

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I  
\*\*\*\*\*  
FACULTÉ DES ARTS, LETTRES ET  
SCIENCES HUMAINES  
\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES SOCIALES ET  
ÉDUCATIVES  
\*\*\*\*\*

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES  
HUMAINES ET SOCIALES  
\*\*\*\*\*

DÉPARTEMENT  
D'ANTHROPOLOGIE  
\*\*\*\*\*



THE UNIVERSITY OF YAOUNDÉ I  
\*\*\*\*\*  
FACULTY OF ARTS, LETTERS  
AND HUMANS  
SCIENCES  
\*\*\*\*\*

POST GRADUATE SCHOOL FOR  
SOCIAL AND EDUCATION  
SCIENCES  
\*\*\*\*\*

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR  
HUMAN AND SOCIAL SCIENCES  
\*\*\*\*\*

DÉPARTEMENT OF  
ANTHROPOLOGY  
\*\*\*\*\*

**CULTURE ET MALNUTRITION CHEZ LES ENFANTS ET  
FEMMES ENCEINTES AU CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE LA MERE ET DE L'ENFANT DE  
N'DJAMENA AU TCHAD. UNE CONTRIBUTION A  
L'ANTHROPOLOGIE MEDICALE**

Mémoire présenté et soutenu le 26 juin 2024 en vue de l'obtention du diplôme de Master en  
Anthropologie

**Spécialisation : Anthropologie Médicale**

**Par**

**BLACKVOUNANDI DAHAYE**

**Licenciée en Anthropologie**

**Président : ABOUNA Paul, Maitre de Conférences, Université de Yaoundé I**

**Rapporteur : FONJONG Lucy, Maitre de Conférences, Université de Yaoundé I**

**Examineur : BALLA NDEGUE Séraphin, Université de Yaoundé I**

**Sous la Direction de**

**Lucy FONJONG**

**Maîtres de Conférences**

**Année académique 2023-2024**



À

Mon défunt père DAHAYE YOMA GOLOM

Ma mère adoptive SALYANGA NAFOGO pour  
son éducation.

Et ma mère FARAIKONSOU pour le don de la  
vie.

## REMERCIEMENTS

Toute œuvre qui résulte d'un effort humain explicitement ou implicitement est le fruit d'une immense collaboration.

C'est ainsi que notre reconnaissance va tout d'abord au Pr. Lucy Fonjong, notre directrice de mémoire qui a bien voulu nous encadrer. Grâce à ses conseils, à la totale disponibilité et son sens méthodologique nous ont permis de surmonter les difficultés liées à notre immaturité dans le domaine de la recherche.

Nous témoignons notre reconnaissance au Chef de Département d'Anthropologie le Pr. Paul Abouna, pour ses enseignements, l'envie de faire de nous les Hommes de demain. Notre gratitude s'adresse à tous les enseignants du département d'anthropologie qui ont accepté de bien vouloir nous former, faire de nous des intellectuels, notamment les professeurs Mbonji Edjenguélé, Mebenga Tamba Luc, Socpa Antoine, Kum Awah Paschal, Edongo Ntede Pierre François, Deli Tize Teri, Afu Isaiah kunock, et aux docteurs, Esoh Marguerite, Antang Yamo, Nga Ewolo Antoinette Marcelle, Ngah Eloundou Germaine, Tikéré Moffor Exodus, Kah Evans, Ndjalla Alexandre, Balla Ndengué Séraphin et Asangwa Constantine.

Nous disons infiniment merci à tous nos informateurs qui ont bien voulu répondre à nos interrogations, sans eux cette recherche ne pourra pas voir le jour. Ainsi qu'à l'ensemble du corps du personnel de santé qui nous a accompagné, nous a fait confiance durant la collecte au sein de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena et aussi à nos guides de terrain, grâce à leurs présences, le contact avec les patients était plausible.

A mes grands frères SOUBOURSOU et DJIBERSOU, qui sont toujours disponible pour moi,

Toutes nos reconnaissances à notre aîné, Ami Bienvenu, pour son soutien moral, intellectuel et psychologique à la réalisation de cette œuvre scientifique.

Nous ne tâcherons pas d'oublier nos camarades de promotion qui nous ont aidés moralement et surtout méthodologiquement à la réalisation de ce Mémoire et que tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail et dont nous n'avons pu citer les noms ici, reçoivent nos sincères remerciements.

## RÉSUMÉ

Le mémoire intitulé « culture et *malnutrition chez les enfants et femmes enceintes au centre hospitalier de la mère et de l'enfant de N'Djamena. Une contribution à l'anthropologie médicale* » est une recherche menée en anthropologie médicale. Ce choix de sujet a été sollicité par le fait que dans la ville de N'Djamena malgré la quantité de production abondante des denrées alimentaires pouvant aider l'alimentation de qualité et de quantité suffisante pour la population et surtout la bonne croissance, nous avons constaté que à l'hôpital mère et enfant il y'a beaucoup de cas de la malnutrition. Pour mieux aborder ce problème, une question principale a été élaborée : Quel est le rapport de la causalité entre la culture et la malnutrition des enfants et les femmes enceintes dans la ville de N'Djamena au sein de l'hôpital de la mère et de l'enfant ? Quels sont les pratiques alimentaires des enfants et les femmes enceintes malnutris au sein de l'hôpital de la mère et de l'enfant ? Quelles sont les files conductrices de la malnutrition des enfants et des femmes enceintes à l'hôpital de la mère et de l'enfant ? Quels sont les impacts des pratiques liés à la malnutrition des enfants et les femmes enceintes à l'hôpital de la mère et de l'enfant ? A cette question de recherche, une hypothèse de la recherche est formulée comme suite : La malnutrition dans la ville de N'Djamena peut être liée à plusieurs facteurs culturels tels que les habitudes alimentaires, les croyances sur l'alimentation, la disponibilité des aliments nutritifs, les pratiques culinaires. Ces éléments culturels peuvent conduire à la malnutrition. En milieu hospitalier de la mère et de l'enfant de N'Djamena, les pratiques alimentaires peuvent inclure les types d'aliments consommés, la fréquence des repas, les quantités, les habitudes de cuisson, des interdits alimentaires, les habitudes alimentaires inchangeables, les croyances religieuses. Les facteurs principaux de la malnutrition peuvent comprendre le manque d'accès à la nourriture adéquate, pauvreté, manque de sensibilisation sur les pratiques nutritionnelles appropriées, accès limité aux services de santé, manque d'éducation sanitaire et de soutien social. Le refus de suivre les conseils nutritionnels, le rejet des aliments étrangers, les interdits alimentaires, le non recours aux soins prénatals conduisent au maintien de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants au sein de la population et la perte des vies humaines de la population vulnérable. Après ces hypothèses, un objectif de la recherche est ainsi formulé : Analyser la culture et la malnutrition des femmes enceintes et des enfants au milieu hospitalier mère et enfant. Pour mieux comprendre ce sujet, nous avons fait recours aux théories de la représentation sociale, de l'ethno-perspective et du fonctionnalisme. Sur l'aspect méthodologique, l'approche qualitative a fait sa preuve dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données. Pour démontrer la démarche empruntée, un corpus a été bâti à partir des lectures documentaires et de recherche de terrain, le tout a été charpenté par des observations directes, des documentations, des entrevues individuelles approfondies et des récits de vie. Les données collectées ont été soumises à une analyse qualitative de contenu et thématique. Cette double procédure nous a conduit aux résultats ci-dessous : les représentations sociales de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena sont inscrites dans des registres multiples qui font référence non seulement au domaine biomédical, mais aussi et surtout à celui de l'ethnomédical. Ainsi, au même titre que ses étiologies, les représentations socioculturelles de cette maladie sont protéiformes. Des stratégies sont mobilisées tant au niveau communautaire, familial, endogène qu'au niveau moderne dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes au sein de l'hôpital mère et enfant. Les membres mettent en valeur leurs connaissances culinaires, de l'automédication à base des produits pharmaceutiques, des plantes et des herbes. Au niveau de la biomédecine, le recours se fait en fonction de la perception de la gravité de la maladie. Le recours à la médecine traditionnelle fait sa preuve lorsque les parents soupçonnent la présence d'une mauvaise main dans la maladie. La culture influence les pratiques alimentaires des femmes enceintes et des enfants à travers les interdits alimentaires prescrits qui favorisent la malnutrition, les conceptions socioculturelles, les phénomènes naturels et la non-participation effective des femmes enceintes à la CPN favorisent également la présence de la malnutrition. Pour lutter contre toutes ces images, le professionnel de la santé devrait prendre en compte la culture locale lors de la prescription alimentaire aux femmes enceintes et aux enfants et la communauté devrait également faire l'inter culturalisme alimentaire pour promouvoir la santé de la mère et de l'enfant.

**Mots clés :** *Culture, malnutrition, femmes enceintes, enfants, N'Djamena.*

## ABSTRACT

The dissertation entitled "culture malnutrition of children and pregnant women at the mother and child hospital in N'Djamena. A contribution to medical anthropology" is a research conducted in medical anthropology. This dissertation presents the problem of the link between culture and malnutrition in children and pregnant women in the town of N'Djamena at the mother and child hospital. For better approach this problem, a main question was developed: How does culture influence malnutrition of children and pregnant women in the town of N'Djamena at the mother and child hospital? In this research question, a research hypothesis was formulated as follows: Malnutrition among children and pregnant women in the town of N'Djamena in Chad, within the mother and child hospital, can be explained by the fact that local beliefs dominate the food choices of the entire population in general, and of this category of people in particular. In fact, the way in which imported foods are viewed and the dietary restrictions imposed by the community at certain time in a person's life explain the recurrence of malnutrition at the mother and child hospital. Following this hypothesis, a research objective is formulated as follows: To analyze the influence of culture on malnutrition among pregnant women and children in urban hospitals. To better understand and analyze the influence of culture on malnutrition, we drew on the theories of social representation, ethno-perspective and functionalism. On the methodological aspect, the qualitative approach proved its worth in data collection, analysis and interpretation. To demonstrate the approach taken, a corpus was built up from documentary readings and field research, framed by direct observations, documentation, in-depth individual interviews and life stories. The data collected was subjected to qualitative content and thematic analysis. This dual procedure led to the following results: social representations of malnutrition among pregnant women and children at the N'Djamena mother and child hospital are embedded in multiple registers that refer not only to the biomedical field, but also and above all to the ethnomedical one. Thus, just like its etiologies, the sociocultural representations of this disease are proteanforms. Strategies are mobilized in community, family, endogenous and modern levels in the management of malnutrition in children and pregnant women at the N'Djamena mother and child hospital and in the town. The members put their culinary skills to good use, as well as their knowledge of self-medication using pharmaceutical products, plants and herbs. In terms of biomedicine, recourse is based on the perceived seriousness of the illness. Traditional medicine is used when parents suspect the presence of a bad hand in the illness. Culture influences the dietary practices of pregnant women and children, with prescribed dietary prohibitions favoring malnutrition, socio-cultural conceptions, natural phenomena and the effective non-participation of pregnant women in ANC also favoring the presence of malnutrition. To combat all these images, the health professional should take local culture into account when prescribing food for pregnant women and children, and the community should also engage in food inter-culturalism to promote the health of mother and child.

**Keywords :** *Culture, malnutrition, pregnant women, children, N'Djamena.*

## LISTE DES ABREVIATIONS, ACRONYMES ET DES SIGLES

### 1. Abréviations

**MI** : Millilitre

### 2. Acronymes

**CHUME** : Centre Hospitalier Universitaire de Mère et de l'enfant de N'Djamena

**FALSH** : Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines

**FAO** : Organisation des Nations unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

**IFORD** : Institut de Formation et de Recherche Démographiques

**IIRPA** : Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires

**MAG** : Malnutrition Aigüe Globale

**MAS** : Malnutrition Aiguë Sévère

**ONU** : Organisation des Nations Unies

**REACH** : Renewed Effort Against Child Hunger and Undernutrition

**SMART** : Spécifique Mesurable Atteignable Réaliste et Temporel

**UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

### 3. Sigles

**AMN** : Africa Mobile Nature

**CH** : Cadre Harmonisé

**CPPSA** : Cercle philo – Psycho-Socio-Anthropo

**DBR** : Dépression Brève Récurrente

**IPC** : Indice de Prix à la Consommation

**IYCE** : Aliment du Nourrisson et du Jeune enfant

**Kg** : Kilogramme

**MCH** : Médecin chef d'hôpital

**Mg** : Milligramme

**Mm** : Millimètre

**MPC** : Malnutrition Protéino-Calorique

**MPE** : Malnutrition Protéino- Energétique

**MT** : Médecine Traditionnelle

**NHCS** : National Heart Centre Singapore

**ODD** : Objectifs du Développement Durable  
**OMS** : Organisation Mondiale de la santé  
**ONG** : Organisation non gouvernementale  
**OUA** : Organisation de l'Unité Africaine  
**P/A** : Poids âge  
**P/T** : Poids taille  
**PB** : Périmètre brachial  
**PBMI** : Périmètre Brachial Mesure Individuelle  
**PCIM** : Programme de la Prise en Charge Intégré de la Malnutrition  
**PCIME** : Prise en Charge Intégrée des Malades des Enfants  
**PEM** : Malnutrition protéino-Energetique  
**PEO** : Professionnel Employer Organisation  
**PPN** : Plumpy Nut  
**RGPH** : Recensement Général de la Population et de L'Habitat  
**RUSF** : Aliment Supplémentaire Prêt à l'Emploi  
**RUTF** : Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi  
**SNE** : Société National d'Electricité  
**SRO** : Sel de réhydrations sociales  
**STE** : Société Tchadienne des Eaux  
**T /A** : Taille âge  
**TPI** : Traitement Préventif Intermittent  
**UY1** : Université de Yaoundé 1  
**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## LISTE DES CARTES, FIGURE, PHOTOS, SCHEMA ET TABLEAUX

### 1. Cartes

<b>CARTE 1</b> : SITUATION GEOGRAPHIQUE DU TCHAD .....	22
<b>CARTE 2</b> : SUBDIVISION ADMINISTRATIVE DE LA VILLE DE N'DJAMENA .....	23

### 2. Figure

<b>FIGURE 1</b> : ORGANIGRAMME ADMINISTRATIF DE L'HOPITAL MERE ET ENFANT .....	33
--	----

### 3. Photos

<b>PHOTO 1</b> : HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT DE N'DJAMENA.....	32
<b>PHOTO 2</b> : MEDICAMENTS PRESCRITS DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION .....	93
<b>PHOTO 3</b> : FEUILLES FRAICHES ET POUDRE DE MORINGA UTILISEE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION.....	99
<b>PHOTO 4</b> : PHOTO DE LA FARINE DE CEREALE ET DE LA BOUILLIE ENRICHIE A BASE DE CEREALE.....	101
<b>PHOTO 5</b> : RECETTE DE LA BOUILLIE D'UNE BELLE-MERE POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION.....	102
<b>PHOTO 6</b> : IMAGE D'UN OIGNON SAUVAGE POUR LE TRAITEMENT DE LA MALNUTRITION .....	103
<b>PHOTO 7</b> : LE PERIMETRE BRONCHIAL, L'UTILISATION POUR LA PRISE DE POIDS ET LE PESE BEBE .....	105
<b>PHOTO 8</b> : LE PESE-BEBE ET LA TOISE POUR LA PRISE DE TAILLE .....	105
<b>PHOTO 9</b> : SALLE DE SUIVI ET DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES MALNUTRIES.....	107
<b>PHOTO 10</b> : RECETTE DE POISSON AUX LEGUMES .....	109
<b>PHOTO 11</b> : LES IMAGES DE F-75 ET F-100.....	110
<b>PHOTO 12</b> : APTE OU PLUMPY NUT.....	111

### 4. Schéma

<b>SCHEMA 1</b> : LES CAUSES DE LA MALNUTRITION SELON L'OMS .....	75
---	----

### 5. Tableaux

<b>TABLEAU 1</b> : TEMPERATURE A N'DJAMENA .....	25
<b>TABLEAU 2</b> : REPARTITION DES POPULATIONS DE N'DJAMENA PAR ARRONDISSEMENT .....	29
<b>TABLEAU 3</b> : TABLEAU D'IMC .....	106

## SOMMAIRE

DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS .....	iii
RÉSUMÉ.....	iv
ABSTRACT .....	v
LISTE DES ABREVIATIONS, ACRONYMES ET DES SIGLES .....	vi
LISTE DES CARTES, FIGURE, PHOTOS, SCHEMA ET TABLEAUX .....	viii
INTRODUCTION GÉNÉRALE .....	1
CHAPITRE I : PRESENTATION DES CADRES PHYSIQUE ET HUMAIN DE LA VILLE DE NDJAMENA .....	19
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE, CADRES THEORIQUE ET CONCEPTUEL .....	39
CHAPITRE III : LES REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES DE LA MALNUTRITION DES FEMMES ENCEINTES ET DES ENFANTS DANS LA VILLE DE N'DJAMENA.....	60
CHAPITRE IV : STRATEGIES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION DES ENFANTS ET DES FEMMES ENCEINTES A L'HOPITAL MERE ET ENFANT DE N'DJAMENA AU TCHAD .....	89
CHAPITRE V : REGARD ANALYTIQUE ET INTERPRETATION ANTHROPOLOGIQUE DE LA MALNUTRITION DES ENFANTS ET DES FEMMES ENCEINTES DANS LA VILLE DE N'DJAMENA AU TCHAD .....	115
CONCLUSION GENERALE.....	134
SOURCES .....	141
ANNEXES .....	157
TABLE DES MATÈRES .....	167

## **INTRODUCTION GÉNÉRALE**

Le présent mémoire intitulé « culture et malnutrition chez les enfants et femmes enceintes au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant de N'Djamena » est un travail scientifique qui est reparti comme suit : le contexte de la recherche, les justifications du choix du sujet de la recherche, le problème de la recherche, la problématique, les questions de recherche, les hypothèses de recherche, les objectifs de la recherche, la méthodologie, les intérêts de la recherche, les limites, les délimitations du site de la recherche, les difficultés rencontrées et le plan du travail. Nous allons présenter le contenu comme suit :

### **1. Le contexte de l'étude**

Au Tchad la malnutrition reste un problème majeur ou un grand nombre d'enfants et des femmes souffrent de sous-alimentation et de malnutrition. Plusieurs facteurs contribuent à cette situation, notamment la pauvreté, la guerre, la catastrophe, les conditions climatiques défavorable, le manque d'infrastructure de santé adéquates, le conflit intercommunautaire et l'insécurité résiduelle dans certaines provinces impactent négativement la malnutrition. Avec sa superposition de crises humanitaires on retrouve 52% des ménages en insécurité alimentaire avec 600 000 enfants de moins de cinq (5) ans qui souffrent 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 (juin-septembre) et la période de la diminution des cas de malnutrition est (octobre-décembre). Cependant, même la ville de N'Djamena n'est pas épargnée par la malnutrition et a été classée en situation sérieuse.

