne doivent pas entrer en contact avec [...] sous risque de perdre leur efficacité* ».

Cet interdit va permettre à la poudre d'ancrer dans le corps de l'individu d'agir dans l'organisme afin de rétablir sa santé.

### **V.5 LA GLOBALITE**

L'holisticité stipule que, pour étudier un phénomène culturel, on doit l'étudier par rapport à l'ensemble, pour dire aux autres items culturels de la communauté kéloise. Ceci dit, pour comprendre les représentations sociales, pratiques thérapeutiques, il faut comprendre les autres pans de la culture de la population kéloise. Partant de ce fait, l'étude des représentations sociales de la malnutrition et les pratiques thérapeutiques permet de mieux cerner les éléments de la population kéloise à savoir : le langage, la religion et l'économie.

#### **V.5.1 Les pratiques thérapeutiques et l'économie**

La prise en charge traditionnelle de la malnutrition des enfants n'est pas la même qu'en biomédecine qu'au niveau du traitement et qu'au niveau des dépenses. En ethno-thérapie, les dépenses financières sont peu coûteuses pour le patient qui consulte le tradipraticien. Ainsi donc, les dépenses peu influentes effectuées chez les ethno-thérapeutes permettent aux parents d'enfants de maintenir l'équilibre financier durant la période de traitement et d'éviter ainsi une chute financière. D'un point de vue anthropologique, le traitement traditionnel est une forme d'échange car, il met en lumière le phénomène du « donné et du recevoir ». Pour dire que, le renvoi à l'acquisition de la santé physique, psycho-psychique et spirituelle.

#### **V.5.2 La thérapie et la religion**

A ce niveau, il s'agit pour le patient d'entrer en symbiose avec le divin représenté par le spirituel ou l'invisible. C'est dans cet esprit que le thérapeute traditionnel durant sa période de

voyage, établit une connexion avec les esprits qui vont lui transmettre les différentes causes de la maladie (qu'elle soit naturelle ou mystique) et les personnes responsables de la maladie (si elle est d'ordre mystique). Pendant cette période de méditation, on constate directement le lien entre le tradipraticien et la religion dans la communauté kéloise. Dès lors, la pratique médicale effectuée sur le patient permet de mettre en contact avec le divin ce qui va renforcer le lien de croyance du malade qui attend d'être guéri.

### **V.5.3 Les représentations socioculturelles et le langage**

Le langage est un élément culturel qui permet de transmettre un message en négro-culture africaine. Le langage est une communication codée qui véhicule des informations à qui sait le lire. Pour saisir le sens de ces scarifications chez les enfants constituent un message. Cet argumentaire montre comment les représentations sociales et pratiques trajectoires thérapeutiques sont un moyen de communication chez les membres d'une communauté et véhiculent un message crypté qui est compris et accessible à qui sait le lire et comprendre. Comme le soulignent MARESCA et NORMAND (1994) cité par TSONA(2015) « *Tout est signe ; il suffit de savoir regarder et lire* ».

## **V.6 L'APPROPRIATION DES REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES ET PRATIQUES THERAPEUTIQUE CHEZ LE PEUPLE KELOIS.**

L'intérêt de la logique identitaire des représentations socioculturelles de la malnutrition est l'un de facteurs qui justifie les manières de penser de la population kéloise et les recours thérapeutiques dans la socio-culture kéloise à travers les facteurs qui influencent les différentes techniques de prévention et de traitement de la malnutrition. L'interprétation des représentations sociales est un élément culturel qui met à la découverte la notion de culture. Son recours dans la compréhension et l'interprétation de la malnutrition permet à l'homme kélois de se singulariser et se différencier et d'adopter un comportement propre aux normes et valeurs du groupe kélois.

L'interprétation de représentations socioculturelles de la malnutrition et pratique pour la prise en charge a été le point phare de ce chapitre. Pour atteindre cet objectif, nous nous sommes permis de déterminer les différents facteurs qui jouent sur les représentations sociales de la malnutrition, de décrire les origines clinique et endogène de la malnutrition.

De ce point de vue, nous avons fait appel au concept de représentations sociales pour expliquer et comprendre les idées que les individus se font du phénomène de maladie, de malnutrition, le concept HBM pour comprendre les attitudes adoptées par les individus par rapport à la maladie.

Au sortir de ce chapitre mettant en exergue les raisons socioculturelles de construction des pratiques de prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo, il en ressort que les constructions sont d'ordres de croyance aux médecines, les connaissances des remèdes par les populations, la proximité géographique avec les thérapeutes. L'analyse de ces processus a mis en exergue des raisons individuelles, des raisons culturelles, comme moteur de ce phénomène. L'ethno-perspective à travers l'endosémie culturelle, la globalité qui nous a permis d'étudier le phénomène par rapport à d'autres éléments de la culture kéloise. Ainsi, nous pouvons soutenir que, l'ethno-perspective, le concept de représentations sociales, le concept du modèle de croyance relatif à la santé nous ont été important dans l'interprétation des données issues de terrain.

**CONCLUSION**

Le présent travail de recherche a pour titre *Représentations socioculturelles, pratiques et prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo*. Le problème qu'a soulevé notre recherche est de connaître les raisons pour laquelle malgré une abondance en matière alimentaire permettant la bonne alimentation du nourrisson et surtout les enfants à l'âge de croissance, ces derniers sont toujours liés au risque d'être atteints de la malnutrition. En Afrique, au Tchad et en particulier dans le district de Kélo, la malnutrition chez les enfants fait l'objet de représentations et constructions sociales. Le problème que nous avons soulevé a suscité un certain nombre d'interrogations qui ont conduit à socialiser et comprendre la réalité de la malnutrition chez les Kélois.

Partant de cela, une question principale a été posée de la manière suivante : Quelles sont les représentations socioculturelles et les pratiques de prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo ? Cette question est secondée par trois questions secondaires. La première est quelles sont les origines de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo ? La seconde quant à elle est comment se fait le choix de recours au soin thérapeutique pour la prise en charge et la prévention contre la malnutrition au sein de la communauté de district sanitaire de Kélo ? La troisième en fin est quelles sont les causes de la faible participation au soin biomédical au sein du district sanitaire de Kélo ? En souscrivant à la logique des sciences sociales en général et particulières en anthropologie, les questions de recherche susmentionnées ont suscité un ensemble d'hypothèses de recherche suivantes. Ainsi, l'hypothèse principale est posée comme suit : dans le district de santé de Kélo, la malnutrition est perçue comme une maladie des pauvres, de la malédiction, de la malchance, de la traverse, de la sorcellerie et de la transgression des normes et valeurs culturelles. Cette hypothèse principale se subdivise en trois hypothèses secondaires. Elles sont structurées comme suivantes. La malnutrition dans le district de santé de Kélo est due aux sous-alimentations des enfants, à l'environnement socioculturel et à l'aspect surnaturel. Le choix de recours thérapeutiques s'opère par la préférence médicale, les éléments des soins thérapeutiques disponibles et les méthodes de prévention contre la malnutrition dans la communauté. La communauté kéloise à une croyance, une représentation socioculturelle, une pratique de prise en charge de malnutrition, aux produits pharmaceutiques et aux croyances religieuses.

Pour vérifier ces hypothèses, nous avons fait recours à une double procédure méthodologique à savoir la recherche documentaire et la recherche de terrain. Pour la recherche des données documentaires, elles se sont déroulées du mois de Juin 2022 en Août 2022 pour la première phase et la seconde phase du mois de Novembre 2023 jusqu'à la fin de la rédaction de

la première mouture de ce travail. Cette recherche s'est faite dans les différents sites à savoir les bibliothèques du Cercle-Philo-Psycho-Socio-Anthropo (C.P.P.S.A), du Cercle Histoire-Géographie et Archéologie(CHGA) et de l'Ecole Normale Supérieure de l'Université de Yaoundé I, la bibliothèque de l'Institut de Formation et de Recherches Démographiques (IFORD) de l'Université de Yaoundé II, de la bibliothèque personnelle et sur l'Internet. Cette phase tout d'abord a consisté à recenser tous les documents scientifiques dans le domaine de la santé ensuite la sélection de ceux rapportant sur le sujet de recherche. A côté de cela, nous avons conçu une fiche bibliographique et de lecture qui nous a facilité la tâche au tout long de notre investigation. Ces documents sont constitués des ouvrages, des articles, des rapports, des Mémoires et des Thèses s'articulant autour de la thématique. L'élaboration de fiche de lecture de chacun de ces documents qui sont regroupés en catégories a permis la mise sur pied de la revue de la littérature. A partir de la prise de position, nous avons eu à ressortir l'originalité de travail.