On constate que à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena le nombre de nouvelles admissions des malnutris augmente de jours en jours. Malgré la politique de nutrition, l'intervention de nombreux Organismes non Gouvernementales (ONG), des documents stratégiques intégrant le Programme de Prise en Charge Intégré de la Malnutrition (PCIM), ainsi que le renforcement du système de surveillance nutritionnelle, la malnutrition demeure toujours.

De façon globale, les principaux facteurs aggravant de la malnutrition identifiée lors de l'analyse IPC, AMN (Africa Mobile Nature) sont : L'influence de divers facteurs sociaux sur la malnutrition infantile, tels que l'isolement social, les dépressions maternelles, les conditions de sevrage, les pratiques culturelles... ces facteurs interagissent de manière complexe ont des répercussions médicales, nutritionnelles et sociales la mauvaise qualité de l'apport alimentaire avec une diversité alimentaire minimum qui oscille entre 2,7% et 18,9% ce qui suppose que enfants de 6-23 mois et les femmes enceintes ne bénéficient pas d'une diversité alimentaire minimum. La mauvaise qualité de l'apport alimentaire constitue un facteur contributif majeur à la dégradation de la malnutrition au niveau de CHUME selon analyse.

Si la santé et la mortalité dépendent en partie de l'environnement naturel ou de son aménagement par l'homme, il faut néanmoins noter que les individus peuvent aussi par leurs comportements et habitudes de vie favoriser ou empêcher l'incidence des maladies et de la mort (Stanley et Joske, 1980). Cependant, ces comportements sont eux-mêmes en grande partie déterminés par des attitudes souvent induites par l'héritage culturel, les conditions de vie et les politiques conduites au niveau local ou national, notamment dans le domaine de la santé en général et des soins accordés aux enfants et aux femmes en particulier. Le contexte dans lequel l'étude sera menée s'agira de la situation culturelle et de la situation économique de la malnutrition chez les enfants et femmes enceintes au Centre Hospitalier Universitaire de la mère et l'enfant de N'Djamena au Tchad.

## **2. La justification du choix du sujet**

Pour justifier le choix de cette recherche, deux types de raisons seront nécessaires à savoir : une raison personnelle et une raison scientifique.

### **2.1. Les raisons personnelles**

La malnutrition des enfants et les femmes enceintes est une réalité dans toutes les sociétés humaines. Cependant, les conceptions de ce problème de santé diffèrent d'une culture à une autre. Raison pour laquelle, notre première motivation relève de la curiosité sur un fait de société dont tout le monde peut être à la fois sujet et objet. Etant témoins des souffrances et décès de nombreux enfants et les femmes enceintes causés par la malnutrition dans cette ville, malgré l'abondance des produits alimentaires et l'effort du gouvernement, cela nous amène à mener une recherche sur cette maladie. La deuxième raison est que notre voisine a été victime de la malnutrition et elle était décédée suite à cela. C'est pour cela que nous nous sommes intéressés à prendre ce sujet, sur ce phénomène afin de bien connaître les étiologies de cette maladie.

### **2.2. Les raisons scientifiques**

En sciences sociales, les phénomènes sont identiques mais la manière de les aborder est différente selon la discipline qui les aborde et aussi selon les groupes culturels dans lequel est localisé ce phénomène. La culture est ensemble cohérente de valeurs et de normes à l'intérieur de laquelle régissent certaines pratiques autour desquelles les individus doivent se conformer, s'identifier et singulariser des autres groupes. Ainsi, Selon l'OMS, la majorité des populations mondiales est encore rurale et les conditions sanitaires des régions où elles vivent, constituent les vecteurs problèmes de santé. Or, la problématique de la santé est au cœur des préoccupations des pays sous-développés comme le Tchad par exemple, car ils ont besoin d'une population

productive pour relever les défis du développement. De ce fait, le choix de notre étude a été orienté sur le problème de malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes dans la ville de N'Djamena. Nous avons été motivés par la rareté des travaux traitant de la malnutrition en science sociale et surtout chez les femmes enceintes en particulier. Cependant, il nous a paru digne de faire usage d'une démarche scientifique dans le but de rendre plus claire notre sujet et continuer d'approfondir cette connaissance dans le domaine de la santé sur la malnutrition qui est un champ assez vaste. En inscrivant ce thème dans le domaine de l'anthropologie, nous nourrissons l'ambition de contribuer modestement à enrichir les études existantes et à améliorer la mise en œuvre des actions contre la malnutrition.

### **3. Le problème de recherche**

Les pratiques culturelles et les habitudes alimentaires d'une population sont des sujets de préoccupation majeure. En effet, durant l'âge préscolaire et la grossesse, le rôle de l'alimentation est crucial. Parce que pour la femme enceinte d'une part, il ne s'agit pas de manger pour couvrir les besoins nutritionnels d'une personne, mais de deux ; ceux de la mère et du fœtus et d'autre part pour l'enfant, il s'agit de bien s'alimenter pour éviter la maladie. Cela souligne l'importance pour la communauté de bénéficier de conseils nutritionnels et d'avoir une alimentation optimale selon les catégories. L'éducation nutritionnelle prodiguée par les infirmiers, les sages-femmes et les nutritionnistes dans les services prénatals devrait permettre à la femme enceinte en particulier et la communauté en général de faire des meilleurs choix et de savoir « quoi manger » et « quoi donner à manger à l'enfant » et améliorer ses habitudes alimentaires. Ainsi, l'OMS et l'UNICEF (1989) s'accordent pour reconnaître que les besoins en nutriments diffèrent selon les périodes du cycle de la vie. Durant la grossesse, les besoins nutritionnels de la femme sont encore plus importants qu'à toute autre période. Son régime alimentaire doit fournir tous les éléments nécessaires au développement de l'ovule fécondé en fœtus viable pour qu'il devienne un bébé. En même temps qu'elle se nourrit, la femme nourrit aussi le fœtus, ainsi que le placenta auquel le fœtus dans l'utérus est relié par le cordon ombilical. Les seins se préparent également à produire du lait. Selon le rapport de FAO (2019) au Tchad, « la malnutrition demeure un problème de la santé publique, 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. Vu sous cet angle, 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, la

prévention à travers l'accès aux médicaments pendant les soins prénatals, accumulation des réserves de nutriments, notamment la vitamine A, le fer et les autres micronutriments et la prise en charge gratuite des personnes malnutries. Dans ces conditions, l'OMS (1976) souligne qu'un régime alimentaire sain pendant la grossesse comprend des apports suffisants en énergie, protéines, vitamines et minéraux, fournis par la consommation d'une grande variété d'aliments, dont des légumes verts, de la viande, du poisson, des légumineuses, des noix, des produits céréaliers complets et des fruits. Toutes ces stratégies, c'est pour lutter contre la malnutrition chez l'enfant et la femme enceinte.

Cependant, il est bien connu que tous les peuples ont des préférences et des aversions alimentaires ainsi que des croyances sur les aliments, et nombreux sont ceux qui ne voudraient pas changer leurs habitudes alimentaires. Ils ont tendance à aimer ce qu'ils mangeaient depuis le bas âge ou ce que leur mère leur servait depuis leurs jeunes âges, les plats servis lors des fêtes ou biens partagés avec les amis ou la famille hors de la maison durant la petite enfance. Il est rare qu'un aliment qu'on mangeait durant notre petite enfance nous paraît désagréable. Or, selon Yoro et *al.*, (2015), certaines habitudes et pratiques alimentaires sont pauvres d'un point de vue nutritionnel. Les facteurs culturels ont, dans la plupart des pays tout comme le Tchad une très grande influence sur ce que les gens mangent et pensent, sur la manière dont ils préparent les aliments et sur les habitudes et leurs préférences alimentaires. La grossesse ou l'enfance soit une période au cours de laquelle ils sont soumis aux différents interdits et prescriptions alimentaires dans leurs communautés. Ces interdits qui sont liés à la culture d'origine ne favorisent pas la consommation de certains aliments considérés comme hors culture ou importés.

C'est ainsi que cette recherche se propose d'analyser et de comprendre le lien d'adéquation entre la culture et la malnutrition des enfants et des femmes enceintes dans la ville de N'Djamena au sein de l'hôpital de la mère et de l'enfant. Au vu de cette situation, il paraît nécessaire de mener une recherche pour comprendre l'agissement de la culture sur la malnutrition dans un milieu hospitalier urbain de N'Djamena au Tchad.

#### **4. La problématique de la recherche**

Pour apporter des réponses à la préoccupation posée par notre objet de recherche qui est celle de comprendre la malnutrition à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena, nous avons décidé de l'asseoir dans la perspective des théories appliquées à l'étude de la maladie (malnutrition), la satisfaction dans le domaine du droit nutritionnel est essentielle pour la survie des populations pauvres et particulièrement des enfants et des femmes enceintes qui apparaît comme une préoccupation majeure.

En effet, le système de santé au Tchad est confronté à de nombreux défis, notamment en termes d'infrastructure de santé, d'accès aux soins de qualité pour la population. Le pays manque d'hôpitaux bien équipés, des personnels de santé bien formés et manque de médicaments essentiels.

En ce qui concerne l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena, on peut dire que c'est l'un des principaux établissements de santé, spécialisé dans la prise en charge des femmes enceintes et des enfants. Il offre une gamme de services de santé maternelle, infantile et pédiatrique y compris des consultations prénatales, des accouchements et bien autre. Cependant, l'hôpital de la mère et de l'enfant est confronté à divers défis tels que le manque des salles pour la prise en charge des personnes malnutries, manque des personnels qualifiés, manque d'équipements médicaux et manque des certains médicaments.

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. La population de N'Djamena 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. Elle conçoit le monde dans une double dimension. Pour étudier ce phénomène, nous nous sommes appuyées sur le cadre théorique constitué des éléments suivants : le concept des représentations sociales : pour comprendre les représentations que les populations se font sur le problème de malnutrition, l'ethno-perspective pour connaître le point de vue d'un peuple et le fonctionnalisme pour mettre en exergue le rôle de la culture sur la malnutrition.

## **5. Les questions de la recherche**

Cette recherche est guidée par deux questions de recherche. Une principale et trois secondaires.

### **5.1. La question principale de la recherche**

Quel est le rapport de la causalité entre la culture et la malnutrition des enfants et les femmes enceintes dans la ville de N'Djamena au sein de l'hôpital de la mère et de l'enfant ?

### **5.2. Les questions secondaires de la recherche**

Elles sont les suivantes :

- Quels sont les pratiques alimentaires des enfants et les femmes enceintes malnutries au sein de l'hôpital de la mère et de l'enfant ?
- Quelles sont les files conductrices de la malnutrition des enfants et des femmes enceintes à l'hôpital de la mère et de l'enfant ?

- Quels sont les impacts des pratiques liés à la malnutrition des enfants et les femmes enceintes à l'hôpital de la mère et de l'enfant ?

## **6. Les hypothèses de la recherche**

Elles se disposent en deux : l'hypothèse principale et les hypothèses secondaires.

### **6.1. L'hypothèse principale de la recherche**

La malnutrition dans la ville de N'Djamena peut être liée à plusieurs facteurs culturels tels que les habitudes alimentaires, les croyances sur l'alimentation, la disponibilité des aliments nutritifs, les pratiques culinaires. Ces éléments culturels peuvent conduire à la malnutrition.

### **6.2. Les hypothèses secondaires de la recherche**

Elles sont formulées comme suite :

- En milieu hospitalier de la mère et de l'enfant de N'Djamena, les pratiques alimentaires peuvent inclure les types d'aliments consommés, la fréquence des repas, les quantités, les habitudes de cuisson, des interdits alimentaires, les habitudes alimentaires inchangeables, les croyances religieuses.
- Les facteurs principaux de la malnutrition peuvent comprendre le manque d'accès à la nourriture adéquate, pauvreté, manque de sensibilisation sur les pratiques nutritionnelles appropriées, accès limité aux services de santé, manque d'éducation sanitaire et de soutien social.
- Le refus de suivre les conseils nutritionnels, le rejet des aliments étrangers, les interdits alimentaires, le non recours aux soins prénatals conduisent au maintien de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants au sein de la population et la perte des vies humaines de la population vulnérable.

## **7. Les objectifs de la recherche**

La présente recherche s'assigne un objectif principal et trois objectifs secondaires.

### **7.1. L'objectif principal de la recherche**

Analyser l'influence de la culture sur la malnutrition des femmes enceintes et des enfants au milieu hospitalier urbain.

### **7.2. Les objectifs secondaires de la recherche**

Les objectifs secondaires sont au nombre de trois :

- Déterminer les fondements culturels des représentations de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants chez la population de la ville de N'Djamena.
- Déterminer les stratégies mises en exergue par la population pour la prise en charge des personnes malnutries à l'hôpital de la mère et de l'enfant dans la ville de N'Djamena.
- Mettre en avant l'importance de prendre en considération la qualité de la relation mère/enfant et l'interaction de la mère avec son environnement socio-familial dans le domaine de la malnutrition infantile dans la ville de N'Djamena.

## **8. La méthodologie de la recherche**

Du latin « methodus » qui signifie chemin à suivre et du grecque « logos » qui veut dire science, la méthodologie est une approche ou une démarche scientifique objective qui permet aux chercheurs de collecter les données de qualités. Selon MBONJI EDJENGUELE (2005), la méthodologie est « *la manière d'aborder l'objet d'étude, le chemin parcouru, la voie à suivre par l'esprit humain pour décrire et élaborer un discours cohérent, atteindre la vérité de l'objet et à analyser* ». Pour Grawitz (2004), « *la méthodologie est la science de la méthode, C'est la branche de la logique qui étudie les principes et les démarches de l'investigation scientifiques* ». Elle permet de mettre en évidence les méthodes scientifiques qui permettent de solutionner le problème de recherche à travers les techniques de collecte des données sur le terrain et analyser. De ce fait, nous avons opté pour la recherche documentaire et la recherche de terrain.

### **8.1. Le type de la recherche**

Cette recherche étant inscrite dans le domaine de la science sociale en général et en anthropologie en particulier, nous avons opté pour l'approche qualitative. Cette approche a permis de collecter les données qualitatives à la lumière des techniques et des outils y afférents. Les données de 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. Le cadre de recherche**

Il est une délimitation, un espace précis. Parler de cadre de recherche revient donc à ressortir la délimitation dans laquelle la recherche a été menée, les quartiers et lieux d'enquête. Cette présente recherche a été menée au Tchad dans la ville de N'Djamena. Les entrevues ont eu lieu dans les domiciles, les bureaux, dans les salles d'attente, les salles de prise suivant la convenance des informateurs.

### **8.3. La population cible**

La population cible de cette recherche est constituée des femmes enceintes malnutries, leurs proches et les parents des enfants malnutris rencontrés au sein de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena au quartier Gardolé. A côté de cette principale catégorie de la population, il y a également les spécialistes de la santé moderne et les tradipraticiens.

### **8.4. L'échantillonnage**

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, 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. La procédure d'échantillonnage**

Après le choix des informateurs, il a fallu que nous déterminions le moyen par quel nous devions accéder aux informations proprement dites. Pour cela, nous avons convoqué la technique de l'échantillonnage raisonné, employant de ce fait le procédé dit boule de neige, qui consiste à localiser et à s'entretenir avec un premier informateur à partir duquel l'on peut en recenser de nombreuses autres réponses. Avant d'aller sur le terrain, nous avons entrevu de recourir au plus grand nombre possible d'informateurs, en tenant compte de la saturation pour conclure notre opération de collecte de données.

#### **8.4.2. La technique d'échantillonnage**

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

**8.4.2.1. La technique boule de neige** ; elle se fait de manière aléatoire. Elle consiste à aller vers un informateur lambda, qui après la discussion nous conduit vers un autre informateur qui a le même vécu de la maladie. On est alors allé d'un informateur à un autre, sans craindre la qualité des données collectées ;

**8.4.2.2. 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 les mêmes ou semblables que celles des précédents répondants, l'entretien s'arrêtait et on a conclu atteindre la saturation.

### 8.4.3. La 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 est question d'accéder à des sous-groupes de la population cible. Cependant, les données collectées sont qualitativement généralisées à la population cible. Cette réflexion sur la culture et la malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes dans la ville de N'Djamena au Tchad, n'a pas interrogé toutes les composantes de la communauté, mais les sous-groupes suivants : les parents des enfants souffrant de la malnutrition, le personnel biomédical, les femmes enceintes malnutries et leurs proches des et les tradipraticiens.

### 8.4.4. Les informateurs clés

La taille de l'échantillon est le nombre des personnes ressources auprès desquelles les entretiens ont été menés. A chaque composante de l'échantillon a été adossée en un nombre précis d'informateurs. La saturation de notre recherche est (...) répondants, répartie comme suit :

Types d'informateurs	Nombres
Les parents et les proches des personnes malnutries	34
Les femmes malnutris	12
Les thérapeutes	04
Les personnels médicaux	13
Total	64

**Source :** Blackvounandi, 2023

Le tableau ci-dessus présente le nombre des informateurs obtenus sur le terrain lors de la recherche pour ce travail. La composante des parents et des proches des personnes malnutries de cette recherche est de 34. Celle de femmes enceintes malnutries est de 12, ceci est dû au fait que les femmes enceintes malnutries ne fréquentent pas le centre de santé pour la prise en charge. La composante des thérapeutes est 04. Ce nombre se justifie par la connaissance dans la prise en charge. Et enfin le nombre des personnels de santé était de 13. Ceci se justifie par le nombre du personnel chargé de la nutrition et de la prise en charge de la malnutrition.

### **8.5. Les critères d'inclusion**

Les critères d'inclusions sont les conditions pour lesquelles un informateur doit remplir pour être considéré comme participants à la recherche. Sont incluses aux entrevues toutes les femmes enceintes malnutries rencontrées à l'hôpital, tous les parents et proches des enfants rencontrés à l'hôpital ou au quartier, le personnel soignant (infirmiers, aides-soignants, médecins et nutritionnistes) et les tradipraticiens.

### **8.6. Les critères d'exclusion**

Les critères d'exclusion renvoient au fait qu'une personne ne remplit pas les conditions nécessaires d'être éligibilité pour participer à la collecte. Cette recherche a écarté toutes les femmes enceintes et parents et proches des enfants malnutris qui ne se rendent pas à l'hôpital ; les tradipraticiens n'ayant pas de connaissance de la prise en charge des personnes malnutries et toutes les femmes enceintes ou les parents et les proches de malnutris qui refusent de participer à la discussion.

### **8.7. La 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, 2005). C'est la manière par laquelle le chercheur 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.

#### **8.7.1. Les méthodes de collecte de données**

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

**8.7.1.1. La recherche documentaire :** Aucun travail scientifique ne peut être fait aisément sans la revue de littérature, c'est la raison pour laquelle elle est considéré comme un maillon essentiel pour notre travail, c'est à partir de la revue documentaire que nous nous sommes permises d'expliquer et prendre de position sur certain nombre d'ouvrage recensés.

**8.7.1.2. L'entretien :** par cette méthode, les verbatim ont été collectés. Ce sont les données qui émanent de la subjectivité des répondants, de leurs vécus quotidiens, de leurs expériences personnelles.

**8.7.1.3. L'observation :** Elle a permis de nous faire vivre le phénomène, de nous faire imprégner du sujet, de collecter des données qui relèvent des non-dits ; on a observé les différentes manières

de prise en charge de la malnutrition dans le milieu hospitalier et communautaire, les différents ingrédients de la prise en charge et les différents traitements. Cette méthode nous a permis également d'observer le comportement des individus face au phénomène de la malnutrition dans le milieu hospitalier.

### **8.7.2. Les techniques de collecte des données**

Elles sont composées de la revue de la littérature systématique, de la revue de la littérature en boule de neige, de l'observation directe, des entretiens individuels approfondis et des récits de vie.

**8.7.2.1. La revue de la littérature systématique :** Il s'est agi de rechercher tous les documents qui parlent de la question de la malnutrition qui a été établi d'emblée d'une fiche bibliographique, dans laquelle étaient répertoriés tous les documents susceptibles qui peuvent nous fournir les informations sur le sujet traité. Ces documents sont tirés des bibliothèques académiques personnelles, acquis auprès des amis ainsi d'internet.

**8.7.2.2. La revue de la littérature en 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, nous avons consulté les références bibliographiques qui nous ouvraient la porte sur d'autres documents traitant notre sujet de recherche. Elle nous a permis d'entrer en contact avec des nouveaux documents que nous n'avons pas découvert lors de la lecture.

**8.7.2.3. L'observation directe :** Elle nous a permis d'aller sur le terrain et observer les personnes souffrantes de la malnutrition et la prise en charge de ces personnes au sein de l'hôpital mère et enfant, au niveau de la communauté et à celui d'ethnomédecine. Elle nous a permis également d'observer les différentes modes de traitements biomédicaux, les différentes manières d'accueillir les patients au niveau de l'hôpital, les différents ingrédients utilisés dans la prise et les comportements autour de la maladie.

**8.7.2.4. Les entretiens individuels approfondis :** Ceux-ci ont pris un nombre important de temps et ils se faisaient en parallèle avec l'observation directe. D'abord à l'arrière en face d'un informateur, nous nous présentons et le but de notre présence sur le terrain, nous demandons son accord pour l'entretien avec l'usage des outils à utiliser. Une fois acceptée, nous lançons l'entretien. Et la phase d'entretiens nous a pris au minimum 30 à 45 minutes de façon multiple avec les informateurs dont la profondeur des informations nous semblait utile. Ils nous ont permis d'utiliser les questions établies dès le départ sur le terrain afin de discuter avec les informateurs en les interrogeant dessus.

**8.7.2.5. Les 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 G enevi eve, « *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 même que l'acteur confère à sa trajectoire* » (*Idem 38*).

Au vu de cette citation de Pruvost G enevi eve, 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 cach es de la malnutrition à l'hôpital mère et enfant. Il s'agit d'aller au-delà des raisons les plus communes pour rechercher les plus intrinsèques aux victimes 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 sur les victimes de la malnutrition, les recours aux soins et les raisons socioculturelles du choix des pratiques thérapeutiques.

### **8.7.3. Les outils de collectes des données**

Les outils de collecte des données sont les supports au travers desquels les informations ont été recueillies et conservées. Nous avons eu : le guide d'entretien, qui a servi à travers son contenu pour recueillir les informations auprès des enqu et es, le guide d'observation ou grille d'observation, nous a permis d'observer les comportements des personnes malnutries, ceux de l'entourage et des personnels soignants (moderne et traditionnel), les méthodes de diagnostics (le mode de traitement par les médecins et les traitements traditionnels) nous avons également observé les chambres d'hospitalisation où sont logés les malnutris, le magnétophone qui nous a permis de faire les enregistrements des dires durant les entretiens ; l'appareil photo qui nous a servi pour la prise de vue (des images), le journal de terrain qui a permis de noter les informations observées ou entendues après observation et le stylo et le crayon pour noter ce qui est dit et vu sur le terrain .

#### **8.7.4. La procédure de collecte des données**

La procédure de collecte des données c'est le moyen par lequel nous avons procédé pour recueillir les informations qui nous ont aidé à la compréhension du thème. La procédure de collecte est organisée de la manière suivante :

*8.7.4.1. La revue de la littérature systématique : Nous avons répertorié tous les documents qui traitent de la problématique de la malnutrition, de son étiologie aux manifestations en passant par la prise en charge et les traitements (biomédicaux, traditionnels et pluriels) et des symptômes.*

**8.7.4.2. La revue de la littérature en boule de neige :** C'est une technique qui nous a permis d'avoir des documents à partir d'une lecture du document. Elle nous a permis d'entrer en contact avec des documents que nous avons découvert lors de la lecture.

**8.7.4.3. L'observation directe :** Elle nous a permis sur le terrain d'observer les matériels des soins, les types d'aliments recommandés et donnés aux personnes malnutries tant au niveau biomédical que dans celui d'ethnomédical. Ce travail s'est réalisé grâce à un guide d'observation conçu à cet effet.

**8.7.4.4. Les entretiens individuels formels :** Ils nous ont permis de faire l'usage des questions établies dès le départ afin de discuter avec les informateurs en les interrogeant dessus.

**8.7.4.5. Les récits de vie :** Ici, les informateurs nous racontaient leurs vécus de la maladie, les soignants dans leur façon de la prise en charge. Ceci s'est fait lorsque des différentes entrevues réalisées. Le recours à cette technique faisait suite aux observations que certains répondants avaient des informations qu'il fallait leurs donner assez de temps pour les relater.

#### **8.7.5. La planification de collecte**

Après le choix du site, de la catégorie des informateurs, la programmation de la descente sur le terrain a été arrêtée. La collecte a eu lieu dans la ville de N'Djamena à l'hôpital mère et enfant et dans les quartiers. Le site a été choisi à cause de la présence récurrente de la malnutrition. Concernant les informateurs, ils sont répertoriés ainsi qu'il suit : les femmes enceintes et les enfants malnutris, les parents et les proches des personnes malnutries, les aides-soignants, les infirmiers, les médecins, les nutritionnistes et les tradithérapeutes. Les entrevues ont été réalisées dans les domiciles des parents et des proches des personnes malnutries, à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena et les domiciles des tradithérapeutes. Ces lieux ont été choisis en fonction de la disponibilité des informateurs.

### **8.7.6. La réalisation de collecte**

C'est la voie par laquelle l'on passe pour collecter les informations, attribuer les dates aux données recueillies. Nous avons donc fait recours aux techniques de collecte de données à savoir : La revue systématique, la revue aléatoire, l'observation directe, les entretiens individuels approfondis et les récits de vie.

### **8.7.7. La gestion des données**

Il s'agit de démontrer comment les données ont été conservées, les outils via lesquels cette opération s'est faite. Durant la collecte, les informations ont été stockées dans des banques données, classées confidentielles, conservées dans des journaux de terrain, magnétophone, appareil photo, carte mémoire, clé USB, ordinateur et envoyées à un membre de la famille pour la sécurité. A chaque fin de la journée, une séance de réécoute était organisée pour corriger certaines erreurs à la proche discussion.

### **8.7.8. Le traitement des données de terrain**

Après la collecte des données, les entretiens audios étaient disponibles. A partir de cet instant, les transcriptions audios afin d'obtenir la version Word (écrite) en respectant et en restituant fidèlement les propos des informateurs ressources ont été faites. Dans cette optique, les contre sens ont été évités pour ne pas trahir les propos des informateurs clés. Il convient de préciser le contrôle a été fait après chaque transcription.

### **8.7.9. L'analyse des données de terrain**

Deux (02) types d'analyse ont été utilisés.

#### **8.7.9.1. L'analyse de contenu thématique des données conceptuelles**

L'analyse de contenu permet de relever les contenus des données collectées afin de produire un sens et d'organiser une rédaction. C'est dans cette perspective que Grawitz (2001) souligne : « *L'analyse de contenu s'oriente vers la formalisation des relations entre thèmes permettant de traduire la structure des textes* ». Ainsi donc, les discours d'un répondant ont été décryptés pour ressortir les différentes parties du travail.

Cette analyse de contenu a mis en exergue les différentes étapes suivantes : relire des différentes transcriptions, l'utilisation de plusieurs couleurs pour colorier et identifier les thèmes, les sous-thèmes et les méta-thèmes ; le rapprochement des similitudes et des divergences des propos des informateurs, l'élaboration du plan et la rédaction du mémoire.

### 8.7.9.2. *L'Analyse des données iconographiques*

Dans son application, l'analyse iconographique permet de mettre en évidence les différents aspects de l'image à analyser à l'instar de la matière (type de matériau), nous avons aussi tenu compte des formes différentielles qui pourront nous aider à bien analyser nos données iconographiques.

## **9. La considération éthique**

Nous avons respecté les principes de l'éthique, de la première étape de notre recherche jusqu'à la publication des résultats. Nous avons garanti : chaque informateur a été soumis à 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, toutes les données collectées sur le terrain ont été scrupuleusement conservées, à l'abri du regard malveillant. Elles sont classées confidentielles et privées jusqu'à leur publication, et aucun informateur n'a été cité sans son avis. La partie précédente dévoile le procédé méthodologique que nous avons emprunté. Cette méthodologie a été respectée à chacune des étapes évoquées, chacune des méthodes, chacune des techniques. Les informations présentes dans ce mémoire proviennent exclusivement de la descente sur le terrain et de la revue de la littérature. Nous avons procédé d'une restitution factuelle sans ajout ni retrait.

## **10. Les intérêts de l'étude**

La recherche ne doit pas être une activité infructueuse non seulement pour la science, mais aussi pour la société dans laquelle elle est réalisée. Autrement dit, tout travail de recherche scientifique sérieux doit pouvoir recouvrir un intérêt non seulement pour l'ensemble des membres de la communauté scientifique, mais aussi pour les décideurs publics et autres membres de la société. Un travail scientifique repose toujours sur un certain nombre d'intérêts de recherche qui traduisent l'originalité et la pertinence de ce travail envisagé.

### **10.1. L'intérêt théorique**

Le présent travail se veut d'abord une contribution à l'anthropologie médicale aux différents travaux réalisés en matière de l'anthropologie. Bien plus, il offre des nécessaires de compréhension et d'explication de la malnutrition sous le prisme de l'anthropologie médicale et de la manière dont celle-ci participe au renforcement du développement.

## **10.2. L'intérêt pratique**

Au terme de cette recherche, la population doit tenir compte des conseils éducatifs et nutritionnels du professionnel de la santé pour éviter la présence récurrente de la malnutrition chez les femmes enceintes et les enfants d'une part. D'autres parts, les professionnels de santé qui exercent dans les communautés doivent prendre en compte les interdits alimentaires culturels prescrits aux femmes enceintes et aux enfants à un certains âges pour lutter efficacement contre ce fléau.

## **11. La limite de la recherche**

Ce travail de recherche n'étant pas parfait, elle 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, tous aussi importantes, nous ne pouvons ressortir le taux et le pourcentage de personnes victimes de la malnutrition et de leurs proches. Il ne peut pas également être classé dans le champ de la science biomédicale. La seconde limite est que, la recherche a été menée sur une population cible réduite dans la ville de N'Djamena. Nous sommes également loin de pouvoir appliquer ces résultats à une population au-delà des frontières.

## **12. La délimitation**

Elle se situe en délimitation temporelle et en délimitation spatiale.

### **12.1. La délimitation spatiale**

Cette recherche a été menée au Tchad, dans la ville de N'Djamena au sein de centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant. Elle était concernée principalement par les femmes enceintes et les enfants malnutris.

### **12.2. La délimitation temporelle**

Cette étude couvre la période allant de 2022 à 2024 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 phase comporte l'élaboration des outils de collecte des données et la revue de la littérature ; la deuxième phase quant- à elle porte sur la descente sur le terrain pour la collecte des données et la troisième phase qui est considérée comme la dernière aussi consiste à l'analyse et l'interprétation des données collectées sur le terrain. Elle s'achève également avec la rédaction du mémoire et le dépôt final.

### **13. Les difficultés rencontrées**

Les difficultés rencontrées lors de ce travail, se situent sur plusieurs volets. Le premier volet c'est au niveau des documentations. Les documentations sur la question de culture et malnutrition n'existent pratiquement pas et celles trouvées même ne sont pas accessibles. Sur le deuxième qui est celui des informateurs, certains personnels de santé à l'hôpital mère et enfant où 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 du guide d'entretien, car ils disent que c'est difficile pour eux de connaître ce genre des choses. Le troisième problème c'est la non rencontre des femmes enceintes victimes de la malnutrition. Par-delà de ce problème, nous avons été considérées par la population locale comme un agent de renseignement de l'Etat pour aller livrer leurs secrets du traitement traditionnel de la malnutrition. Pour ce volet, pour enlever cette idée dans l'esprit de ladite population, nous avons été conduites par un membre connu dans la communauté afin de lever le doute et entrer en discussion avec les parents et les victimes malnutries.

### **14. Le plan du travail**

Ce travail s'articule autour de cinq chapitres. D'abord l'introduction. Le premier chapitre porte sur la présentation du cadre physique et humain du milieu d'étude, deuxième chapitre porte sur la revue de la littérature, cadres théorique et conceptuel. Le troisième chapitre est consacré à la représentation socioculturelle de la malnutrition des enfants et les femmes enceintes dans la ville de N'Djamena, le quatrième chapitre porte sur les stratégies de la prise en charge de la malnutrition des enfants et des femmes enceintes au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant de N'Djamena au Tchad et le cinquième Chapitre porte sur la production des sens des données collectées. Et enfin la conclusion.