La recherche de terrain quant- à- elle a consisté à déterminer les catégories des personnes choisies pour cette étude et la localité visée pour cette recherche. Ainsi, au terme de cet exercice, nous avons entrepris la recherche dans la commune de Kélo précisément dans le district sanitaire de Kélo où se trouve les victimes de la malnutrition, de leurs proches et des pratiques de prise en charge où nous avons enquêté du 07 Septembre au 28 Octobre 2022.

L'exercice de cette collecte a mobilisé les instruments de l'investigation de la recherche suivants : L'entretien individuel approfondi, le récit de vie, le carnet de note et l'appareil de prises des images, instruments grâce auxquels nous avons eu des données orales et iconographiques. L'entretien individuel approfondi nous a permis de discuter profondément avec les acteurs sur la question du choix de la trajectoire thérapeutique. Le carnet de note qui a été l'un des principaux éléments de recherche de terrain, nous a permis de relever parfois surplace, des informations rentrant dans la logique de nos champs de préoccupations. A cet effet, nous avons pu noter les heures de prise de service par les personnels de santé à l'hôpital et noter certaines choses que les enquêtés n'ont pas déclarés lors des entretiens, mais après la discussion. Le récit de vie a été d'un intérêt capital en ce sens qu'il a permis de recueillir les différentes pratiques thérapeutiques, les exploits de soin par les soignants ainsi que les différentes raisons qui ont animés les parents et leurs proches de s'orienter vers les différents chemins empruntés pour la guérison. Ensuite la technique de l'observation documentaire a permis de retracer les différents écrits sur la question de malnutrition et le choix de pratique thérapeutique. Cette technique a permis de se rendre compte que le phénomène de malnutrition a été abordé dans plusieurs champs scientifiques, mais pas avec les mêmes aspects thérapeutiques. L'analyse et

l'interprétation des données de terrain ont été réalisées à partir d'un modèle de représentations sociales d'Emile DURKHEM, le concept du modèle de croyance relatif à la santé, et l'ethno-perspective. Le recours à la théorie des représentations sociales a permis de voir comment les populations de la commune de Kélo représentent la malnutrition, les victimes de malnutrition, les discours construits autour de malnutrition et l'influence du choix thérapeutique des parents. L'ethno-perspective a permis de comprendre comment la communauté kéloise élabore les procédés culturels pour exploiter les ressources naturelles.

Cette procédure d'intelligibilité nous a permis de parvenir aux principaux résultats ci-après :

- **Résultat n°1** : La malnutrition dans la commune de Kélo est liée à la pauvreté. Pendant notre entretien sur le terrain nous avons constaté que les populations attribuent la malnutrition au phénomène de la pauvreté.
- **Résultat n°2** : Au cours de notre recherche, nous avons eu a constaté que la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo est influencée par les représentations sociales et le pluralisme des savoirs thérapeutiques. En effet, tout au long de notre recherche nous avons remarqué que les populations attribuent plusieurs significations au problème de malnutrition. Au sein de la communauté kéloise, la malnutrition est considérée comme une maladie mystique qui est issue de main d'un génie ou d'un sorcier. Elle est aussi considérée comme étant la résultante de la colère des ancêtres et également prise comme étant le poison des enfants.
- **Résultat n°3** : Les représentations sociales influencent sur les pratiques thérapeutiques pour la prise en charge de la malnutrition. De ce fait, plusieurs facteurs jouent sur le choix du système de pratiques thérapeutique. Les parents d'enfants souffrant s'orientent vers une médecine par rapport à une autre en fonction de l'appartenance linguistique ou culturelle.
- **Résultat n°4** : Malgré la présence de la médecine moderne et le recours des parents à cette médecine, les normes culturelles recommandent la médecine traditionnelle pour le traitement de la maladie en général et en particulier la malnutrition. En plus de cela, les anciens parents des victimes de la maladie participent aussi au choix du recours thérapeutique pour la prise en charge de la maladie.
- **Résultat n°5** : Les parents utilisent trois types de médecine pour résoudre le problème de la malnutrition qui trouble la croissance des enfants.

Ce travail universitaire était limité à étudier les représentations socioculturelles de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo et de présenter les manières de d'agir, de penser, de faire vis-à-vis de la pratique de prise en charge de cette maladie.

Nous nous sommes intéressés au phénomène des pratiques de prise en charge de la malnutrition, mais cette thématique peut aussi être étudiée sous un autre angle. De ce fait, nous espérons que cette recherche et ses résultats pourront faire l'objet d'études encore plus approfondies dans les recherches futures et dans d'autres domaines des sciences sociales.

**SOURCES**

## Sources écrites

### OUVRAGES GÉNÉRAUX

**ABRIC, J. C.** (1994a et b), *Pratiques sociales et représentations*, Paris PUF.

Ag Iknane , A., Sombie, C., Kamian, K., & Diawara, F. (2010). Pratique des mères en matière de santé-nutrition des enfants de moins de 5 ans à Sikasso au Mali. *Revue*, 94(1), 195-205.

**AUGE, M.** et al. (1991), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, édition Des Archives contemporaines.

**BATIBONACK, S. et BATIBONACK, P.** (2017), " Nouveaux " thérapeutes au Cameroun, Douala, Cheik Anta Diop.

**CARRICABURU, D. et MENOIRET, M.** (2005), *Sociologie de la Santé, Institutions, Professions et maladies* par Armand Colin.

**AKOUN A. et ANSART P.** (1999), (dir) *Dictionnaire de sociologie*, Paris, le Robert et le Seuil.

**ADAM, P. et HERZLICH, C** 2004, *Sociologie de la maladie et de la médecine* .Paris, Armand colin.

**AUGE, M.** 1994, *Le sens des autres Actualité de l'anthropologie*.Paris,Fayard.

**CLAUDE, R.** 1995, *Introduction à l'anthropologie*. Paris, Hachette.FASSIN, D 1996, *L'Espace politique de la santé Essai de généologie*. Paris, P.U.F.

**FONTAINE, M.** 1984, *Santé, culture en Afrique noire, Une expérience au Nord Cameroun*. Paris, seuil. F

Grand Larousse Universel (1993), Tome 8, 10, 13, 14.

**BENOIST J.** (2002), *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale*, Tome1, 2 et 3, Laboratoire d'Ecologie humaine, Université d'Aix-Marseille III, France.

**GRAWITZ M.** (2004), *Les lexiques de sciences sociales*, Paris Dalloz, 8<sup>e</sup> édition.

---

### ▪ Ouvrages méthodologiques

**BEAU M.** (2006), *L'art de la thèse*, La découverte, Nouvelle édition.

**BEAU S. et WEBER F.** (2003), *Guide de l'enquête de terrain, produire et analyser les données ethnographiques*, Editions la Découverte, Nouvelle édition, Paris XIII<sup>e</sup>

**COMBESSIE J. C.** (1996), *La méthode en sociologie*, Editions La Découverte, Paris.

Commission Scientifique Consultative, Normes de présentation et d'évaluation des Mémoires et des Thèses de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Yaoundé I.

**GRAWITZ, M.** (2001), *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz 11<sup>ème</sup> édition.

**LAWRENCE O. et al.** (2005), *L'Elaboration d'une problématique de recherche. Sources, outils et méthode*, le Harmattan.

**MANGALAZA E. R.** (2010), *Concevoir et réaliser son Mémoire de Master I et Master II en Sciences Humaines et Sociales*, le Harmattan, Editions Tsipika.

**MUCCHIELLI A. et PAILLE P.** (2016), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* par Armand Colin, 4<sup>e</sup> édition.

**QUIVY, R. et VAN Campenhoudt, L.** (2006), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 3<sup>ème</sup> édition.