**CHAPITRE I : PRESENTATION DES CADRES PHYSIQUE ET  
HUMAIN DE LA VILLE DE NDJAMENA**

Dans ce chapitre nous allons présenter le milieu physique qui est l'ensemble cohérent des conditions naturelles ou sociales visible ou invisible, qui régissent ou influencent la vie des individus et des communautés dans un espace donné. Pour mener des investigations dans une zone bien délimitée, la présentation du milieu géographique et humain donne la clarté à cette recherche qui se veut scientifique. Celle-ci englobe la situation géographique de N'Djamena Tchad, son climat, son hydrographie et sa faune. La présentation du milieu humain comporte : l'aspect démographique, culturels et les activités économiques de notre terrain de recherche.

## **I.1. Le 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. La situation géographique du Tchad**

Situé entre le 7<sup>ème</sup> et 24<sup>ème</sup> degré de latitude nord et les 13<sup>ème</sup> et 24<sup>ème</sup> degré 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. (carte de sante du Tchad, 2019-2023).

**Carte 1 : Situation géographique du Tchad**



**Source :** DBR (2015)

### **I.1.2. La situation géographique de la ville de N'Djamena**

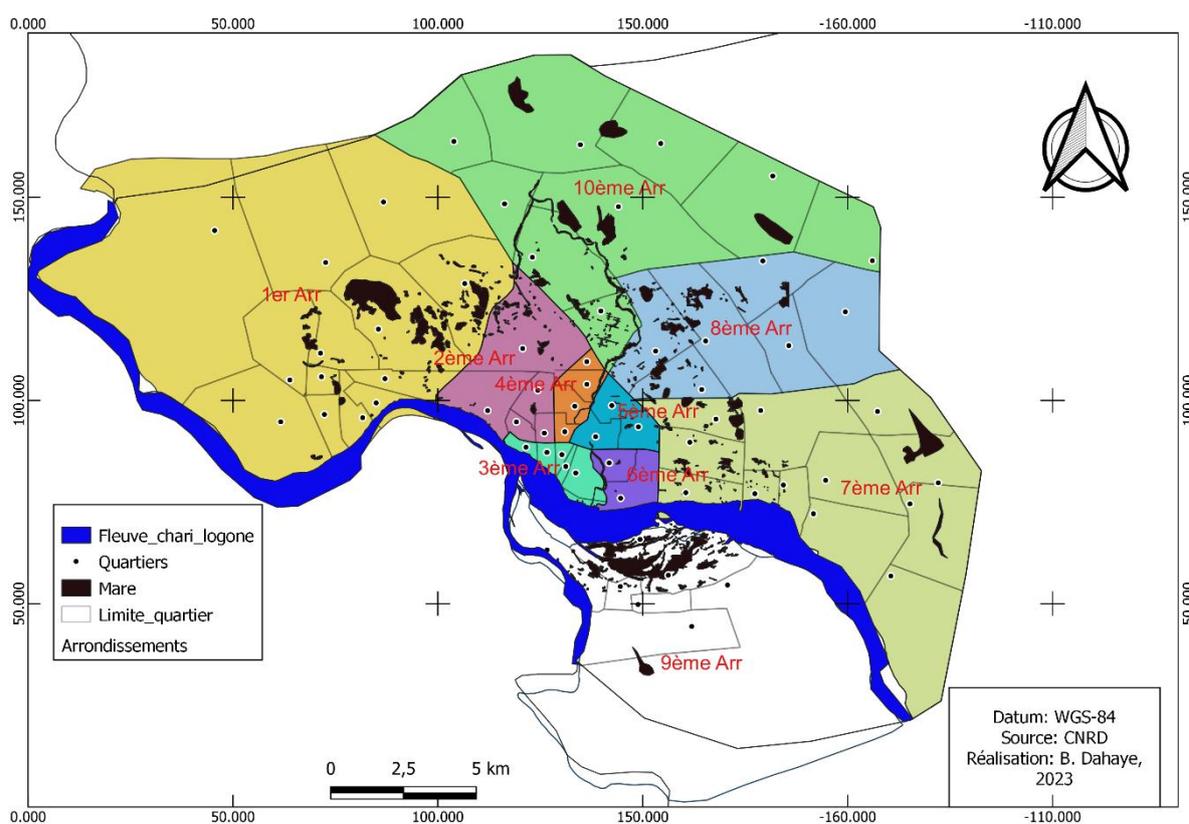
N'Djamena est la capitale du Tchad depuis 1960, année de l'indépendance du pays. La ville de N'Djamena est située au centre-ouest du Tchad, au confluent de deux cours d'eau (fleuve Chari et la rivière Logone), la ville a une histoire riche et mouvementée, marquée par des conflits et des changements politiques. Elle se trouve dans la région du Chari-Baguirmi. Elle a été fondée au XIXe siècle par les arabes et les haoussas, qui y ont établi un marché important pour le commerce des esclaves. Au début du XXe siècle, la ville est devenue un centre administratif français et a connu une croissance rapide avec l'arrivée des colons européens. Pendant la seconde guerre mondiale, N'Djamena a été un centre stratégique pour les forces alliées qui y ont installé une base militaire.

Après l'indépendance, N'Djamena a été le théâtre de nombreux conflits politiques et militaires, notamment la guerre civile de 1979-1982 et la guerre civile de 2005-2010. Ces conflits ont causé des destructions importantes dans la ville et ont eu un impact sur son développement économique et social. Malgré ces défis, N'Djamena est aujourd'hui une ville en pleine croissance, avec une population estimée à plus d'un million d'habitants. Elle est un centre économique important pour le Tchad et la région avec des industries telles que le pétrole, l'agriculture et le commerce

### I.1.3. Le climat

Le climat de N'Djamena est de type tropical avec une saison des pluies qui s'étend de juin à septembre et une saison sèche le reste de l'année. Les températures peuvent être très élevées, dépassant souvent les 40 degrés Celsius pendant la saison sèche. Les précipitations sont plus abondantes pendant la saison des pluies, mais les pluies peuvent être irrégulières et entraîner des inondations. La ville peut également être sujette à des vents de sable, appelés harmattan, qui soufflent du Sahara et peuvent réduire la visibilité.

**Carte 2** : Subdivision administrative de la ville de N'Djamena



**Source** : TOKAMA Armel (2023)

#### **I.1.4. Le relief**

Le relief de N'Djamena est relativement plat, avec une altitude moyenne d'environ 295 mètres au-dessus du niveau de la mer. La ville est située dans une zone de transition entre le Sahel au nord et de la savane au sud. Le sol de la région est principalement composé de latérite, une roche rougeâtre riche en fer, qui donne au sol sa couleur caractéristique. La ville est entourée de plusieurs collines, dont la plus haute est la colline de Toukra, située à 20 kilomètres au sud-est de la ville et culminant à environ 490 mètres d'altitude. Cependant, la plupart des quartiers de la ville sont situés sur des plaines ou des plateaux peu élevés. Le relief de N'Djamena est caractérisé par des plaines alluviales qui sont traversées par la rivière, le principal affluent du lac Tchad. La ville est située à la jonction de deux zones géographiques, le sahel et la savane, ce qui explique la diversité de la flore et de la faune de la région.

#### **I.1.5. Les sols à dominance ferrugineuse et ferralitique**

Le sol de N'Djamena et de ses environs sont principalement de nature ferrugineuse et ferralitique. La roche sous-jacente est composée de latérite, une roche riche en oxydes de fer et d'aluminium qui se forme par l'altération de roches silicatées sous l'action des agents climatiques.

Le sol ferrugineux est un sol riche en fer, qui donne au sol une couleur rougeâtre. Ce type de sol est courant dans les régions tropicales et subtropicales, où l'humidité est abondante et où les températures sont élevées. Les sols ferrugineux sont souvent pauvres en éléments nutritifs et en eau, ce qui les rend peu propices à l'agriculture. Cependant, la région de N'Djamena est arrosée par la rivière Chari et ses affluents, ce qui permet la culture de certains produits agricoles, comme le maïs, le sorgho, le riz et le coton.

Le sol ferralitique est un sol qui se forme à partir de la latérite. Ce sol est riche en oxydes de fer et d'aluminium, ainsi qu'en éléments nutritifs. Il est souvent présent dans les régions où la pluviométrie est abondante et où les températures sont élevées. Les sols ferralitiques sont donc plus propices à l'agriculture que les sols ferrugineux. Il est important de noter que le sol de N'Djamena est sujet à l'érosion, en raison de la faible densité de végétation et de l'activité humaine intensive. L'érosion peut entraîner la dégradation des sols, ce qui peut avoir des conséquences négatives sur la productivité agricole et l'environnement en général.

#### **I.1.6. La température**

La zone d'étude, comme l'ensemble du territoire Tchadien souffre de sa continentalité. Celle-ci influence largement les températures dont les seuls éléments atténuants sont la pluviosité et froid hivernal.

La température moyenne mensuelle ne descend pas en dessous de 20°C. Les moyennes minimales et maximales sont respectivement entre 19°C et 39°C mais varient avec les saisons. De Mars à Mai, période considérée comme chaude, on a des températures maximales de 43°C et minimal de 26°C. De Décembre à janvier période fraîche, ces valeurs tombent à 32°C et 12°C. L'amplitude thermique mensuelle oscille autour de 20°C, ce qui conduit à prendre en compte l'ensoleillement et les vents, dans la construction des logements en vue de protéger l'Homme et les matériaux de constructions des agressivités des éléments climatiques (Manuel d'urbanisme en pays tropical, 1975).

**Tableau 1** : Température à N'Djamena

<b>Paramètres thermiques</b>	<b>Minimale</b>	<b>Maximal</b>	<b>Moyennes</b>
Janvier	14,8	32,6	23,7
Février	18,2	36,1	27,1
Mars	22,6	39,8	31,2
Avril	26,2	41,9	34
Mai	26,8	40,8	33,8
Juin	25,5	38	31,8
Juillet	23,6	34,1	28,8
Aout	22,7	31,5	27,1
Septembre	23,1	33,9	28,5
Octobre	22,6	37,4	30
Novembre	19,1	36,9	28
Décembre	15,5	33,7	24,6

**Source** : Données climatiques (2021)

Les données du tableau n°1 permettent de constater que les mois de mars- avril sont caractérisés par des températures à la hausse tandis que novembre- décembre sont caractérisés par des températures basses. La température moyenne de la saison pluvieuse (Avril-septembre) elles sont environ 30°C. Les mois de décembre et janvier apparaissent comme les mois où la température connaît une chute extrême, car dans la zone soudanienne en générale et à N'Djamena en particulier, ces mois sont caractérisés par le froid intense.

### **I.1.7. Les précipitations**

Selon les prélèvements et les observations faites sur trois décennies de (1965 à 1994) par Bahoutou, on relève une grande disparité entre les années. La mauvaise répartition des pluies est accentuée par leur concentration, chaque année sur les mois de juillet, août et septembre. Durant ces trois mois, les précipitations sont très fréquentes et abondantes, 50 à 300mm de pluies sont enregistrées. Pendant cette période brève de l'année, la zone est le théâtre d'inondation.

### **I.1.8. Le réseau hydrographique**

Le réseau hydrographique de la ville de N'Djamena est principalement composé de la rivière Chari et de ses affluents. Le Chari est une rivière de 1200km de long qui prend sa source dans les montagnes de la République centrafricaine et se jette dans le lac Tchad à la frontière entre le Tchad, le Niger, le Nigeria et le Cameroun. Le Chari est alimenté par des nombreux affluents, dont les principaux sont le Logone, le Mayo Kebbi, le Barh Azoum. Le Chari traverse la ville de N'Djamena du nord au sud, séparant la ville en deux parties distinctes. Il est utilisé pour l'irrigation des cultures et la pêche. Cependant, le Chari est également une source de risques d'inondations lors de la saison des pluies, car il peut déborder et cause des dommages matériels et humains importants. En outre, la ville de N'Djamena dispose de quelques petits lacs artificiels créés pour l'irrigation et la production piscicole, notamment le lac Iro, le lac Fitri, le lac Téné. Ces lacs sont alimentés par les eaux de pluie et de ruissellement, ainsi que par les eaux souterraines. Ils permettent de développer des activités économiques importantes dans la région, comme la pêche, l'agriculture irriguée, l'élevage et le tourisme. Le réseau hydrographique de N'Djamena est également confronté à des défis environnementaux et de gestion de l'eau. En effet, la croissance démographique rapide de la ville entraîne une augmentation de la demande en eau pour la consommation, l'agriculture et l'industrie, ce qui peut conduire à une surexploitation des ressources en eau (Olivery et *al.*, 1986).

#### **I.1.8.1. Le régime des cours d'eau, débits et déversement**

Le régime hydrologique des cours d'eau de N'Djamena est caractérisé par une saison sèche prolongée de novembre à mai et une saison de pluie d'Avril à octobre. Pendant la saison des pluies, les précipitations sont abondantes et les cours d'eau ont des débits importants, ce qui peut causer des inondations dans certaines zones de la ville, En revanche, pendant la saison sèche, les cours d'eau peuvent connaître des étiages sévères, avec des débits très faible. De même, les affluents du Chari ont des débits très variables en fonction de leur localisation géographique et de leur bassin. En effet, la ville ne dispose pas d'un système d'assainissement efficace et une

grande partie des eaux usées sont déversées directement dans les cours d'eau sans traitement préalable. Cela peut avoir des conséquences graves sur la qualité de l'eau, santé publique et environnement (Moussa et *al.*, 2018).

### **I.1.9. Les formations végétales**

Le cadre physique de N'Djamena se caractérise par une végétation de savane arborée, cette végétation est constituée d'arbres et d'arbustes, tels que le baobab, le karité ; le néré, l'acacia et le tamaris. La savane est une formation végétale typique des zones tropicales, où les précipitations sont saisonnières et les températures élevées tout au long de l'année. Cependant, en raison de l'urbanisation rapide de la ville et de l'expansion des activités humaines, une grande partie de la végétation naturelle a été dégradée ou détruite. Les espaces verts autour des bâtiments gouvernementaux et des résidences privées, par ailleurs, la dégradation de la végétation peut avoir des conséquences importantes sur le cadre physique de N'Djamena notamment en termes d'érosion des sols et de perte de la biodiversité (Ayuba et *al.*, 2016).

#### **I.1.9.1. La faune et la flore**

La faune et flore de N'Djamena sont également influencées par le climat tropical de la région. La ville se trouve dans une zone de transition entre la savane arborée et le désert, ce qui se reflète dans la biodiversité locale.

##### ***I.1.9.1.1. La faune***

La faune de N'Djamena est représentée par une variété d'espèces animales, dont certaines sont emblématiques de la région. On peut ainsi citer des espèces comme les éléphants, les hippopotames, les crocodiles, les antilopes, les gazelles, les phacochères, les singes et les chacals. Cependant, la faune de N'Djamena a été affectée par la dégradation de l'habitat et la chasse excessive, ce qui a entraîné une diminution de la population animale.

##### ***I.1.9.1.2. La flore***

En ce qui concerne la flore, la ville est caractérisée par une végétation de savane arborée, avec des arbres tels que le baobab, le karité, le néré, l'acacia et le tamaris. La flore locale est également menacée par la dégradation de l'environnement, ainsi que par l'urbanisation rapide de la ville. Il convient également de noter que la faune et flore de N'Djamena sont étroitement liées aux pratiques culturelles de la population locale, qui tirent souvent parti des ressources naturelles pour leurs besoins quotidiens.

## **I.2. Le cadre humain**

En plus du cadre physique, il est important de prendre en compte les aspects humains et économiques de la ville de N'Djamena. Ndjamen est la capitale politique et économique du Tchad, et la ville est en pleine expansion démographique. Le développement économique est soutenu par des activités telles que le transport, l'agriculture, l'élevage, l'exploitation minière et l'industrie pétrolière. N'Djamena est le principal centre commercial du pays et abrite plusieurs marchés, dont le plus grand est le marché central de la ville. La ville est également un important centre de transport, avec un port fluvial sur la rivière Chari et un aéroport international. Cependant, la croissance rapide de la ville a entraîné une pression sur les ressources naturelles, notamment les terres, l'eau et les forêts. Le taux élevé de la pauvreté et de chômage dans la ville ont également contribué à la dégradation de l'environnement avec des pratiques telles que l'exploitation forestière illégale et la chasse excessive.

Les aspects humains incluent la diversité ethnique et culturelle de la population locale, les groupes ethniques les plus importants de la ville sont les Sara, les Arabes et les ouaïddaiens, mais la ville abrite également des communautés étrangères, notamment des travailleurs migrants en provenance de pays voisins tels que le Cameroun et le Niger. La diversité culturelle de N'Djamena est également reflétée dans les pratiques religieuses, avec une majorité de la population étant musulmane, mais également des communautés chrétiennes et animistes. Il est donc important de prendre en compte ces aspects humains et économiques dans toute étude sur la malnutrition et la culture à N'Djamena, car ils peuvent avoir une influence sur les pratiques alimentaires et les comportements de santé de la population locale (Ouédraogo et *al.*, 2019).

### **I.2.1. La démographie**

La ville de N'Djamena est la capitale politique et économique Tchad. Selon les estimations de l'organisation des Nations unies, la population de la ville était d'environ 1,4 millions d'habitants en 2020. Ce qui représente environ 10% de la population totale du pays. La ville de N'Djamena est également la principale destination des populations en quête de travail et d'opportunités économiques, ce qui a entraîné une croissance rapide de la population au cours de dernières décennies. Cela a également entraîné une forte pression sur les services de base tels que l'eau, l'électricité, les transports et les soins de santé. En outre, la ville accueille une population importante de réfugiés et de personnes déplacées internes, principalement en raison des conflits dans les pays voisins tels que le Soudan et la République centrafricaine. Cette situation a également eu un impact sur la structure démographique de la ville et sur la capacité de ses habitants à accéder aux services de base.

**Tableau 2** : Répartition des populations de N'Djamena par arrondissement

<b>Arrondissement</b>	<b>Nombre de quartier</b>	<b>Population</b>
1 <sup>er</sup> arrondissement	11 quartiers	75 203
2 <sup>e</sup> arrondissement	5	59 260
3 <sup>e</sup> arrondissement	6	40 928
4 <sup>e</sup> arrondissement	4	72 067
5 <sup>e</sup> arrondissement	3	100 948
6 <sup>e</sup> arrondissement	2	45 500
7 <sup>e</sup> arrondissement	10	223 231
8 <sup>e</sup> arrondissement	6	184 641
9 <sup>e</sup> arrondissement	7	75 593
10 <sup>e</sup> arrondissement	10	74 047
Total		951 418

**Source** : RGPH2 (2009).

### **I.2.2. Les potentialités culturelles**

La ville de N'Djamena est riche en culture et en histoire. Elle est le berceau de plusieurs groupes ethniques, notamment les Kanembous, les Toubous, les Sara, les arabes, les Ouaddaiens, et les Goranes, chacun ayant sa propre langue, sa musique, ses danses et ses coutumes. La ville abrite également plusieurs musées historiques, tels que le musée national du Tchad, le musée de N'Djamena et la grande Mosquée de N'Djamena. Ces sites culturels sont des attraits touristiques importants pour les visiteurs nationaux et étrangers qui cherchent à en savoir plus sur la culture et l'histoire du Tchad. En outre, la ville de N'Djamena organise régulièrement des événements culturels, artistiques, tels que le festival international de la culture et des arts de N'Djamena qui mettent en valeur la richesse et la diversité de la culture tchadienne. La ville abrite également plusieurs institutions d'enseignement supérieur, telles que l'université qui offrent des programmes de formation en histoire, en anthropologie, en langue, en littérature permettant ainsi de préserver et de promouvoir la culture locale.

### **I.2.3. L'organisation sociale et administrative**

#### **I.2.3.1 L'organisation sociale**

La ville de N'Djamena est une société patriarcale où les hommes ont traditionnellement un rôle dominant dans la vie sociale, économique et politique. Cependant, au fil du temps, les femmes ont commencé à jouer un rôle de plus en plus important dans la société tchadienne,

notamment en matière de développement économique et de lutte contre la pauvreté. Il existe également une forte tradition de solidarité et d'entraide dans la société tchadienne, où les membres de la famille, les voisins et les amis se soutiennent mutuellement en cas de besoin. Les associations de jeunes, des femmes et de commerçants jouent également un rôle important dans la vie sociale de la ville, en organisant des activités culturelles, sociales et économiques.

### **I.2.3.2. L'organisation administrative**

La ville de N'Djamena est administrativement divisée en dix arrondissements, chacun ayant un maire élu par les conseillers municipaux. Ces arrondissements sont à leur tour subdivisés en quartiers, dirigés par des chefs de quartier nommés par les autorités locales. Le pouvoir exécutif de la ville est exercé par un maire, élu pour un mandat de cinq ans par les conseillers municipaux. Le conseil municipal est chargé de définir les politiques de développement et de gestion de la ville, de superviser les services municipaux et de prendre des décisions sur les questions de développement local. Le pouvoir judiciaire est représenté par les tribunaux de première instance, les tribunaux d'appel et les tribunaux administratifs. Le pouvoir législatif est exercé par l'Assemblée nationale, qui siège à N'Djamena et qui est chargée de légiférer sur les questions nationales.

### **I.2.4. Les infrastructures sociales et équipements**

La ville N'Djamena dispose d'un certain nombre d'infrastructures sociales et d'équipements, bien que leur qualité et leur accessibilité varient considérablement selon les quartiers et les arrondissements. En matière de santé la ville compte plusieurs hôpitaux publics, ainsi que des cliniques et des centres de santé gérés par des ONG ou des structures privées. Cependant, les hôpitaux publics sont souvent sous-équipés et manquent de personnel qualifié, ce qui peut entraîner des problèmes d'accès aux soins pour la population.

En ce qui concerne l'éducation, la ville dispose d'un certain nombre d'écoles primaires et secondaires, ainsi que de plusieurs établissements d'enseignement supérieur, dont l'université de N'Djamena. Cependant, les écoles publiques souffrent souvent d'un manque d'infrastructures adéquates et de personnel enseignant qualifié, ce qui peut limiter la qualité de l'enseignant. La ville dispose également d'un certain nombre d'infrastructure sportives et culturelles, telles que des stades, des centres de loisirs et des musées. Cependant, l'accès à ces équipements est souvent limité en raison de leur localisation ou de leur coût, ce qui peut limiter leur utilisation par la population. En matière de transport, la ville dispose d'un réseau de transports en commun, principalement composé de minibus appelés taxi-brousse, ainsi que d'un aéroport international et d'une gare ferroviaire.

### **I.2.4.1. L'eau et l'électricité**

L'accès à l'eau et à l'électricité est un défi important pour de nombreuses personnes à N'Djamena en particulier dans les quartiers les plus pauvres et les plus périphériques de la ville.

En ce qui concerne l'eau potable, la ville dispose d'un système de distribution d'eau, géré par la société tchadienne des eaux (STE), qui fournit de l'eau à la population à partir du fleuve Chari. Cependant, l'accès à l'eau potable est limité et irrégulier dans de nombreux quartiers de la ville, en raison de la vétusté des infrastructures de distribution et du manque d'investissement pour moderniser le système. En conséquence, de nombreux habitants de N'Djamena sont contraints d'acheter d'eau à des vendeurs privés, ce qui peut être coûteux et compromettre la qualité de l'eau.

En ce qui concerne l'électricité, la ville est alimentée par un réseau électrique national, géré par la société nationale d'électricité (SNE), qui fournit de l'électricité à la population à partir de centrales thermiques et hydroélectriques. Cependant, l'accès à l'électricité est également limité et irrégulier dans de nombreux quartiers de la ville, en raison du manque d'investissement pour moderniser le réseau et étendre la couverture. De nombreux habitants de N'Djamena sont contraints d'utiliser des générateurs électriques pour compenser les coupures de courant, ce qui peut être coûteux.

### **I.2.5. Les infrastructures sanitaires et éducatives**

La ville de N'Djamena dispose des infrastructures sanitaires et éducatives qui sont en constante collaboration pour améliorer ces infrastructures et garantir un accès équitable aux services de santé et d'éducation pour répondre aux besoins de la population, ces infrastructures sanitaires et éducatives peuvent varier en termes de qualité et d'accès en fonction de la localisation et du statut socio-économique de la population.

#### **I.2.5.1. Les infrastructures sanitaires**

En ce qui concerne les infrastructures sanitaires, la ville de N'Djamena dispose de plusieurs hôpitaux publics et privés, ainsi que de cliniques et de centres de santé. Cependant, le système de santé est confronté à des défis importants, notamment en termes d'accès aux soins pour les populations les plus vulnérables et d'un manque de personnel médical qualifié. Le gouvernement tchadien a lancé des programmes pour améliorer l'accès aux soins de santé en particulier dans les zones rurales. Des partenariats avec des organisations internationales ont également contribué à renforcer le système de santé du pays.

**Photo 1** : Hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena



**Source** : Blackvounandi, D.J., (2023)

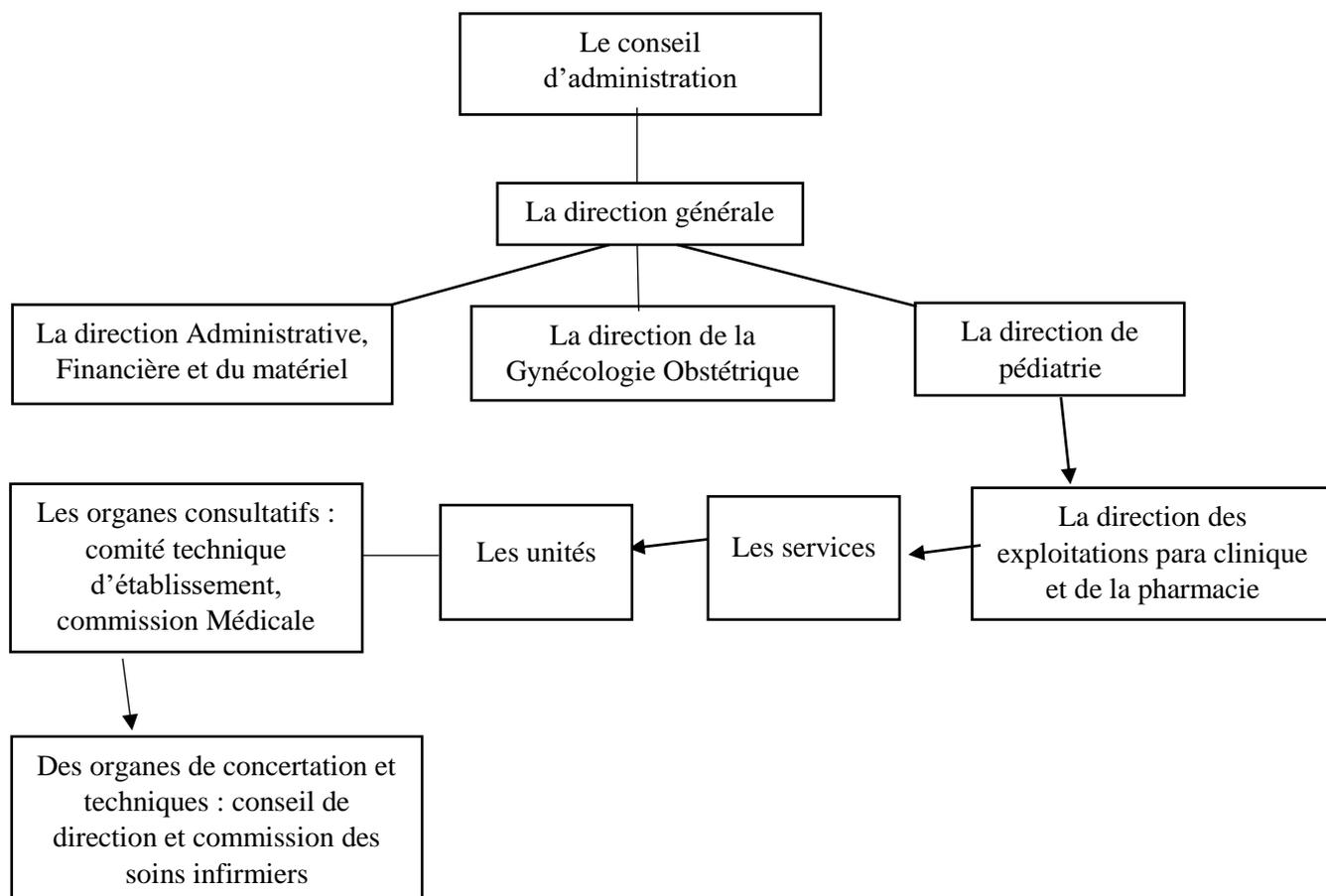
L'hôpital de la mère et de l'enfant est situé au centre de N'Djamena dans le quartier Gardolé et occupe une superficie de 15000m. C'est un établissement de référence nationale en matière de santé de reproduction.

### **Traitement**

Les patients malnutris sont évalués par une équipe médicale pour déterminer leur état nutritionnel, les complications éventuelles puis surveillés régulièrement pour évaluer leurs progressions, ajuster le traitement si nécessaire et prévenir les complications.

#### ***1.2.5.1.1. L'historique et la présentation de l'hôpital de la mère et de l'enfant (HME)***

Créé par la loi No 031/PR/2010, l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant a été inauguré le 28 novembre 2010 par le président de la République. Il a ouvert ses portes le 15 Avril 2011. C'est un établissement public hospitalier à statut particulier doté de la personnalité juridique de l'autonomie financière et de gestion. Ce centre hospitalier a été créé dans le souci d'assurer la santé pour tous par des soins de qualités, c'est pour cela que les autorités tchadiennes ont jugé utile de créer un établissement hospitalier afin de pallier aux problèmes de la mortalité et de la morbidité infantile et maternelle et de promouvoir les recherches scientifiques dans le domaine de la santé.

**Figure 1 :** Organigramme administratif de l'hôpital mère et enfant

Source : HME

### I.2.5.2. Les infrastructures éducatives

La ville de N'Djamena dispose des écoles primaires et secondaires publiques et privées, ainsi que des établissements d'enseignement supérieur offrant un enseignement de base. Ces établissements sont répartis dans des différents quartiers de la ville. Cependant, le manque de ressources et d'infrastructures adéquates peut rendre difficile l'accès à une éducation de qualité pour tous les habitants de la ville. La ville compte plusieurs établissements universitaires et institutions offrant une variété de cours et de diplômes.

### I.2.6. Les principales activités économiques

N'Djamena est une ville dynamique avec une économie diversifiée qui repose sur plusieurs secteurs

### **I.2.6.1. Les voies de communications**

Les voies de communications sont indispensables pour le développement d'un pays ou d'une région car elles permettent d'accéder au marché, de vendre et d'acquérir ce dont ils ont besoin.

### **I.2.6.2. Les activités agropastorales**

Les activités agropastorales sont considérées comme la principale activité de la population, la population vit grâce à l'agriculture qui se caractérise par une grande diversité de cultures, notamment des céréales, le mil, le sorgho et le maïs ainsi que des légumes. En effet, les agriculteurs utilisent des techniques traditionnelles de culture, l'élevage, la pêche, le commerce et l'artisanat

Les outils utilisés pour le labour sont la houe, la pioche, la pelle, la charrue. Malgré les efforts consentis par la communauté, les cultures souffrent de parasites et quelques ravageurs de cultures tels que les chenilles légionnaires, les rats et les criquets, la rareté de l'eau, les changements climatiques. L'agriculture n'est pas un pilier assez solide pour l'économie de la ville. C'est pourquoi, la production des cultures n'arrive pas à couvrir les besoins alimentaires de tous les habitants. Seule la culture maraîchère est rentable. Les habitants s'approvisionnent dans les marchés périphériques à la Commune pour pallier aux déficits alimentaires.

L'élevage dans la ville est une activité importante. On retrouve notamment les espèces comme les bovins, les ovins, les caprins, les asins, les équins, les porcins et les volailles de basse-cour. Le mode d'exploitation de toutes ces espèces est traditionnel.

Le but d'élevage dans la ville varie d'une espèce à une autre. Ainsi nous avons : Les bovins sont élevés pour le commerce, la consommation, le transport et la culture attelée ; les ovins, les caprins, les porcins et les volailles sont élevés pour le commerce, l'épargne et la consommation ; les équins et les asins pour le transport et le labour. Toutes ces espèces sont en diminution. De nos jours, l'élevage des asins prédomine pour le transport. Deux types d'élevages sont pratiqués dans la zone : L'élevage transhumant. Il est pratiqué par les nomades Mbororo et Arabes, le long des couloirs de transhumance, en longeant le fleuve la Pendé, le Sai et la Nya. Cet élevage transhumant tend vers la sédentarisation ces dernières années. L'élevage sédentaire : Ce type d'élevage est pratiqué par les agriculteurs. C'est un élevage des bovins qui participent au processus de productions agricoles avec la charrue et les ovins. La volaille est aussi très importante dans cette ville.

En ce qui concerne la pêche, elle est également une activité économique importante, de nombreux pêcheurs locaux dépendent de cette activité pour leur subsistance, La pêche constitue

une Activité Génératrice de Revenu (AGR) pour certains ménages de la ville. Elle permet d'atteindre l'autosuffisance alimentaire pour certains foyers. Les pêcheurs signalent une grande diminution des captures. Cette baisse des rendements est incontestablement liée à la fois à l'utilisation des engins de pêche prohibés et à la pollution progressive du fleuve (rejets industriels, domestiques, ensablement et envasement). Les outils de pêche utilisés sont l'hameçon, les nasses et le filet. Les produits de la pêche sont vendus dans la ville.