**ZAGRE A.** (2013), *Méthodologie de la recherche en sciences sociales. Manuel de recherche sociale à l'usage des étudiants*, par l' Harmattan.

## I.OUVRAGES SPECIFIQUES

- AKOTO, E, HILLA.,** 1988, Morbidité, malnutrition et mortalité des enfants.
- ABRIC, J. C.** (1994a et b), *Pratiques sociales et représentations*, Paris PUF.
- AUGE, M. et al.** (1991), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, édition Des Archives contemporaines.
- BATIBONACK, S. et BATIBONACK, P.** (2017), " *Nouveaux* " *thérapeutes au Cameroun*, Douala, Cheik Anta Diop.
- BOSCOULERGUE, P.,** 1963 Nation d'hygiène alimentaire adoptée au nord Cameroun .Paris ORSTOM.
- COOK, J. et DOMMERGUES** 1993, L'enfant malade et le monde médical : dialogue entre les familles et soignants.
- CARRICABURU, D. et MENOIRET, M.** (2005), *Sociologie de la Santé, Institutions, Professions et maladies* par Armand Colin.
- CHIPPAUX, J. P.** (2006), *Les serpents d'Afrique occidentale et centrale*, Institut de recherche pour le développement, Collection faune et flore tropicales 35, Édition revue et augmentée, Paris.
- YVES BERTRAND DJOUNDA FEUDJIO, H.BLAISE NGUENDO YONGSI, ANTOINE SOCPA et YOMSI e** (2015), (sous dir), *Offres, recours & accès aux soins de santé parallèles en Afrique. Des acteurs en quête de légitimité sociale, médicale et institutionnelle*, Québec, Canada : Différence pérenne.
- DUPIRE, M.** (1962), *Peuls nomades. Etude descriptive des Wodaabe du Sahel nigérian*, Paris, Institut d'Ethnologie.
- DUPIRE, M.** (1970) *Organisation sociale des Peuls. Etude d'ethnologie comparée*, Paris, Plon.
- DELPEUCH, F. et Al,** 2002, Nutrition et politiques publiques. Montpellier.
- DE GARINE, I.,** 1996, Aspects psycho culturels de l'alimentation : motivation des choix, interdits et préférences. Paris, Le Harmattan.
- ELIWO, M. A. &al.** (2002), *Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : Pluralisme thérapeutique entre traditions et modernité (Benin, Côte d'Ivoire et Mali)*, L'Institut de Formation et de Recherche Démographiques, Août.
- FISCHER, G. N.** (1987), *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Presses de l'université de Montréal, Dunod.

**LE FLOCH, A. L. B-** et al. (2015), *L'autonomie en matière d'automédication et ses limites telles que perçues dans les comptes rendus de « pharmacies familiales » en pays Messin*, en ligne sur [automed.hypotheses.org/bergot-le...](http://automed.hypotheses.org/bergot-le...). Consulté le 04/08/2021 à 23h55.

**FOTSO DJEMO, J-B.** (2009), *Le regard de l'autre : la médecine traditionnelle africaine*, Paris, le Harmattan.

**JANZEN, J.** (1995), *La quête de la thérapie au bas-Zaïre*, Paris Karthala.

**JODELET, D.** (1984), *Représentation sociale : Phénomène, concepts et théories. Psychologie sociale*, Paris PUF.

**Koppert,S.,** 2000, Etude alimentaire ,alimentaire anthropométrique et pathologie d'un village massa du Nord du Cameroun . Wageningen. Département de nutrition,université des science agro omiques.

**LAPLANTINE, F.** (1986), *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologie des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot.

**MBONJI EDJENGUÈLÈ** (2009), *Santé, maladies et médecine africaine. Plaidoyer pour l'autre tradipratique*, Les Presses Universitaires de Yaoundé, Juin.

**MOLINER, P.** (1996), *Images et représentations sociales de la théorie des représentations à l'étude des images sociales (vies sociales)*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

**MONORET-C.** (1997), *Accès aux soins des populations démunies. Situation et perspectives en 1996*, Paris, l'Harmattan.

**MONTEILLET, N.** (2005), *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun. Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Paris, Karthala.

**MOSCOVICI, S.** (1961), *La psychanalyse, son image, son public*, Paris, PUF.

**MOSCOVICI, S.** (1984), *Psychologie sociale*, Paris, Presses Universitaire de France.

**MVONE-NDONG, S.-P. E.** (2008), *La médecine traditionnelle : Approche éthique et épistémologie de la médecine au Gabon*, L'Harmattan.

**NKOUM, B. A.& SOCPA, A.** (2015), *L'hôpital du Cameroun à l'heure de l'innovation managériale*, Presses de l'Université Catholique d'Afrique Centrale, Septembre.

**PRITCHARD, E.** (1978), *Sorcellerie, Oracles et magie chez les Azandé*, Paris, Gallimard, (Bibliothèque des Sciences Humaines).

**STRAUSS, A.** (1992), *la trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, l'Harmattan.

**VALENCE, A.** (2010), *Les représentations sociales*, Bruxelles : De Boeck, 2010.

**YORO, B. M. et GUILLEMETTE, F.** (2012), (sous dir), *Recherche qualitative en contexte africain*, Association pour la Recherche Qualitative (ARQ).

## **II .ARTICLES SCIENTIFIQUES**

**ANNAN, R., WEBB, P., & BROWN, R.** (2014). *Prise en charge de la malnutrition aigüe modérée MAM: Connaissances et pratiques en vigueur.*

**ALIDOU, C., SALIFOU, A., TCHOBO, F., & SOUMANOU, M. M.** (2015). Connaissance endogène et utilisations du Moringa oléifera pour les populations autochtones de huit départements du Bénin [ Endogenous knowledge and applications of Moringa oleifera for indigenous peoples from eight departments of Benin ]. *Scholarly Journals*, 13(2), 316-326.

**ACF** 2012, Analyse qualitative des causes de la malnutrition, Grand Kanem.

**AUBRUY, P. et BERAND-Alex, G.,** 2019, Malnutrition protéino-énergétique.

**BONNET D.** 1996, La notion de négligence sociale : le cas de l'enfant malnutri en Afrique de l'Ouest, séminaire no30.

**CHRISTIAN M ET CHARLES L.**, 2000, les facteurs explicatifs de la malnutrition en Afrique Subsaharienne.

**CAREMEL, J. F., & ISSALEY, N.** (2016). *Des cultures alimentaires « sous régime d'aide » ? Négociations autour des Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE) et de la malnutrition infantile.*

**FAO,** 2019, Plan de réponse humanitaire Cameroun

**FAO, FIDA, UNICEF, PAM,** 2017, L'état de sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde.

**MOUSSA, K. A.** (2007). *Les déterminants de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans au Tchad.*

**MVESSOMBA, A. E.** (2013). *Guide de méthodologie pour une initiation à la méthode expérimentale en psychologie et à la diffusion de la recherche en sciences sociales.* (G. I. Press, Éd.) Yaoundé.

**MYRIAM R.P.** 1996, Représentations populaires de la malnutrition au Burkina-Faso, Sciences sociales et santé, vol 14, no1

**OMS,** 2015, Normes de croissance de l'enfant.

**UNHCR et PAM,** 2011, Manuel pour l'alimentation sélective : la prise en charge de la malnutrition dans les situations d'urgence.

UNICEF, 1998, Situation des enfants dans le monde .

### III. THESES ET MEIRES

**MBOUMBA Hugues**, 2010 , Facteurs explicatifs de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans au Gabon, Master professionnel en démographie, IFORD, Université de Yaoundé2.

**NSANGOU Moustapha**, 2015, Alimentation sucrée et pathologies cardiovasculaires dans la socio-culture Foulbé de Yaoundé, Master en Anthropologie, Université de Yaoundé1.

**TANANG Patrice**, 2009, Facteurs explicatifs de la malnutrition des enfants de cinq ans au Cameroun , Master professionnel en démographie, IFORD, Université de Yaoundé2.

**FOKA KUIPOU Freddy Franck**, 2021, Perceptions de la malnutrition infantile et ses trajectoires thérapeutiques chez les Gbaya de Kambele I.Master en Anthropologie , Université de Yaoundé1.