Le commerce et l'artisanat : la ville abrite de nombreux marchés où l'on peut trouver une grande variété de produits locaux et internationaux. Parmi les marchés les plus célèbres de N'Djamena, on peut citer le marché central (aussi appelé le marché de dembé), le marché de chagoua, le marché de mil...ces marchés offrent une large gamme de produits tels que des fruits, des légumes, des épices, des vêtements, des tissus, des bijoux, de l'artisanat local et bien d'autres choses. Les principaux produits importés sont : le mil, l'arachide, les céréales, les légumes, les produits de premières nécessités. La majorité des commerçants sont des musulmans suivis des autochtones. Les Activités Génératrices de Revenus (AGR) sont beaucoup plus développées par les femmes. Celles-ci sont estimées à 55,44 %. Malheureusement la majorité de ces femmes ne sont pas formées dans le domaine d'épargne.

Concernant l'artisanat, la ville a une variété de produits artisanaux traditionnels tchadiens, tels que des objets en bois sculpté, des poteries, des tapis tissés à la main, des bijoux en argent et en perles, des objets en cuir et on note également la présence des forgerons qui fabriquent les pelles, les houes et les pièces détachées des charrues et charrettes ; des menuisiers qui fabriquent des tables, des bancs, des chaises, des canapés et bien d'autres encore. Ces articles sont souvent fabriqués par des artisans locaux talentueux et reflètent la culture et les traditions tchadiennes.

### **I.2.7. Les habitats**

La ville de N'Djamena abrite une variété d'habitats qui reflètent son emplacement géographique. N'Djamena abrite une variété d'habitats, allant des quartiers urbains densément peuplés aux zones rurales plus éloignées. On y trouve des bâtiments résidentiels, des bureaux, des centres commerciaux, des infrastructures publiques. La ville est située à la confluence de deux cours d'eau importants, le fleuve Chari et la rivière Logone. Ces cours d'eau jouent un rôle essentiel dans la vie de la population locale. N'Djamena reste un lieu de vie dynamique et diversifié.

### **I.2.8. Les habitudes alimentaires**

Les habitants ont une alimentation variée et diversifiée, influencée par la culture tchadienne et les influences culinaires d'autres régions d'Afrique. Nous avons par exemple les

céréales qui sont la base de l'alimentation à N'Djamena, avec le mil, le sorgho et le maïs comme principales consommées. Elles sont souvent utilisées pour préparer des plats traditionnels. La viande, notamment le bœuf, l'agneau et le poulet, est une composante importante de l'alimentation dans la ville. Elle est souvent cuisinée sous forme de ragoûts, de brochettes ou de plats mijotés. Les poissons, en proximité du Tchad avec le lac et la rivière Chari, les poissons frais sont également largement consommés dans la ville.

Les légumes et légumineuse sont également consommés régulièrement par la communauté. Les légumes locaux tels que le gombo, l'aubergine, le concombre et le piment sont couramment utilisés dans les préparations culinaires. Les feuilles de manioc, les feuilles de haricots, les feuilles de 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. Les fruits frais, tels que les mangues, les goyaves, papaye, la carotte, les aubergines sont populaires et consommés par la population.

Les laits qui sont beaucoup consommés par la majorité de la population tchadienne puisque la ville de N'Djamena est considérée comme une ville excellente en production de ces produits de consommation et de commercialisation.

### **I.2.9. La religion**

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

#### **I.2.9.1. Le rite et la croyance aux forces occultes**

La ville de N'Djamena abrite une grande diversité de croyance et de pratique religieuses. La croyance aux forces occultes peut prendre différentes formes. Certains individus peuvent consulter des marabouts ou des guérisseurs traditionnels pour des conseils ou des rituels visant à influencer positivement leurs vies, leurs santés ou leurs relations. Dans ce contexte les marabouts sont considérés comme des experts dans la manipulation des forces occultes. Il est important de souligner que la croyance aux forces occultes peut varier d'une personne à l'autre. Certaines peuvent pratiquer des religions monothéistes, comme l'islam ou le christianisme qui ont une vision différente des forces occultes.

### **I.3. Les relations entre le milieu physique et le milieu humain**

Cette partie met en évidence les rapports de convergences entre la culture et la malnutrition des enfants et des femmes enceintes et les cadres physique et humain. Pour ce fait,

nous avons dans un premier temps établi le rapport entre la culture et la malnutrition et le cadre physique et notre deuxième investigation s'attarde de mettre en évidence celui qui existe entre la culture, la malnutrition et le cadre humain.

### **I.3.1. Le rapport entre la culture, la malnutrition et le cadre physique.**

Le cadre physique tel que nous l'avons présenté, constitue l'environnement dans lequel se situe la population de N'Djamena. Nous avons ainsi mis en évidence les éléments du climat, du relief, de la faune, de la flore, de l'hydrographie. La culture et la malnutrition se déroulent en effet dans un site géographique et un environnement physique. Le choix du lieu n'est pas choisi de manière hasardeuse, mais dépend de certain critère ; la végétation, le climat. Chaque élément ici est pris en compte, la végétation est un critère primordial.

### **I.3.2. Le rapport entre la culture, la malnutrition et le cadre humain**

Le rapport entre la culture et la malnutrition se réduit en l'humain. La culture étant comprise comme le mode de vie globale d'un peuple (Melville, 1967), elle englobe donc tous les domaines de la vie d'une communauté humaine. Tandis que la malnutrition est un mauvais apport alimentaire dans l'organisme. A travers les connaissances, l'on découvre les dimensions de la culture : la culture implicite, la culture explicite et la culture matérielle (Ralf ,1967). La culture implicite devient explicite par l'extériorisation de la pensée dans le jeu de parole et des gestes (Mvogo, 2015). 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 N'Djamena exploite les différentes herbes pour en trouver des solutions pour ce phénomène. 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.

En effet, la somme des rapports cadre spatial-cadre-humain se résume à une interaction entre les actions humaines et l'environnement. L'individu qui vit dans un environnement l'anthropise par la recherche de solutions aux divers problèmes qu'il rencontre. Ainsi, l'espace physique cesse d'être naturel et devient culturel à travers les activités humaines. Mbonji, (2000) rappelle à cet effet :

*Une culture, pour être faite d'institutions, de traditions, de modèles, n'en possède pas moins une terre, un espace fait de cours d'eau, de montagnes, de collines, d'arbres et d'herbes, du lointain et de l'infini horizontal et vertical que ladite culture exploite et intègre. Si une culture se définit par rapport à cette écologie, à*

*cet environnement, elle s'en nourrit également pour son imaginaire, ses représentations, ses phantasmes.*

Au terme de ce chapitre qui porte sur le cadre physique et humain de la ville de N'Djamena, nous sommes arrivées 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'appivoiser l'environnement et de bâtir sa culture.

**CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE, CADRES  
THEORIQUE ET CONCEPTUEL**

Le présent chapitre est le résultat des travaux des autres chercheurs et porte sur l'étude des écrits pertinents et bref, l'essentiel des textes disponibles qui sont en rapports avec les variables fondamentales de notre recherche. Ce chapitre s'articule autour de trois axes à savoir : la revue de la littérature, le cadre théorique et la définition des concepts.

## **II.1. La revue de la littérature**

Les travaux sur la culture et la malnutrition des enfants et les femmes enceintes font partis de la littérature des sciences sociales qu'en santé publique. Nous explorerons quelques-uns de ces travaux pour monter l'ampleur du phénomène. Les travaux 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 2,700 et 2,200 et 60% ne parviennent pas à consommer 2,200 de calories (De Castro, 1961). D'une étude faite par l'OMS en 1966 sur les chiffres publiés concernant la prévalence de la malnutrition protéino-calorique (MPC) chez les enfants et les femmes enceintes (0-30 ans) pendant la période 1952 -1966, il est ressorti que, pour 33 enquêtes menées dans des collectivités de 26 pays, le pourcentage des cas graves variait de 0,1 à 10% et celui des cas modérés de 4,4 à 57%. Ces statistiques conduisent l'ONU en 1959, à instaurer un large programme de lutte contre l'insécurité alimentaire. En 1970, la FAO annonce que 1,5 milliard des personnes sont sous-alimentées. Et même les personnes supposées avoir une alimentation calorifique stable souffrent d'une carence protéique. Durant la décennie 1970, la FAO met l'accent sur la malnutrition des enfants, ceci permet de constater qu'en 1978 que la malnutrition protéino-calorique était élevée dans cette catégorie de la population. Ce constat appuie les résultats de l'enquête réalisée par l'OMS en 1965 selon lesquels 100 millions 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 protéino- énergétique. Pour ce qui est des pays en voie de développement, les statistiques de 1996 montrent que 11 millions d'enfants souffrent de malnutrition protéino-énergétique et 70 millions de malnutrition modérée. Pour cette recherche, nous avons opté pour une revue de la littérature chronologique et thématique.

### **II.1.1. L'évolution de la malnutrition**

Connaître l'histoire de la malnutrition est utile pour comprendre les stratégies actuelles : beaucoup de programme de prévention sont basés sur des visions anciennes de la malnutrition et les décalages entre les recommandations récentes et les pratiques de terrain qui s'expliquent par la dimension historique. Par ailleurs, la connaissance de la malnutrition va certainement

continuer à évoluer dans les années à venir. L'évaluation d'idées nouvelles est facilitée par la connaissance des perceptions anciennes dans ce domaine.

La malnutrition existe sous toutes les attitudes depuis des années. Une des premières descriptions complètes d'un tableau clinique correspondant à ce qu'on dit « kwashiorkor » qui remonte à 1865. Elle est rendue publique par deux médecins à savoir Hinojosa et Coindet (1865) qui travaillaient dans un village au Mexique (Briend, 1998). Ces auteurs avaient observé la présence fréquente des œdèmes chez les enfants malnutris à la période du sevrage. Ils avaient également remarqué la présence fréquente de diarrhées et le rôle de la rougeole. Ces médecins ont eu à noter que le tableau était nettement différencié de celui de la pellagre déjà bien connu à l'époque même si les enfants avec des œdèmes suivaient un régime à base de maïs. Ce diagnostic de pellagre avait été rejeté.

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

Cette observation a été faite sur un militaire français Normet (1926). Qui avait constaté des œdèmes chez les enfants dénutris et qui ont une alimentation à base de riz. Il appelle cette maladie qui correspond aux kwashiorkors de nos jours « *la bouffissure d'Annam* ». Plus tard en 1926, il publie la 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 les enfants bouffis et il capte ainsi l'attention sur le rôle des protéines dans le développement de cette affection.

Dans les années 1933, le terme kwashiorkor est introduit par Williams au Ghana pour désigner « 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 une description beaucoup plus ancienne (maigre, émaciation). Le marasme et la kwashiorkor ont d'abord été considérés comme deux maladies distinctes et d'étiologie différentes.

La FAO après sa création envoya deux experts, 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 est un grand retentissement dans le monde scientifique. Le rapport montrait d'une part que la kwashiorkor était très répandue en Afrique noire, 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 la FAO (1952), la malnutrition protéique devient un terme général appliqué très largement à tous les états de 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 protéine, le développement de programmes de cultures vivrières à haute teneur protéique, la production d'aliments à base d'algues ou de levure.

Les années passent, un certain scepticisme s'installe quant au rôle véritable des carences protéiques comme cause de la malnutrition dans les pays pauvres. On a compris dès lors que les programmes d'aide visant à augmenter les apports 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 montre que leur effet était en général faible (Beaton et Ghassemi, 1982). Une remise en cause de ces programmes s'imposait.

En 1968, l'équipe d'Hyderabad travaillait en Inde montra qu'il n'existait pas de différence entre les enfants qui développaient ultérieurement la kwashiorkor et ceux évoluant vers une malnutrition de type marasme (Gopalan, 1968). Cette même équipe a aussi constaté qu'une hausse de la relation 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 touche à la composition du régime (Gopalan *et al.*, 1973).

En 1960-1970, un comité d'expert de l'OMS et de la FAO proposait le terme générique de la malnutrition protéine-calorique, remplacé par la malnutrition proteino-énergétique, disant que la forme clinique de la malnutrition proteino-énergétique dépendait de la nature de la carence 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.

Tous ces éléments engagent à oublier progressivement le vocable de la malnutrition protéique en faveur de celui de « malnutrition proteino-calorique » puis de « malnutrition proteino-énergétique ».

### **II.1.2. La littérature sur la malnutrition des enfants et des femmes enceintes**

Dans cette articulation, nous allons explorer les écrits en rapport avec la malnutrition des enfants et femmes enceintes dans le monde.

L'UNICEF (2019) examinait la malnutrition chez les enfants de nos jours à une époque où, un enfant sur trois ne bénéficie pas de la nutrition dont il a besoin pour grandir. Le rapport évoque également qu'au 21<sup>e</sup> siècle, la malnutrition chez les enfants s'inscrit dans un monde en pleine mutation, qui voit les populations urbaines croître et les systèmes alimentaires se mondialiser ce qui donne lieu à une disponibilité accrue riches en calorie, mais faibles en nutriments.

La FAO et l'OMS (1992) soulignaient que la faim et la malnutrition demeuraient un des principaux fléaux auxquels étaient confrontés les pauvres du monde. Le rapport soulevait également le fait que, malgré l'amélioration générale constatée en matière de disponibilités alimentaires, de santé et de services sociaux, la faim et la malnutrition subsistaient toujours sous une forme ou sous une autre dans les grandes parties du pays.

L'UNICEF (1998) montrait que, la malnutrition jouait un rôle dans la moitié des décès d'enfants dans le monde ce qui était plus important, la maladie infectieuse pourtant, elle n'était pas une infection. Le rapport montrait que la malnutrition ne dépendait pas simplement de la simple satisfaction de l'appétit car, un enfant qui mangeait c'est pour calmer la faim immédiate pouvait néanmoins être malnutri. La malnutrition était d'ailleurs une urgence invisible dans la mesure où, les trois quarts d'enfants qui mouraient de causes liées à la malnutrition étaient atteints de formes modérées ou légères, qui ne s'accompagnaient d'aucun signe extérieur.

Selon l'OMS (2005), la malnutrition serait à l'origine de plus de la moitié de décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde et plus du quart de ces enfants dans les pays en voie de développement sont atteints de la malnutrition. Ce même rapport souligne que sur douze millions de décès des enfants d'âge préscolaire dans les pays en voie de développement, 55% de décès sont attribués directement ou indirectement à la malnutrition.

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 montre que certains pays sont fortement menacés par l'augmentation de faim aigue.

Selon UNICEF (2006), 28% des enfants présentent une insuffisance pondérale en Afrique subsaharienne. Ce rapport montre 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 portion d'enfants souffrants de la cachexie. Alors, l'Asie du Sud est suivie par l'Afrique de l'Est et Australe (7%).

Toujours dans un rapport de l'UNICEF, Le Tchad est un pays où la malnutrition reste un problème majeur de santé publique qui affecte en particulier les enfants de moins de 5 ans. On estime entre 40 à 60% le taux de malnutrition infantile attribué aux mauvaises conditions d'accès à l'eau, l'hygiène et l'assainissement, principalement la diarrhée (Bulletin du cluster nutrition Tchad, 2018). Cette malnutrition est due souvent aux conflits qui touchent la population, les réfugiées et autres.

Le rapport d'enquête du MINSANTE/UNICEF (2007) soulève le fait que la production alimentaire assez importante au Tchad, l'état nutritionnel des populations et celui des personnes vulnérables en particulier, ces derniers composés particulièrement des femmes enceintes et allaitantes et des enfants d'âge préscolaire, s'est dégradé au cours de la décennie. Le rapport montre que cette situation s'explique par la crise économique qui a secoué le pays et la survenue du VIH/SIDA.

L'enquête nationale sur la vitamine A et l'anémie réalisée en 2000, montre que 40% des enfants de moins de cinq ans souffrent de carence en vitamine A. par ailleurs, 57% des enfants de 1 à 5ans et 53% des femmes enceintes sont anémiés. L'enquête menée révèle que les problèmes nutritionnels sont à l'origine de milliers de décès de jeunes enfants et de femmes et d'une importante réduction du potentiel intellectuel des enfants et d'énormes pertes économiques. Cette enquête met l'accent sur le fait que ces décès présentent un véritable frein pour le développement du pays et se mettent au travers des efforts de lutte contre la pauvreté.

Les nouvelles analyses humanitaires (IRIN, 2001) un service du bureau de la coordination des affaires humanitaires des nations unies relate que 55 000 d'enfants de moins de cinq ans au Tchad souffrent de la malnutrition aiguë sévère, ceci correspond à 70% des enfants de moins de cinq ans sévèrement malnutris dans les zones rurales. Selon 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 de deux écarts type de la norme de l'OMS) dans le monde, 32% des enfants d'Asie du Sud et 21,4% des enfants d'Afrique subsaharienne. Cette institution indique que ces chiffres représentant plus de cent millions d'enfants (UNICEF, 2012). La prévalence de la malnutrition augmente dans certaines régions, précisément en Afrique, à cause du taux de croissance 22,7% (institut national d'études démographiques, 2011).

L'OMS (1982) démontrait que la malnutrition est un état pathologique résultant de la carence ou de l'excès relatif ou absolu d'un ou de plusieurs nutriments essentiels que cet état se manifeste cliniquement ou ne soit décelable que par des analyses biochimiques, anthropométriques ou physiologiques. De nombreux travaux ont déjà établi que la malnutrition contribue largement à la surmortalité infantile et à la précarité de l'état de santé des enfants de 6

à 59 mois vivant dans les pays en développement. À ce titre, elle constitue l'un des problèmes majeurs de santé publique dans le monde. C'est dans cette optique que la lutte contre la faim occupe le deuxième rang des Objectifs du Développement Durable (ODD). La FAO (2019), constate sans surprise qu'il y a de fortes preuves que les enfants malnutris vivent essentiellement dans des ménages pauvres.

Bulonza (2007), montre que la malnutrition s'observe dans les Nord plus fréquemment dans les ménages dont les femmes ont un âge variant entre 18 et 35ans, mais aussi analphabètes avec plus de cinq enfants. Elle continue en disant que la malnutrition est aussi fréquente dans les ménages à moindre revenu, incapable de fournir aux enfants une alimentation équilibrée. Le sevrage précoce, le manque de surveillance, une hygiène insuffisante serait également à la base de la malnutrition mais aussi le manque d'activité rémunératrice pour les femmes. Malira (2011), soulève que le niveau d'instruction des parents, le manque d'information, la pauvreté, les mauvaises habitudes alimentaires, le sevrage précoce, la qualité de l'eau, de la boisson, le non-respect de l'espacement des naissances, le chômage des parents sont les différents facteurs à la base de la malnutrition dans la zone de santé.

Nsimiré (2002), dit 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 le même sens, 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 tels que (la diarrhée, la rougeole, le paludisme ...) sont à l'origine de la malnutrition des enfants.

L'individu est dénutri, voire mal nourri parce que c'est les moyens qui ne lui permettent pas de procurer assez de nourritures de bonne qualité (Séné, 1998). Cette thèse est partagée par Murdoch en (1985) qui à son tour associe la malnutrition et la 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 et des femmes enceinte malnutris en Afrique trouve son fondement dans l'inégalité du niveau de vie des ménages. Toutefois, cette opinion est relativisée par Delpuch et *al.*, (1996) qui font remarque malgré la crise économique (suivie de la dévaluation du franc CFA), certains plats culturellement sollicités sont cependant restés les mêmes.

Rosine (2010), fait observer dans ces travaux que les cas de la malnutrition sont plus perçus dans les quartiers à faible niveau de vie dans les familles qui ont plus de dix enfants. Le manque d'information 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. Pengwa (2010), par contre montre le poids de naissance, l'état vaccinal, les injections et la diarrhée chez les enfants, la taille du ménage, le niveau d'instruction des parents, le niveau socio-économique, les interdits alimentaires sont des facteurs révélés associés à la malnutrition. Agissant ainsi des facteurs liés à la malnutrition, Mihigo, montre que les facteurs de risques de mortalité chez les mal nourris sont à la forme de malnutrition sévère mixte déterminée par des indices anthropométriques très effrontés et selon l'âge de l'enfant.

S'alimenter reste une satisfaction incontournable, en d'autres termes c'est l'un des plaisirs de la vie. Loin de là, elle constitue un facteur important pour le bon déroulement de la grossesse et la croissance du fœtus. Au cours de cette période très particulière, la femme enceinte doit en effet, couvrir les besoins nutritionnels accrus de son organisme ainsi que ceux de l'enfant à naître (Simon, 2001). Or, l'alimentation de la femme enceinte est influencée par le niveau éducatif et socio-économique du milieu dans lequel elle vit.

En Afghanistan, environ 71% des femmes enceintes souffrent d'anémie. La malnutrition, en termes de protéines et de calories se manifeste nettement en des nombreuses parties du continent africain. En Afrique subsaharienne, plus de 20% de mortalité maternelles postnatales sont dues à la carence en fer. Au Kenya, 60% des populations souffrent de la malnutrition. A Madagascar, la malnutrition demeure un problème majeur à la fois de santé publique et socio-économique. Elle touche une grande partie de la population, particulièrement, les enfants, les femmes enceintes et allaitantes. La dénutrition touche particulièrement toutes les femmes du monde rural.

D'autres formes de malnutrition, se traduisent par de dégoût de certains aliments présents chez certaines femmes enceintes comme la viande, les légumes, le lait et les produits laitiers qui sont riches en nutriments essentielles. Une malnutrition à partir du second trimestre de la grossesse peut mener à un retard de croissance intra-utérin et /ou à une hypotrophie fœtale. Elle peut conduire ces enfants chétives à plusieurs pathologies à l'âge adulte, telles que le diabète, maladies cardiovasculaires (Barker, 2005). En absence de carence nutritionnelle sévère, la capacité d'adaptation de l'organisme permet à la mère de mener à bien une grossesse. A l'inverse, l'excès de poids ou de gain pondéral pendant la grossesse est associé à une augmentation de certaines complications fœtales et métaboliques (diabète, Hypertension artérielle) (Benchimol, 2008). Cela souligne l'importance pour les femmes de bénéficier de conseils nutritionnels et d'avoir une alimentation optimale dès la période de procréation (Simon, 2001). Ainsi, la malnutrition maternelle est un problème majeur, particulièrement dans le pays en voie de développement les plus pauvres.

L'OMS (2008), dans son plan d'action de politique alimentaire et nutritionnelle, a décliné plusieurs domaines d'action dont le plus crucial est celui de favoriser un départ sain dans la vie, c'est-à-dire promouvoir une nutrition adéquate et une alimentation sûre des femmes enceintes afin d'améliorer la santé maternelle et réduire de trois quarts son taux de mortalité entre 1990 et 2015. L'une des mesures précises est de favoriser une nutrition optimale de fœtus en veillant à une bonne nutrition maternelle avant même la conception.

### **II.1.3 Les approches socio-culturelles de la malnutrition**

Au vu du contexte culturel de la malnutrition, Bonnet (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 les pathologies sociales ou de « maladie de la pauvreté ». Il complète par la suite qu'une approche de type socio-épidémiologique fait valoir l'importance du niveau de vie des familles, même si les nutritionnistes ne rencontrent pas systématiquement tous les enfants malnutris dans des ménages économiquement très défavorable. Il poursuit en disant qu'on ne peut pas identifier des groupes à risques : enfants occupant un certain rang de naissance dans la fratrie, enfants des mères célibataires (Gruenais, 1985) ou de femmes socialement isolées au sein de famille fragilisées par l'exode rurale, l'urbanisation. Susan Scrimshaw qui souligne que certains enfants des pays en développement recevraient moins de soins médicaux en raison d'une forte fécondité au sein de familles nombreuses. Et prenons aussi le cas de l'anthropologue Nancy Scheper-Hugues, qui met en avant les aspects culturels liés à la négligence sociale, notamment en observant la réaction émotionnelle suite à la mort d'un enfant. Scheper-hugues, souligne l'importance des représentations de la maladie et de la mort dans la construction de l'attachement maternel, l'auteur, utilise ces croyances locales pour expliquer le détachement d'une mère envers un enfant qui ne semble pas vouloir vivre pleinement. Dans certaine culture, l'enfant est perçu comme ayant une responsabilité dans sa propre survie, et même pour sa propre mort, en manifestant sa volonté de vivre,

Centelle et Lokoh (1990), soulignent que chaque société possède un ou des systèmes nosologiques et étiologies qui lui permettent 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 les maladies naturelles et les maladies provoquées par la sorcellerie, les génies. La prise en compte des facteurs culturels 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 expliquent les carences nutritionnelles des enfants liées à une insécurité alimentaire chronique et saisonnière (Beker, et *al.*, 1996).

Akoto (1993) ira plus loin pour montrer 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 de savoir sur l'importance pour un ménage de vivre décemment si la culture, à travers ses interdits sociaux, ne permet pas à l'enfant de consommer un bien nécessaire à sa croissance. Dès lors, il est maladroit de se focaliser uniquement sur les facteurs économiques pour expliquer la variation de la malnutrition. Akoto et Tabutin (1989), montre clairement que dans un environnement épidémiologique défavorable, la suivie des enfants dépend en grande partie du comportement de la mère. A cet effet, Vimard (1980) constate que « la distance physique » qui sépare la population des services de santé n'est pas souvent que de peu d'importance au regard de la distance culturelle. Ceci veut dire qu'une population peut être bien dotée en termes d'infrastructure sanitaires et ne peut pas utiliser ces derniers si les normes sociales dans lesquelles elle vit ne s'y prêtent pas.

Dackam, (1990), montre 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 parasites intestinaux. Il poursuit en soulignant que chez les Massa, une ethnie dominante au nord Cameroun et au Tchad, durant les cinq premières années de sa vie, l'enfant se contentera de légumes, des fruits de toutes sortes et d'autre aliments non interdits par la tradition ancestrale. Par exemple 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). 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 période de sevrage, 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, quelle peut ou non suivre de façon plus ou moins rigoureuse en fonction des contraintes de son quotidien.

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, elle joue un rôle très 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'aliment qui 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 poisson et des œufs dans l'alimentation des enfants peut dégrader ou altérer leur état nutritionnel.

Bonnet (1996), s'appuie sur la recherche 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 interrogations des mères, des difficultés à comprendre les problèmes d'organisation familiale face aux recommandations liées au sevrage. La deuxième théorie fait intervenir la représentation culturelle (Scheper, 1991) par rapport à l'enfant en tant que personne engagée dans un processus de construction biologique, physique et sociale par rapport aux maladies des enfants. L'anthropologue américaine se focalise sur les critères culturels. Selon elle, la notion de négligence sociale est liée aux représentations de l'enfant et de la maladie des enfants. L'auteure fonde son propos sur l'observation d'un manque de manifestation affective à la mort des enfants. Cette mise en relation entre l'expression sociale de l'émotion et l'affect. Elle pose la question des relations entre le psychologique et le culturel. Elle souligne aussi l'absence des larmes à la mort des enfants 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 des enfants.

Petitjean (1996), montre que le déséquilibre physique de l'enfant est associé dans certaines sociétés africaines Soro et Séré au Burkina-Faso à une déviance sociale. Il fait comprendre aux parents et à la société l'exigence d'une maîtrise des rapports sexuels après la naissance d'un enfant. Il souligne que toute malnutrition n'est pas nécessairement associée à un désordre social. Jaffré (1996) analyse les raisons qui conduisent les mères à ne pas voir la maladie de leur enfant. L'explication qu'il en donne s'appuie sur la théorie des étiologies sociales. A ce titre, Il explore la notion de danger, cause évoquée par l'entourage du malade pour justifier la maladie. Cette procédure méthodologique s'abstient, là aussi, de tout jugement moral. Il n'y a pas « un qui sait » et « un qui ignore », il y a deux mises en perspective de la maladie. Progressivement, on mesure le malentendu qui peut s'installer entre les individus. D'un autre côté, le personnel soignant, par ses recommandations, appréhende que la malnutrition davantage soit comme un déséquilibre nutritionnel, comme une maladie, de l'autre, la famille du malade qui ne comprend pas les raisons pour lesquelles on n'administre pas à l'enfant des médicaments.

Supplémentation nutritionnelle et médicament qui n'ont pas le même statut. La nourriture est collective, le médicament est individuel. Il est donc admissible d'un point de vue social, pour les populations d'acheter à l'enfant un médicament que de privilégier un membre de la fratrie au niveau alimentaire. La supplémentation nutritionnelle effectuée dans une famille rurale polygame au bénéfice de l'un des enfants qui sont risquées à susciter des conflits entre les épouses. Ce qui peut être perçu comme un « favoritisme » risque de créer une jalousie entre deux ou plusieurs femmes aux relations déjà marquées par la concurrence.

Scrimshaw (1978) énumère que certains enfants des pays en voie de développement seraient moins investis que d'autres au sein de la famille à la descendance élevée avec des petits espacements de naissance entre les enfants, pour signifier que les derniers-nés reçoivent moins de soins médicaux que ceux qui ont passé l'âge de la première année. Dans cette thèse, la négligence maternelle et sociale (Firnerman, 1995) place la mortalité des enfants comme une réponse à la fécondité, la taille de la famille correspond au temps, aux ressources dont on dispose (Frank, 1994). Pour l'auteur, le manque de compétence maternelle invoquée par certaines organisations précisément lors de la réduction nutritionnelle de l'enfant n'est pas un manque d'intelligence, d'habileté de la femme mais une absence d'engagement de la mère.

En ce qui concerne les facteurs de la malnutrition, Barbieri (1991) démontre 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 des remarques 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 le même élan Camara (2005) a soulevé des raisons similaires en montrant que la religion naturelle discrimine fortement les enfants par rapport à leur état nutritionnel en Guinée Conakry. Gerominus (1987), dans ses travaux montre que l'aspect socioéconomique prédomine sur la malnutrition des enfants, il soutient l'approche socioéconomique qui explique la malnutrition des enfants par le niveau de vie des ménages.

#### **II.1.4. La malnutrition et la pauvreté**

La malnutrition est souvent perçue comme un signe de pauvreté donc bon 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 qui 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-urbains 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 vitaminique suffisant pour l'organisme.

S'inscrivant toujours dans 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 de sauver les enfants de 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.1.5. La 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 qui leurs permettent de lutter contre la malnutrition. 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 et 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 termes de leur nutrition : « *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 à major burning challenge* » (Awah et al., 2013).

### **II.1.6. La malnutrition et le milieu naturel**

La terre cultivée influence considérablement sur la productivité des familles paysannes ; ce qui se traduit donc par une mauvaise alimentation des enfants et les femmes 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 et Horton 1986).

## **II.2. Le cadre théorique**

La théorie est entendue comme constructions d'idées et de concepts ayant l'ambition de rendre raison du réel de manière cohérente, que cette cohérence soit le fait d'une vision d'ensemble ou d'un paradigme ou principe unificateur. Définie comme ensemble de lois concernant un phénomène, la théorie se veut un corps explicatif global et synthétique établissant des liens de relation causale entre les faits observés, analysés et généralisant lesdits liens à toutes sortes de situations (Mbonji, 2005). La théorie apparaît donc comme un ensemble de concepts permettant d'expliquer scientifiquement un phénomène. Elle oriente les recherches, en leurs donnant un sens particulier ; elle apparaît dans toutes les recherches selon les disciplines et les spécialités. Le cadre théorique en tant qu'un construit d'un chercheur, permet à ce dernier d'intégrer son problème dans une préoccupation de sa spécialité. Ainsi, cette recherche sur la culture et malnutrition des enfants et des femmes enceintes repose sur un cadre théorique construit à partir de la représentation sociale, des approches de l'ethno-perspective et du fonctionnalisme.

### **II.2.1. La théorie de la représentation sociale**

La notion de représentation sociale n'est pas aisée à définir car, elle relève de la philosophie, de la psychologie sociale, de la psychologie cognitive et de la psychanalyse. Selon Moscovici (1961), les représentations socioculturelles se structurent par deux processus majeurs : l'objectivation et l'ancrage ; l'un tend à opérer le passage d'éléments abstraits théoriques à des images concrètes, l'autre tend à intégrer l'objet représenté dans un système de pensée préexistant. Ils montrent, d'une part comment le culturel transforme un objet, une information, un événement

en représentations et, d'autre part, la façon dont ces représentations transforment le culturel. Elles remplissent quatre fonctions essentielles : Une première fonction dite de savoir : « Elles permettent de comprendre et d'expliquer la réalité ». Les représentations socioculturelles permettent de rendre un concept invisible en une image perceptible et de rendre l'étranger familier. Elles permettent de donner un sens à l'inattendu et de comprendre les nouvelles connaissances acquises en les rendant plus concrètes. Une seconde fonction dite identitaire : « Elles définissent l'identité et permettent la sauvegarde de la spécificité des groupes ». Les représentations des uns ne sont pas forcément celles des autres. Toute représentation porte la marque de l'appartenance culturelle des individus puisque tous les groupes culturels ne partagent pas forcément les mêmes valeurs, les mêmes normes, les mêmes idéologies ni les mêmes expériences pratiques. Cette distinction garantit leur identité culturelle. Une troisième fonction dite d'orientation : « Elles guident les comportements et les pratiques ». Elles définissent par exemple, ce qui est acceptable ou ce qui ne l'est pas dans un contexte socioculturel donné. Elles peuvent donc dicter certaines conduites à suivre. Une quatrième fonction dite justificatrice : « Elles permettent à posteriori de justifier les prises de position et les comportements ». Elles permettent aux individus de distinguer et de catégoriser les autres, ceux qui ne partagent pas les mêmes représentations de tel ou tel objet et qui leur apparaissent de faire comme différents.