### IV.TEXTES ET RAPPORT

FAO(2021), rapport de l'état de la sécurité alimentaire et de nutrition dans le monde

SUN(2019) rapport sur les tendances mondiale sur les enfants malnutris

L'UNICEF(2009) rapport de plan de développement au Tchad

SMART(2014) rapport de prise en charge de la malnutrition

### V.WEBOGRAPHIE

- ✓ <http://www.unicef.org/fr> (consulté le 12 /04/2022 à 19h 15mn)
- ✓ <http://www.ifpri.org>(consulté le 07/05/2022 à 10h)
- ✓ [http://www.who.int/nutrition/publications/CIP\\_documents/fs/](http://www.who.int/nutrition/publications/CIP_documents/fs/)(consulté le 15 /4/2022 à 22h)
- ✓ <http://www.medicinesciences.org>(consulté le 22/04/2022 à 16h 30mn)
- ✓ <http://www.who.int/irs/bistream/handle/10665/280133/9789241550468-eng.pdf>(consulté le 19/03/2022 à 20h 10mn)
- ✓ <http://frstrategie.org>(consulté le 02/02/2022 à 09h)
- ✓ <https://www.ennonline.net/attachments/2293/Prise-en-charge-MAM-connaissances-sep-2014.pdf>(consulté le 03/04/2022 à 21h)
- ✓ <https://www.actioncontrelafaim.org/wp-content/uploads/2018/01/nutritioncausalanalysis>

- ✓ linknca-grandkanemtchad2012.compressed.pdf (consulté le 10/04/2022 à 20h)
- ✓ [https://www.msf.fr/sites/default/files/201311\\_note\\_de\\_synthese\\_depistage\\_nutrition\\_fr.pdf](https://www.msf.fr/sites/default/files/201311_note_de_synthese_depistage_nutrition_fr.pdf) (consulté le 6/04/2022 à 10h)
- ✓ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition> le 10/03/2022 à 20h)
- ✓ [www.fr.m.wikipedia.org](http://www.fr.m.wikipedia.org)

## SOURCES ORALES

### Liste des informateurs

N°	NOMS ET PRENOMS	SEXE	AGE (ANS)	ETHNIE	RELIGION	STATUT SOCIAL
01	Adom	Masculin	27	Zimé	Protestant	Cultivateur
02	Actha	Féminin	40	Arabe	Musulmane	Commerçante
03	Mahamat	Féminin	25	Wadaine	Musulmane	Ménagère
04	Avocksouma David	Masculin	31	Marba	Protestant	Cultivateur
05	Felix	Masculin	28	Marba	Protestant	Cultivateur
06	Avintoi	Masculin	35	Marba	protestant	Commerçant
07	Antoine	Masculin	30	Lélé	Catholique	Commerçant
08	David	Masculin	28	Zimé	Catholique	Etudiant
09	Bechir	Masculin	27	Mousé	Protestant	Etudiant
10	Pafing	Masculin	35	Moundang	Catholique	Enseignant
11	Chantale	Féminin	30	Gambaye	Catholique	Commerçante
12	Doucksoum	Masculin	30	Zimé	EET	
13	Clarisse	Féminin	29	Gambaye	Catholique	Commerçante
14	Dieudonné	Masculin	26	Marba	EET	Etudiant
15	Tchatcho	Masculin	33	Zimé	Protestant	Agronome
16	Sthere	Féminin	30	Zimé	EET	Ménagère
17	Fatoumatou	Féminin	28	Foulbé	Musulmane	Ménagère
18	Gäidigue	Masculin	40	Lélé	Protestant	Cultivateur
19	Kalco	Masculin	35	Marba	EET	Cultivateur
20	Honoriné	Féminin	25	Lélé	Catholique	Ménagère
21	Laïla	Féminin	24	Gambaye	Catholique	Ménagère
22	Augustine	Féminin	30	Zimé	Catholique	Ménagère

**REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES, PRATIQUES ET PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION  
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KELO (TCHAD)**

23	Linda	Féminin	40	Gambaye	Adventiste	Commerçante
24	Amath	Masculin	45	Kanebou	Musulman	Commerçant
25	Jean	Masculin	37	Marba	Catholique	Cultivateur
26	Gandjane	Féminin	43	Zimé	Protestante	Ménagère
27	Nemega	Féminin	35	Lélé	Catholique	Enseignante
28	Abdalah	Féminin	28	Arabe	Musulmane	Etudiante
29	Saratou	Féminin	30	Marba	Catholique	Commerçante
30	Soukasia	Masculin	30	Marba	Catholique	Diplômé sans emploi
31	Tarkedji	Féminin	27	Lélé	protestante	Ménagère
32						

**Personnel de la santé**

N°	NOMS ET PRENOMS	SEXE	AGE	ETHNIE	RELIGION	STATUT SOCIAL
1	Boris	Masculin	38	Gambaye	Catholique	Médecin
2	They	Masculin	43	Gambaye	Catholique	Médecin
3	Ke-rim	Masculin	33	Wadaiye	Musulman	Pédiatre
4	Elenne	Féminin	45	Nantchééré	Protestante	Infirmière
5	Fana	Féminin	30	Zimé	Catholique	Infirmière contractuelle
6	Siara	Féminin	35	Natchéré	Catholique	Infirmière contractuelle
7	Fatou	Féminin	40	Gourane	Musulmane	Infirmière
8	Litam	Masculin	32	Marba	Catholique	Médecin Etagère

**Tradipraticien**

N°	Noms et Prénoms	Sexe	Âge (ans)	Ethnie	Religion	Statut social
01	Ramatou	Féminin	35	Zimé	Catholique	Tradipraticienne
02	Moussa	Masculin	40	Marba		Tradipraticien

**Les hommes d'Eglise**

**REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES, PRATIQUES ET PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION  
DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KELO (TCHAD)**

---

N°	Nom et Prenoms	Sexe	Age	Ethnie	Religion	Statut social
1	Philippe					
2	Liva					
3	François					
4	Simo					

**ANNEXES**

**ANNEXE 1 : AUTORISATION DE RECHERCHE ACCADEMIQUE**

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I  
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS, LETTRES ET  
SCIENCES HUMAINES



FACULTY OF ARTS, LETTERS  
AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE

DEPARTMENT OF ANTHROPOLOGY

Yaoundé, le 16 MARS 2022

### AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **Paschal KUM AWAH**, Chef du Département d'Anthropologie de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaine de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiant **SOUMLA SAMAYASSOU Bienvenu**, Matricule 17Q338, est inscrit en Master II dans ledit département. Il mène ses travaux universitaires sur le thème: «**Représentations socioculturelles, pratiques et prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaires de Kelo (Tchad)** », sous la direction du Professeur SOCPA Antoine.

A cet effet, je vous saurais gré des dispositions que vous voudriez bien prendre afin de fournir à l'intéressé toute information nécessaire à mesure de l'aider dans le bon déroulement de sa recherche.

En foi de quoi la présente autorisation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit./-



**Le Chef de Département**

*Paschal Kum Awah*

## ANNEXE2 : AUTORISATION DE RECHERCHE DE MEDECIN CHEF DE L'HOPITAL DE KÉLO

REPUBLIQUE DU TCHAD      UNITE-TRAVAIL-PROGRES  
CONSEIL MILITAIRE DE TRANSITION  
PRIMATURE  
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE  
SOLIDARITE NATIONALE  
SECRETARIAT D'ETAT  
SECRETARIAT GENERAL  
DELEGATION SANITAIRE PROVINCIALE ET DE LA  
SOLIDARITE NATIONALE DE LA TANDJILE  
DISTRICT SANITAIRE DE KELO  
HOPITAL DE DISTRICT SANITAIRE DE KELO  
N° 0164/CMT/PMT/MSPSN/SE/SG/DSPSNT/DSK/HDK/SAGR/2022

### AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné Dr DJERAKOULA DJEKOUADA THIERRY, Médecin Chef de l'Hôpital de District de Kélo, autorise Monsieur SOUMLA SAMAYASSOU BIENVENU, étudiant en Master de Recherche à l'Université de Yaoundé I, Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaine (Département d'Anthropologie) à mener ses recherches sur le thème : « Représentations socioculturelles, pratiques et prise en charge de la malnutrition dans le District sanitaire de Kélo (TCHAD) » dans ledit hôpital.

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

Fait à Kélo, le 06 Septembre 2022

Le Médecin Chef de l'Hôpital



Dr DJERAKOULA DJEKOUADA THIERRY

ANNEXE 3 : ATTESTATION DE RECHERCHE

REPUBLICQUE DU TCHAD  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
SECRETARIAT D'ETAT  
SECRETARIAT GENERALE  
DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SANITAIRE REGIONALE  
DELEGATION SANITAIRE PROVINCIALE DE LA TANDJILE  
DISTRICT SANITAIRE DE KELO  
HOPITAL DE KELO  
N° 001 /MSP /SP/SG/DGASR/DSRT/DSK/HK/2022

UNITE -TRAVAIL- PROGRES

**ATTESTATION DE STAGE DE RECHERCHE**

Je soussigne : ASSANE ADDA surveillant générale de l'hôpital du District de kélo atteste que :

Monsieur SOUMLA SAMAYASSOU BIENVENU de l'université de Yaoundé I, Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaine (Département d'Anthropologie) a effectivement mené sa recherche académique de terrain pour la rédaction de son mémoire de Master II dans le dit hôpital allant du 6 Septembre 2022 au 22 Octobre 2022(45) jours sur le thème : « Représentations socioculturelles, pratiques et prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de kélo (Tchad) »

Appréciation : Elément travailleur courageux, conscient et consciencieux, doté d'une moralité exceptionnelle.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée et servir ce que de droit.

Fait à Kélo le 28/10/2022

Le Surveillant Général

*Assane Adda*  
Firmier Diplômé d'Etat  
Tél: 66 15 37 87



ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

\*\*\*\*\*

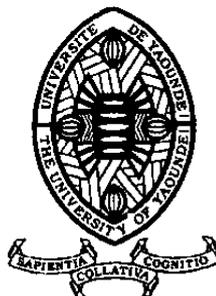
CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES  
HUMAINES, SOCIALES ET EDUCATIVES

\*\*\*\*\*

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

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

POST GRADUATE SCHOOL FOR THE SOCIAL  
AND EDUCATIONAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR THE  
SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF ANTHROPOLOGY

**Consentement éclairé adressé aux victimes**

Je soussigné, Mr/Mme/Mlle noms(s) et prénom(s).....

Avoir été invité à participer au travail de recherche intitulé « Représentations socioculturelles, pratiques de prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo(Tchad) » dont l'investigateur principal s'appelle Soumla Samayassou Bienvenu.

- J'ai bien compris la notice d'information qui m'a été remise concernant cette étude
- Ou bien on m'a lu et expliqué la notice d'information relative à cette étude
- J'ai bien compris le but et les objectifs de cette étude
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posées
- Les risques et les bénéfices m'ont été présentés et expliqués
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer
- Mon consentement ne décharge pas les investigateurs de la recherche de leurs responsabilités, je conserve tous mes droits garantis par la loi

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées dans la notice de l'information, c'est-à-dire :

- De répondre aux questions de la recherche
- De communiquer les informations médicales

Fait.....le

Investigateur principal

Participant

Soumla Samayassou Bienven Tel : 657670506/ 601105

## ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN

### Guide d'entretien No1:

#### Cible : Parents d'enfants victimes de la malnutrition

#### Mot d'introduction

*Bonjour/Bonsoir/Madame/Monsieur .....*

Nous vous remercions de nous recevoir aujourd'hui et de nous consacrer votre temps. Je suis Soumla Samayassou Bienvenu étudiante chercheuse en Master II au département d'Anthropologie à l'Université de Yaoundé I. Dans le cadre de la préparation de mon mémoire, je mène une étude sur le thème : «Représentations socioculturelles, pratiques et prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo (Tchad)». Cette recherche a pour objet d'analyser et décrire les représentations socioculturelles et les pratiques de prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de kélo ainsi que les interprétations culturelles autour de ce problème sociale et sanitaire. Raisons pour lesquelles je souhaiterai avoir une discussion avec vous sur à l'effet de recueillir vos opinions et perceptions sur les représentations et les pratiques de prise en charge des malnutris. Votre participation à cet exercice de recherche est totalement volontaire. Je vous rassure que les informations collectées auprès de vous seront traitées de façon confidentielle, ce qui veut dire que votre nom n'apparaîtra pas dans le rapport et qu'un surnom ou un code sera utilisé en lieu et place.

Etes-vous consentant (e) pour participer à cette séance de travail ?

- ✓ Si d'accord, continuation de l'exercice
- ✓ Si réponse défavorable, remerciez la personne et chercher un autre informateur

#### Section 0 : Caractéristiques sociodémographique du répondant

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est activité principale ?
- Quelle est votre situation matrimoniale ?
- Quel est votre niveau d'étude ?
- Quelle est votre religion ?

### **Section 1 : Généralités sur l'alimentation**

- Pour vous c'est quoi la sous-alimentation ?
- Quelles sont les types d'aliments donnez-vous à vos enfants ?
- Quels sont les interdits alimentaires liés aux enfants ?
- Pensez-vous que le lait maternel peut rendre l'enfant malade ou le maintenir en bonne santé ?

### **Section2: Etiologies de la malnutrition**

- Comment appelle-t-on la malnutrition dans votre langue maternelle ?
- Quelles sont les origines de la malnutrition ?
- Comment se manifeste-t-elle ?
- Quels sont les signes qui démontrent qu'un enfant est souffrant de la malnutrition ?

### **Section 3 : Perceptions socioculturelles de la malnutrition dans la commune de Kélo**

- Qu'est-ce que la malnutrition selon vous ?
- Que représente la malnutrition pour vous ou dans votre communauté ?
- Quel est le terme qui désigne la malnutrition dans votre communauté ?
- Quel est le terme qui désigne la malnutrition dans votre langue maternelle ?
- Quelles sont les catégories de personnes victimes de la malnutrition dans la commune de kélo et ?
- Les croyances culturelles vous empêchent de vous rendre à l'hôpital pour la prise en charge ?

### **Section 4 : Pratiques de prise en charge de la malnutrition dans la communauté**

- Que faites-vous quand votre enfant souffre de la malnutrition? Quels sont les médicaments que vous lui donner
- D'où viennent-ils et comment ils s'appliquent
- Que faites-vous quand celle-ci persiste ?
- Faites-vous recours à un spécialiste du domaine de traitement de malnutrition ?
- Pour vous, quelle préférence faites-vous entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle pour le traitement de la malnutrition ?
- Et quelle préférence pour votre communauté

**Section 5 : Relation soignant –soigné**

- Quelle image avez-vous du personnel de la santé ?
- Que pensez-vous du service du district sanitaire pour la prise en charge des personnes victimes de la malnutrition ?

## Guide d'entretien no2:

### Cible : Personnels de santé

#### Mot d'introduction

*Bonjour/Bonsoir/Madame/Monsieur .....*

Nous vous remercions de nous recevoir aujourd'hui et de nous consacrer votre temps. Je suis Soumla Samayassou Bienvenu étudiante chercheuse en Master II au département d'Anthropologie à l'Université de Yaoundé I. Dans le cadre de la préparation de mon mémoire, je mène une étude sur le thème : «Représentations socioculturelles, pratiques et prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo (Tchad)». Cette recherche a pour objet d'analyser et décrire les représentations socioculturelles et les pratiques de prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de kélo ainsi que les interprétations culturelles autour de ce problème sociale et sanitaire. Raisons pour lesquelles je souhaiterai avoir une discussion avec vous sur à l'effet de recueillir vos opinions et perceptions sur les représentations et les pratiques de prise en charge des malnutris. Votre participation à cet exercice de recherche est totalement volontaire. Je vous rassure que les informations collectées auprès de vous seront traitées de façon confidentielle, ce qui veut dire que votre nom n'apparaîtra pas dans le rapport et qu'un surnom ou un code sera utilisé en lieu et place.

Etes-vous consentant (e) pour participer à cette séance de travail ?

- ✓ Si d'accord, continuation de l'exercice
- ✓ Si réponse défavorable, remerciez la personne et chercher un autre informateur

#### Section 0 : Caractéristiques sociodémographiques

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre activité principale ?
- Quel est votre statut matrimonial ?
- Quelle est votre religion ?
- Quel est niveau d'étude ?
- Quelle est votre ethnie ?
- Vous résidez dans quel quartier, village ou ville ?

### **Section 1: Origine de la malnutrition**

- En tant qu'un personnel de santé c'est quoi la sous-alimentation ?
- Quelles sont les origines de la malnutrition selon vous ?
- Quelles sont les manifestations de celle-ci ?

### **Section 2: Perception de la malnutrition**

- Comment percevez-vous la malnutrition ?
- Quelles sont les différentes formes de malnutritions ?
- Que représente la prise en charge de la malnutrition pour vous ?
- En tant qu'un personnel de santé, comment représentez-vous une victime de malnutrition ?
- Quelles sont les différentes perceptions construites autour de prise en charge de la malnutrition et le traitement au sein de votre district sanitaire ?

### **Section 3: Pratiques et prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire**

- A quel moment recevez-vous les enfants victimes de la malnutrition et pourquoi ?
- A quel moment appliquez-vous le traitement ?
- Il y a combien de types de malnutritions que vous connaissez ?
- Combien de fois administrez-vous le traitement à une victime de malnutrition ?
- Combien de fois recevez-vous les victimes de malnutrition par jour, semaine et même par mois ?
- Y a-t-il des précautions à prendre pour aider les enfants malnutris avant de recevoir le traitement ?
- Le coût du soin est payable avant ou après le traitement ?
- Combien coûtent les soins et quelles sont les contreparties des actes médicaux ?
- En cas de non soin de la malnutrition, continuez-vous à chercher une autre solution ou faites-vous recours à un autre personnel de santé ?
- Quels sont les différents traitements de la malnutrition que vous connaissez ?
- Quelle est la durée du traitement ?
- Avez-vous tendance à recommander les victimes d'opérer le choix sur un autre itinéraire de pratique de prise en charge? Si oui, pourquoi le faites-vous
- Que pensez-vous de la médecine moderne, et de la pharmacopée traditionnelle pour le traitement de la malnutrition ?

- En cas d'échec de soins, quels conseils donnez-vous aux parents pour la prise en charge. ?

## GUIDE D'ENTRETIEN N3

### CIBLE : TRADIPRATICIENS

#### Mot d'introduction

*Bonjour/Bonsoir/Madame/Monsieur .....*

Nous vous remercions de nous recevoir aujourd'hui et de nous consacrer votre temps. Je suis Soumla Samayassou Bienvenu étudiante chercheuse en Master II au département d'Anthropologie à l'Université de Yaoundé I. Dans le cadre de la préparation de mon mémoire, je mène une étude sur le thème : «Représentations socioculturelles, pratiques et prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo (Tchad)». Cette recherche a pour objet d'analyser et décrire les représentations socioculturelles et les pratiques de prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de kélo ainsi que les interprétations culturelles autour de ce problème sociale et sanitaire. Raisons pour lesquelles je souhaiterai avoir une discussion avec vous sur à l'effet de recueillir vos opinions et perceptions sur les représentations et les pratiques de prise en charge des malnutris. Votre participation à cet exercice de recherche est totalement volontaire. Je vous rassure que les informations collectées auprès de vous seront traitées de façon confidentielle, ce qui veut dire que votre nom n'apparaîtra pas dans le rapport et qu'un surnom ou un code sera utilisé en lieu et place.

Etes-vous consentant (e) pour participer à cette séance de travail ?

- ✓ Si d'accord, continuation de l'exercice
- ✓ Si réponse défavorable, remerciez la personne et chercher un autre informateur

#### Section 0 : Caractéristiques sociodémographiques

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre activité principale ?
- Quel est votre statut matrimonial ?
- Quelle est votre religion ?

#### Section 1 : Origine de la malnutrition

- En tant qu'un thérapeute, c'est quoi la sous-alimentation ?
- Quelles sont les origines de la malnutrition selon vous ?
- Comment appelle-t-on la malnutrition dans votre langue maternelle ?

- Qu'est-ce que la prise en charge selon vous.

## **Section 2 : perception de la malnutrition**

- Que représente la malnutrition pour vous ?
- Quel est le terme qui désigne la malnutrition dans votre langue maternelle ?
- En tant qu'un thérapeute, comment représentez-vous un enfant victime de la malnutrition ?
- Quelles sont les manifestations de celle-ci ?

## **Section 3 : Recours aux pratiques thérapeutiques pour la prise en charge de la malnutrition**

- Depuis quand avez-vous commencé à soigner les enfants victimes de malnutrition ?
- Comment avez-vous appris ce métier ?
- A quel moment recevez-vous les victimes malnutries et pourquoi ?
- Pensez-vous occuper quel rang dans les recours thérapeutiques ?
- A quel moment appliquez-vous le traitement ?
- Il y a combien de types de malnutritions que vous connaissez ?
- Combien de fois administrez-vous le traitement à une victime malnutri ?
- Combien de fois recevez-vous les victimes malnutries surtout les enfants par jour, semaine et mois ?
- Où soignez-vous vos patients. Y a-t-il des précautions à prendre par le patient avant d'entre dans le sanctuaire pour les soins ?
- Le coût du soin est payable avant ou après le traitement ?
- Combien coûtent les soins et quelles sont les contreparties des actes médicaux ?
- Pour soigner, y a-t-il des paroles à prononcer, des sacrifices, des offrandes, des gestes à faire. Pourquoi les faites-vous ?
- En cas de non soin de malnutrition, continuez-vous à chercher une autre solution ou faites-vous recours à un autre thérapeute ?
- Quels sont les différents traitements de malnutrition que vous connaissez ?
- Quels sont les éléments que vous utilisez pour le traitement et comment l'utilisez-vous.
- Quelle est la durée du traitement ?
- Y a-t-il de traitement administré selon le genre et l'âge des victimes ?
- Avez-vous tendance à recommander les victimes d'opérer le choix sur un autre itinéraire thérapeutique ? Si oui, pourquoi le faites-vous ?

- Que pensez-vous de la médecine moderne, de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle pour le traitement de morsures de serpent ?
- **Section4 : Moyens de prévention de malnutrition dans la communauté kéloise**
- En tant que thérapeute, y a-t-il des mesures préventions contre la malnutrition. Pouvez-vous nous le décrire ?

## Guide d'entretien No4 :

### Cible : Autorités communautaires

#### Mot d'introduction

*Bonjour/Bonsoir/Madame/Monsieur .....*

Nous vous remercions de nous recevoir aujourd'hui et de nous consacrer votre temps. Je suis Soumla Samayassou Bienvenu étudiante chercheuse en Master II au département d'Anthropologie à l'Université de Yaoundé I. Dans le cadre de la préparation de mon mémoire, je mène une étude sur le thème : «Représentations socioculturelles, pratiques et prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo (Tchad)». Cette recherche a pour objet d'analyser et décrire les représentations socioculturelles et les pratiques de prise en charge de la malnutrition dans le district sanitaire de kélo ainsi que les interprétations culturelles autour de ce problème sociale et sanitaire. Raisons pour lesquelles je souhaiterai avoir une discussion avec vous sur à l'effet de recueillir vos opinions et perceptions sur les représentations et les pratiques de prise en charge des malnutris. Votre participation à cet exercice de recherche est totalement volontaire. Je vous rassure que les informations collectées auprès de vous seront traitées de façon confidentielle, ce qui veut dire que votre nom n'apparaîtra pas dans le rapport et qu'un surnom ou un code sera utilisé en lieu et place.

Etes-vous consentant (e) pour participer à cette séance de travail ?

- ✓ Si d'accord, continuation de l'exercice
- ✓ Si réponse défavorable, remerciez la personne et chercher un autre informateur

#### Section 0 : Caractéristiques sociodémographiques

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre activité principale ?
- Quel est votre statut matrimonial ?
- Quelle est votre religion ?

#### Section 1 : Origine de la malnutrition

- En tant que autorité, c'est quoi la sous-alimentation ?
- Quelles sont les différentes formes de malnutritions que vous connaissez dans votre structure administrative que vous avez la charge?

**Section 2 : perception de la malnutrition**

- Quelle image donnez-vous à la malnutrition ?

**Section 3 : Pratiques et prise en charge de la malnutrition**

- Quelles sont les pratiques de résilience mises en place dans votre circonscription administrative pour la prise en charge des enfants victimes de la malnutrition ?
- Que faites-vous pour lutter contre la malnutrition dans votre localité ?

## TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
RESUME.....	v
OBTRACT .....	vii
LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES .....	ix
LISTE DES ILLUSTRATIONS.....	xi
INTRODUCTION .....	1
1. LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE .....	2
2. LA JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET.....	6
2.1 Les raisons personnelles.....	6
2.2 Raison sociale.....	6
2.3 Les raisons scientifiques.....	7
3. LE PROBLEME DE RECHERCHE.....	7
4. LA PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE.....	9
5. LA QUESTION DE RECHERCHE .....	10
5.1 La question principale.....	10
5.2 Les questions spécifiques .....	10
5.1.1 Quelles sont les origines de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo ?.....	10
5.1.2 Comment se fait le choix de recours au soin thérapeutique pour la prise en charge et la prévention contre la malnutrition au sein de la communauté de district sanitaire de Kélo ?	10
5.1.3 Quelles sont les causes de la faible participation au soin biomédical au sein du district sanitaire de Kélo ? .....	10
6. LES HYPOTHESES DE RECHERCHE .....	10
6.1 L'hypothèse principale.....	10
6.2 Les hypothèses secondaires.....	10
6-2-1- La malnutrition dans la communauté kéloise est due aux sous-alimentations des enfants, à l'environnement socioculturel et à l'aspect surnaturel.....	10
6-2-2- Le recours thérapeutique en cas de la malnutrition dans la communauté kéloise se fait à travers la croyance à l'étiologie de la maladie, aux produits pharmaceutiques et à la croyance religieuse. ....	10
6-2-3- La confiance à la tradition, la disponibilité des ressources naturelles et à la croyance aux éléments endogènes dans le cadre de prise en charge des enfants malnutris favorisent le faible recours à la biomédicale pour les soins. ....	11
7. LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE .....	11
7.1 L'objectif principal.....	11
7.2 Les Objectifs spécifiques .....	11

7.1.1	Connaître les différentes étiologies de la malnutrition dans le district de santé de kélo.	11
7.1.2	Comprendre le choix de soin thérapeutique opéré par les parents des enfants malnutris dans le district de sante de Kélo.	11
7.1.3	Démontrer les liens entre la malnutrition et les causes de faible recours dans les formations sanitaires pour les soins modernes.	11
8.	<b>METHODOLGIE DE LA RECHERCHE</b>	11
8.1	Type recherche	11
8.2	Cadre de recherche	11
8.3	Population	12
8.4	Echantillonnage	12
8.4.1	Approche d'échantillonnage	12
8.4.2	Technique d'échantillonnage	12
8.4.3	Procédure d'échantillonnage	12
8.4.4	Informateurs clés	13
8.5	Méthode de recherche	13
8.6	Méthodes de collecte	14
8.5.2	Techniques de collecte	14
8.5.3	Outils de collecte	16
8.5.4	Procédure de collecte	16
8.5.4.1	Planification de collecte	16
8.5.4.2	Réalisation de collecte	17
8.5.5	Gestion et Analyse des données	17
8.5.5.1	Gestion des données	17
8.5.5.2	Analyse des données	17
8.6	Considérations éthiques	17
9.	<b>INTERETS DE LA RECHERCHE</b>	18
9.1	Intérêt scientifique	18
9.2	Intérêt pratique	18
10.	<b>LIMITES</b>	19
11.	<b>DÉLIMITATION</b>	19
11.1	Délimitation spatiale	19
11.2	Délimitation temporelle	19
12.	<b>DIFFICULTÉS RENCONTRÉES</b>	19
13.	<b>PLAN DU TRAVAIL</b>	20
<b>CHAPITRE I : CADRE PHYSIQUE ET HUMAIN DE KELO</b>		21
I.1	<b>LE MILLIEU PHYSIQUE</b>	22
I.1.1	La situation géographique du Tchad	22

I.1.2	La délimitation administrative de la région de la Tandjilé.....	24
I.1.3	La situation administrative de la ville de Kélo.....	24
I.1.4	Le relief.....	25
I.1.5	Le climat.....	26
I.1.6	L'hydrographie.....	26
I.1.7	La pédologie.....	26
I.1.8	Les ressources floristiques.....	26
I.1.9	Les ressources faunistiques.....	27
I.1.10	Les ressources minières.....	27
<b>I.2</b>	<b>LE CADRE HUMAIN.....</b>	<b>29</b>
I.2.1	L'Histoire de la commune de kélo.....	29
I.2.2	Les caractéristiques démographiques.....	29
I.2.3	La religion.....	29
I.2.4	Le rite et la croyance aux forces occultes.....	29
I.2.5	L'organisation traditionnelle.....	30
I.2.6	L'organisation administrative.....	30
I.2.7	Les infrastructures sanitaires.....	31
I.2.8	Les infrastructures scolaires.....	31
I.2.9	Les équipements hydrauliques.....	31
I.2.10	L'électricité.....	32
I.2.11	Les activités économiques.....	32
I.2.12	La chasse.....	33
I.2.13	L'Habitat.....	33
I.2.14	Les habitudes alimentaires.....	33
I.2.15	La médecine kéloise.....	34
<b>I.3</b>	<b>LES RELATIONS ENTRE LE MILIEU PHYSIQUE ET LE MILIEU HUMAIN.....</b>	<b>34</b>
<b>CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE, CADRES THEORIQUE ET CONCEPTUEL</b>		<b>35</b>
<b>II.1</b>	<b>LA REVUE DE LA LITTÉRATURE.....</b>	<b>36</b>
II.1.1	L'évolution de la malnutrition dans le monde.....	36
II.1.3	Les approches socioculturelles de la malnutrition.....	41
II.1.4	La malnutrition et la représentation culturelle.....	43
II.1.5	La malnutrition et la pauvreté.....	45
II.1.6	La malnutrition et le niveau d'instruction des parents.....	45
II.1.7	La malnutrition et le milieu naturel.....	47
II.1.8	L'activité économique des parents.....	47
II.1.9	L'état sur les itinéraires des pratiques thérapeutiques.....	47
II.1.10	L'originalité du travail.....	49

<b>II.2</b>	<b>LE CADRE THEORIQUE</b> .....	49
II.2.1	L’ethno- perspective ou ethnanalyse .....	49
II.2.2	Le concept de représentations sociales .....	50
II.2.3	Le health Believe mode l(HBM) ou Modèle de croyance relatif à la santé.....	52
II.2.4	L’opérationnalisation des théories.....	54
<b>II.3</b>	<b>LA DEFINITION DES CONCEPTS</b> .....	55
<b>CHAPITRE III : REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES DE LA MALNUTRITION DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KELO</b> .....		
<b>III.1</b>	<b>L’EXPLICACATION DES CONCEPTS MALADIE ET SANTE</b> .....	58
III.1.1	L’explication du concept de maladie .....	58
III.1.2	L’explication du concept santé.....	59
III.1.3	La taxonomie de la malnutrition dans la communauté kéloise .....	60
III.1.3.1	Kam-ri comme première appellation de la malnutrition chez les Zimés de Kélo...	61
III.1.3.2	Pa ki’dak vinim comme deuxième appellation de malnutrition chez les Mêmes..	61
III.1.3.3	Kamlina comme troisième appellation de la malnutrition en langue Moussey .....	61
III.1.3.4	Ke-yemi comme quatrième appellation de la malnutrition en langue Qeura .....	62
III.1.3.5	Goroum comme cinquième appellation en langue Ngambye .....	62
III.1.4	Les autres maladies auxquelles se réfère la malnutrition .....	63
<b>III.2</b>	<b>LES ETIOLOGIES DE LA MALNUTRITION</b> .....	63
III.2.1	L’origine clinique de la malnutrition.....	64
III.2.2	Les étiologies de la malnutrition infantile dans le district sanitaire de Kélo.....	66
III.2.2.1	Les conflits entre les familles .....	66
III.2.2.2	La traverse de l’enfant .....	67
III.2.2.3	La malédiction .....	67
III.2.2.4	Le malheur .....	68
<b>III.3</b>	<b>LES DIFFERENTES FORMES DE LA MALNUTRITION</b> .....	69
III.3.1	La malnutrition aigüe .....	69
III.3.2	La malnutrition aigüe modérée (MAM).....	70
III.3.3	La malnutrition aigüe sévère (MAS) .....	70
III.3.3.1	Le marasme.....	70
III.3.3.2	La kwashiorkor.....	71
III.3.3.3	Les formes mixtes ou kwashiorkor-marasmique.....	73
III.3.3.4	La malnutrition chronique .....	73
<b>III.4</b>	<b>LES REPRESENTATIONS SOCIO-CULTURELLES DE LA MALNUTRITION</b> .....	73
III.4.1	La malnutrition comme une sous-alimentation .....	73
III.4.2	La malnutrition comme pauvreté .....	74
III.4.3	La malnutrition et niveau d’instruction des parents.....	75

<b>III.4.3</b>	<b>Les représentations culturelles de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo</b>	<b>75</b>
<b>III.4.4.1</b>	<b>Les représentations culturelles de la victime de la malnutrition dans le district sanitaire de Kélo</b>	<b>77</b>
<b>III.5</b>	<b>LA CONNAISSANCE DE LA MALNUTRITION</b>	<b>79</b>
<b>III.5.1</b>	<b>La connaissance de la malnutrition par les personnels de la santé</b>	<b>79</b>
<b>III.5.2</b>	<b>La connaissance populaire de la malnutrition</b>	<b>80</b>
<b>III.5.3</b>	<b>La connaissance de la malnutrition chez les tradithérapeutes</b>	<b>81</b>
<b>III.6</b>	<b>LES CATEGORIES DE PERSONNES DEVANT TOUCHEES PAR LA MALNUTRITION</b>	<b>81</b>
<b>III.6.1</b>	<b>Les tabous alimentaires liés à la nutrition des enfants</b>	<b>81</b>
<b>III.6.2</b>	<b>La responsabilité de la maladie des enfants</b>	<b>83</b>
<b>III.6.2.1</b>	<b>Les parents</b>	<b>83</b>
<b>III.6.2.2</b>	<b>Les croyances culturelles</b>	<b>83</b>
<b>CHAPITRE IV</b>	<b>: PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KELO</b>	<b>85</b>
<b>IV.1</b>	<b>LES PRATIQUES THERAPEUTIQUES</b>	<b>86</b>
<b>IV.2</b>	<b>LES ORIENTATIONS COMMUNAUTAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION</b>	<b>87</b>
<b>IV.3</b>	<b>LES RECOURS THERAPEUTIQUES DANS LES CLINIQUES POUR SOIGNER LA MALNUTRITION</b>	<b>88</b>
<b>IV.3.1</b>	<b>Les critères de différenciation de la malnutrition des autres maladies</b>	<b>88</b>
<b>IV.3.1.1</b>	<b>Le triage MAM &amp; MAS</b>	<b>90</b>
<b>IV.3.2</b>	<b>La stratégie de prévention clinique de la malnutrition</b>	<b>92</b>
<b>IV.3.3</b>	<b>Les différentes qualités d'aliments que doivent consommer les enfants</b>	<b>93</b>
<b>IV.3.4</b>	<b>Le traitement clinique de la malnutrition infantile</b>	<b>95</b>
<b>IV.4</b>	<b>LES PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE COMMUNAUTAIRE DE LA MALNUTRITION</b>	<b>96</b>
<b>IV.4.1</b>	<b>Le recours thérapeutique endogène</b>	<b>96</b>
<b>IV.4.2</b>	<b>Les stratégies de différenciations culturelles de la malnutrition des autres maladies</b>	<b>97</b>
<b>IV.4.3</b>	<b>Les techniques culturelles de prévention de la malnutrition</b>	<b>98</b>
<b>IV.4.3.2</b>	<b>Le port du gri-gri autour des reins des enfants</b>	<b>98</b>
<b>IV.4.3.3</b>	<b>Les pièces d'argent comme pratique de prévention de la malnutrition</b>	<b>99</b>
<b>IV.4.3.4</b>	<b>Le lavage des enfants</b>	<b>99</b>
<b>IV.4.3.5</b>	<b>La sensibilisation</b>	<b>100</b>
<b>IV.4.4</b>	<b>Le traitement endogène de la malnutrition</b>	<b>100</b>
<b>IV.4.4.1</b>	<b>Les produits utilisés pour le traitement endogène de la malnutrition</b>	<b>101</b>
<b>IV.4.4.2</b>	<b>Les feuilles moringa</b>	<b>101</b>
<b>IV.4.4.3</b>	<b>Les feuilles de papayer, d'eucalyptique et du manioc</b>	<b>102</b>
<b>IV.4.5</b>	<b>Le recours aux thérapeutiques religieuses</b>	<b>103</b>

IV.4.5.1	La prise en charge par la prière et la foi .....	103
IV.4.5.2	La volonté de Dieu dans la guérison de la maladie.....	104
IV.4.6	La relation soignant-soigné.....	104
IV.4.6.1	Les raisons de la consultation tardive au sein de l'hôpital .....	105
<b>CHAPITRE : V ESSAI D'INTERPRETATION ANTHROPOLOGIQUE DE LA MALNUTRITION DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE KELO .....</b>		
<b>V.1 LES REPRESENTATIONS DE LA SANTE, DE LA MALADIE, ET LA MALNUTRITION</b>		
	108	
V.1.1	Les Représentations sociales de la santé chez la population kéloise .....	109
V.1.2	Les représentations sociales de la maladie chez la population kéloise.....	109
V.1.3	Les représentations sociales de la malnutrition chez la population kéloise .....	111
V.1.3.1	Les facteurs jouant sur les représentations et les pratiques de prise en charge de la malnutrition .....	111
V.1.3.2	L'insuffisance et l'amertume du lait maternel.....	112
V.1.3.3	L'occupation de la mère.....	112
V.1.3.4	L'appartenance culturelle.....	113
V.1.3.5	Les maladies cliniques comme origine de la malnutrition .....	113
V.2	L'ORIGINE SURNATURELLE DE LA MALNUTRITION .....	113
V.2.1	La qualité de services des soignants.....	114
V.2.2	Les coûts du soin.....	114
V.2.3	Les facteurs métaphysiques jouant sur la malnutrition.....	115
V.3	LE MODELE DE CROYANCE RELATIF A LA SANTE .....	115
V.3.1	L'éducation à la santé .....	116
V.3.2	Les différentes composantes d'adoption d'un comportement de santé.....	117
V.3.2.1	La gravité perçue.....	117
V.3.2.2	La vulnérabilité perçue .....	117
V.3.2.3	Les avantages perçus.....	118
V.3.2.4	Les obstacles perçus .....	118
V.4	L'ETHNO-PRESPECTIVE .....	119
V.4.1	L'Endosémie .....	119
V.4.1.1	La signification de gri-gri dans la pratique de prise en charge de la malnutrition ..	119
V.4.1.2	Les significations des éléments matériels dans la pratique de prise en charge de la malnutrition .....	120
V.4.1.3	La signification des recommandations données au malade .....	122
V.5	LA GLOBALITE .....	122
V.5.1	Les pratiques thérapeutiques et l'économie.....	122
V.5.2	La thérapie et la religion.....	122
V.5.3	Les représentations socioculturelles et le langage .....	123

<b>V.6 L'APPROPRIATION DES REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES ET PRATIQUES THERAPEUTIQUE CHEZ LE PEUPLE KELOIS.....</b>	<b>123</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>125</b>
<b>SOURCES.....</b>	<b>130</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>141</b>
<b>ANNEXE 1 : AUTORISATION DE RECHERCHE ACCADEMIQUE.....</b>	<b>141</b>
<b>ANNEXE2 : AUTORISATION DE RECHERCHE DE MEDECIN CHEF DE L'HOPITAL DE KÉLO.....</b>	<b>143</b>
<b>ANNEXE 3 : ATTESTATION DE RECHERCHE.....</b>	<b>144</b>
<b>ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE.....</b>	<b>145</b>
<b>ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN.....</b>	<b>146</b>