La théorie des représentations sociales développée par l'école de Moscovici, une nouvelle formalisation à base d'analyse combinatoire. Le formalisme permet notamment de décrire de façon simple la propagation des représentations dans une population, et leurs fonctions pragmatiques. Le concept de représentations sociales ne peut se dissocier de la notion de groupe car une des caractéristiques essentielles des représentations sociales, c'est qu'elles sont partagées. C'est par l'objectivation qu'un groupe transforme l'abstrait en concret, produit des images qui favorisent la circulation du savoir de sens commun. Mais c'est par l'ancrage que de nouveaux savoirs sont incorporés dans le réseau de catégories qui existent déjà dans un groupe (Abric, 1994, Moscovici, 1990, 1993). Ces deux processus fondent d'ailleurs sur l'élaboration des représentations sociales. Markova (2000), paraphrasant Moscovici, précise que les représentations sociales sont caractérisées par des organisations relationnelles et dynamiques des savoirs et du langage de sens commun. Ce sont ces caractéristiques relationnelles et surtout dynamiques qui font que les représentations sociales, comme la culture, le langage ou la cognition, ne peuvent être appréhendées entièrement dans leur intégralité. Axé sur l'étude des phénomènes en perpétuels changements, le concept de changement social est central à la théorie des représentations sociales selon Markova (2000) et l'ensemble des travaux de Garnier (Garnier et al., 2004 ; Garnier et Doise, 2002 ; Garnier, 2002 ; Garnier et Rouquette, 2000 ; Rouquette et

Garnier, 1999), dont, en particulier, ceux sur la pensée sociale (Garnier, 2002), qui l'attestent bien.

### II.2.2. L'Ethno-perspective

Systématisée par MBONJI Edjenguèlè, l'ethno-perspective est une construction à partir des mots ethnologie et perspective. Ce dernier de son origine du latin « perspectives », « perspectus » et plus précisément « perspicere » signifie pénétrer, parcourir par le regard. Ainsi, l'ethno-perspective ou l'ethnanalyse « *se veut la démarche, le point de vue, le regard de l'ethno-anthropologue* » (MBONJI, 2005). De ce fait, il désigne l'ethno-perspective, le dénominateur commun à tous les ethno-anthropologues dans leur démarche fondamentale d'interrogation des éléments culturels afin d'en découvrir le sens. Pour l'auteur, l'ethno-perspective est une base minimale de traitement des données. Elle rassemble les ethno-anthropologues autour d'un certain nombre de critères méthodologique pour les opposés aux pratiques d'autres sciences. Dans cette démarche ethno-anthropologique, le chercheur doit « *savoir que c'est à l'intérieur des données ethnographiques qu'il faut découvrir la vérité des faits d'une culture* » (Mbonji, 2005). Il soutient cette thèse par la schématisation ou le modèle qui est le reflet des principaux caractères ou signes diacritiques (distinctifs) observés. En effet, pour permettre l'appréhension de la vérité des faits d'une culture par l'intérieur des données ethnographique, il présente la notion de modèle dans l'épistémologie endogène négro-africaine : le modèle anthropo-socio-cosmique du Nyambeisme (1985) par exemple, qui permet aux chercheurs de rendre compte de l'imbrication de l'homme dans la société et dans l'univers. Il conclut après que le dégagement selon le principe d'affinité ontologique, sémique ou symbolique que le modèle « *résume la culture du peuple concerné et donne à lire les rapports entre l'univers, la société et l'homme* » (Mbonji, 2005). Mettant l'accent sur la singularité du regard ethno-anthropologique, il dégage trois postulats ou principes qu'il qualifie de « trilogie » de l'ethno-perspective ou de l'ethnanalyse. Il s'agit de :

La *sociocentralité* : qui consiste à domicilier les éléments à étudier, les institutions à analyser dans la socioculture qui les génère. Autrement dit « *tout fait social ne peut et ne doit être analysé, s'expliqué que s'il est restitué, « resitué » dans les contextes spatio-temporel et socioculturel qui l'on produit, contexte où le chercheur l'a collecté ou décrit et qui seul lui donne sens* ».

L'*holisticité* : Cette deuxième composante met en exerce la conception et la définition ethnographique de la culture comme totalité comprenant l'ensemble des institutions sociales, incluant selon l'auteur « *l'histoire d'origine d'un peuple, son système de parenté, de mariage, ses croyances religieuses, ses activités de production, ses pratiques alimentaires, son*

*organisation du pouvoir politique et ses moyens de résolution des conflits, sa conception de l'espace et son architecture, son système vestimentaire, sa musique et ses danses, son traitement des maladies et de la mort, ses idées sur l'au-delà».*

Enfin *l'endosémie culturelle* ou simplement l'endosémie est : *Comme la propriété pour une structure de posséder un sens à l'intérieur de sa construction, du fait d'un agencement particulier de ses constituants, du fait d'un ordonnancement d'éléments culturels dont la fonctionnalité et la pertinence font sens à la fois individuellement et collectivement.* Ce qui veut dire en d'autres termes que l'endosémie pose que toute culture articule ses actes, ses pratiques, ses modèles de comportement autour d'une sphère de sens, un lieu de justification sociale évidente, sans laquelle et hors de laquelle justification tout trait culturel étranger à l'observateur devient étrange, bizarre. Ceci explique l'affirmation de Beattie (1972). Selon lui, *« le contenu culturel n'est pas dans la tête de l'ethno-anthropologue, ni dans la culture des autres, voisines ou éloignées. Il est à chercher à l'intérieur de la culture concernée ».*

### **II.2.3. Le fonctionnalisme**

En anthropologie, le fonctionnalisme est né grâce à Bronislow Malinowski et Alfred Radcliffe-Brown, refusant les thèses majeures de l'évolutionnisme et du diffusionnisme (Claude, 1999). Il s'emploie à comprendre la nature des phénomènes culturels avant qu'ils soient l'objet de toute autre spéculation. C'est-à-dire que le fonctionnalisme consiste à savoir la nature, la réalité culturelle, par exemple d'un système politique, du mariage, d'un système sanitaire, comment traiter les objets culturels de manière inductive pour donner lieu à de généralisation scientifique. Ainsi disait *« toute théorie des phénomènes culturels, toute bonne monographie de terrain doivent s'inspirer de certains principes fonctionnels ».* De ce fait, pour le fonctionnalisme, même la forme est toujours déterminée par la fonction, et que dans la mesure où l'on ne peut pas prouver ce déterminisme, les éléments culturels ne peuvent pas entrer dans une démonstration scientifique. Cependant, il s'intéresse à la notion de fonction, d'où la fonction étant défini comme *« le rôle joué, la contribution, la part, la fin ou la finalité »* (Mbonji, (2005). En effet, le fonctionnalisme considère la culture comme *« un appareil instrumental qui permet à l'homme de mieux résoudre les problèmes concrets et spécifique qu'il doit affronter dans son milieu lorsqu'il donne satisfaction à ses besoins »* (Malinowski 1944). C'est qui veut dire qu'on peut décomposer la culture en un certain nombre d'aspects : sanitaire, éducatif, contrôle social, système de croyance, de communication.

Pour clore, le fonctionnalisme repose sur trois postulats :

L'unité fonctionnelle qui stipule que « les éléments d'une culture et d'une société sont fonctionnels pour le système social entier ; ils constituent une totalité indissociable ». Ce principe nous permet de comprendre la fonction ou le fonctionnement de certains gestes posés par cette communauté en face de la maladie ;

La nécessité fonctionnelle stipule que « tous les éléments d'une culture tels qu'ils coexistent sont indispensables et le caractère obligatoire de leur présence peut être démontré ». Ce principe nous permet de comprendre le caractère fonctionnel des traitements dans la vie d'un individu notamment de sa naissance à sa mort en passant par certains moments de sa vie. La nécessité fonctionnelle nous permet également d'expliquer le caractère obligatoire soit du traitement en général de la maladie, soit de certaines variétés.

L'universalité fonctionnelle ou fonctionnalisme universel stipule que « tous les éléments d'une société remplissent des fonctions sociales effectives ». Ici, nous verrons les différentes fonctions que remplit le traitement de la malnutrition des enfants et des femmes enceintes dans la ville de N'Djamena.

#### **II.2.4. L'opérationnalisation des théories**

Les théories sont les lunettes qui permettent à un chercheur de mieux appréhender, mieux voir, mieux comprendre et mieux interpréter un phénomène socioculturel. Ce sont-elles qui donnent un sens à un problème de recherche. Leurs opérationnalisations nécessitent d'être faites dans chaque recherche. Ainsi, L'approche de la représentation sociale a permis d'appréhender la connaissance individuelle et culturelle qu'a la population de la ville de N'Djamena en général et celle de l'hôpital mère et enfant en particulier et les groupes des notions de malnutrition et de la prise en charge. L'importance de cette théorie se justifie par le fait que les représentations sociales préparent à l'action et génèrent un ensemble d'attentes normatives. Ainsi, elles ont permis de comprendre et d'expliquer les liens culturels et la malnutrition des enfants et des femmes enceintes à l'hôpital mère et enfant. L'ethno-perspective a permis de donner sens aux différentes pratiques endogènes et exogènes de la prise en charge de la malnutrition et de comprendre le lien entre la malnutrition et la culture locale de la population interviewée. Et le fonctionnalisme a permis d'analyser, d'expliquer et de comprendre les différents rôles que jouent les éléments biomédicaux et endogènes dans la prise en charge de cette maladie tels qu'ils ont été étudiés dans l'ensemble.

#### **II.2.5. L'originalité du travail**

Toute recherche à une orientation. De ce fait, beaucoup des travaux ont été menés sur la malnutrition, en particulier dans la ville de N'Djamena mais l'aspect culture n'a pas été abordé

alors nous avons décidé de le choisir afin de valoriser la culture et contribuer à l'amélioration des connaissances portant sur les facteurs qui sont à l'origine de la persistance de la malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes au Tchad. Ceci dans l'optique de fournir aux décideurs politiques des informations susceptibles de renforcer ou d'orienter les stratégies visant à l'amélioration de l'état sanitaire et alimentaire des jeunes enfants et les femmes. L'originalité de ce travail est une modeste contribution à l'anthropologie médicale et/ou alimentaire. Cette recherche vient d'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 considérant les indicateurs simplifiés de l'ODD suivants : les populations doivent respecter les règles d'hygiène alimentaire, pour la baisse de la malnutrition et la mortalité dans le monde.

### **II.3. Le cadre conceptuel**

Toute recherche sérieuse doit comporter la définition conceptuelle pour éclaircir le thème de la recherche. La définition des concepts est un préalable pour toute recherche. Elle permet de clarifier les termes de référence du sujet afin de mieux baliser sans équivoque les contours de la recherche.

#### **II.3.1. La culture**

La culture est un ensemble des connaissances et de comportement qui caractérisent une société humaine, ou plus généralement un groupe humain au sein d'une société, chaque culture à son identité. Selon Tylor (1871), la culture est un tout complexe, la culture est apprise et transmise d'une génération à l'autre par le biais de la socialisation et de l'éducation. Elle joue un rôle crucial dans la formation des identités individuelles et collectives, influence le comportement. La culture peut être diverse et complexe, reflétant les histoires et les expériences uniques de différents groupes à travers le monde.

#### **II.3.2. La malnutrition**

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

La dénutrition ou la sous-nutrition est due à une ration alimentaire continuellement insuffisante par rapport aux besoins énergétiques, à une malabsorption ou utilisation biologique insuffisante des nutriments consommés. Elle comprend l'émaciation (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'aliment en quantité excessive par rapport aux besoins énergétiques, et engendre une surcharge pondérale et/ou obésité. La malnutrition en matière de micronutriment comprend la carence en micronutriments (manque de vitamines et de minéraux essentiels) ou l'excès de micronutriment.

### **II.3.3. Le pluralisme thérapeutique**

Lorsqu'on parle du pluralisme thérapeutique ou médical, on fait référence à l'existence des différents systèmes de soins (moderne, traditionnel, prière...). Il s'agit de la diversité dans les usages des ressources sanitaires ou l'existence d'une pluralité des structures de santé. Or, au Tchad bien qu'étant un pays en développement caractérisé par les coexistences d'une pluralité des systèmes de santé, jusqu'ici, les soins administrés dans le cadre de la malnutrition ne sont recommandés qu'à être donnés dans les centres de santé ou unité de prise en soin. Mais le constat fait est que plusieurs victimes de malnutrition s'orientent vers d'autres soins qui ne sont pas modernes et certaines d'entre elles préfèrent même combiner toutes ces pratiques ou « se soigner au pluriel » (Benoist, 1996). Ce qui contribue à la remise en question des relations de soins et des services offerts dans les structures modernes spécialisées ou de la relation qu'elle entretiennent avec les soignants de ces structures.

### **II.3.4. La biomédecine**

La biomédecine : « c'est la science qui étudie la maladie tel qu'observé et objectivé par un professionnel moderne de la santé (médecin) occidental tel qu'enseigner dans les écoles de médecines ». On peut aussi parler de la médecine. Dans les champs des sciences nous pouvons évoquer la science de la santé (ethnomédecine) « S'intéresse à la maladie en tant qu'ensemble des symptômes cliniques clairement identifier » et donc considère la maladie comme une catégorie objective de la médecine. Nous pouvons évoquer les sciences sociales de la santé (Anthropologie médicale, sociologie de la santé, psychologie médicale) « Se focalisent à la maladie en tant qu'ensemble des pratiques sociales et culturelles qui peuvent avoir une incidence sur la santé ».

### **II.3.5. L'ethnomédecine**

Selon le dictionnaire Larousse elle se comprend : « comme une médecine relative aux ethnies. Elle se rapporte aux méthodes ancestrales et traditionnelles utilisées par certaines ethnies. C'est ainsi que l'ethnoscience se comprend selon le dictionnaire Larousse comme : « Une branche de l'ethnologie qui étudie les concepts et les systèmes de classification que chaque société élabore pour comprendre la nature et le monde ». L'OMS (2010) définit la médecine traditionnelle comme la somme des connaissances et compétences et pratiques thérapeutiques qui reposent sur les théories, les croyances et les expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir les maladies.

### **II.3.6. La santé**

L'OMS (1978) a défini la santé comme « un état de parfait bien-être physique, mental et social, et non une simple absence de maladie ou d'infirmités ». Cette définition offre la possibilité à la santé d'intégrer de nouveaux aspects autres que la prévention le traitement tels que des lois règlements ou encore des orientations politiques. Mais elle souffre de la faculté à être opérationnalisée.

Au sortir de ce chapitre, il est important de rappeler qu'il existe une littérature abondante sur la malnutrition des enfants et des femmes enceintes tant sur l'échelle mondiale que locale. Cette recherche a ainsi, parcouru un certain nombre de publications scientifiques renseignant sur ces différentes publications. Au vu de ces nombreuses publications, une critique a été élaborée pour ressortir l'originalité de ce travail des points de vue méthodologique et des données secondaires. De ce fait, un cadre théorique a été construit à partir des théories des représentations sociales, de l'ethno-perspective et du fonctionnalisme. La clarification conceptuelle a été donnée pour clore le chapitre.

**CHAPITRE III : LES REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES DE LA  
MALNUTRITION DES FEMMES ENCEINTES ET DES ENFANTS DANS LA  
VILLE DE N'DJAMENA**

Pour comprendre, les comportements de recours au soin chez la population de la ville de N'Djamena au Tchad pour le traitement de la malnutrition, il nous faut d'abord comprendre les conceptions de cette communauté sur la maladie qu'est la malnutrition. Les représentations de la malnutrition obéissent à un ensemble de normes établies par l'espace dans lequel elle se conçoit. Des signes pensés, imaginés et analysés pour mieux l'identifier, la comprendre et la soigner. Avant d'aborder la question proprement dite de la représentation de la malnutrition infantile et de la femme enceinte, il importe de situer d'abord la conception de la maladie dans les sociétés africaines, en général, et chez la population de la N'Djamena en particulier.

La société apparaît comme le lieu par excellence de l'épanouissement de l'homme. On peut saisir l'existence de l'homme, ses agissements ou les manières de penser que dans un contexte déterminé. C'est ainsi que, les représentations que les hommes se font des phénomènes ou des situations sont fonctions des conceptions individuelles liées aux différences naturelles, sociales, et culturelles. Il est question dans ce chapitre de recueillir les opinions des patients malnutris, leurs connaissances, leurs croyances et leurs attitudes face aux phénomènes de la malnutrition des enfants et les femmes enceintes.

### **III.1. Les taxonomies de la malnutrition**

Il est important de rappeler que la notion de la « malnutrition » utilisée dans la langue française pour désigner cette maladie, n'est pas partagée ou vue de la même façon dans toutes les communautés. La malnutrition est représentée par ses différentes nosologies observées au sein de la communauté étudiée.

#### **III.1.1. La taxonomie en langue massa**

Selon les données issues du terrain de recherche dans la ville de N'Djamena, la communauté Massa, ont deux termes qui désignent le mot malnutrition. Le premier terme est celui de *camalaina* qui littéralement signifie malnutrition en français. Ce terme est utilisé par la communauté lorsqu'un enfant maigri. Le deuxième c'est le *ngokna* qui signifie littéralement mince qui est souvent employé chez les grandes personnes. De ce qui précède, l'on peut retenir qu'en langue Massa, la malnutrition peut être appelé de deux manières différentes, mais tous désignent une même chose.

#### **III.1.2. La taxonomie de la malnutrition en Arabe**

Dans la communauté arabe, deux termes sont mis en évidence pour désigner la malnutrition qui est l'équivalent de la famine ce terme est al-taghziya et al-Murakkaba. Les membres de la communauté utilisent ce mot pour faire référence à un état de santé résultant d'un

apport nutritionnel insuffisant, excessif ou déséquilibré. Lorsque la masse grasseuse et musculaire se fondent et que l'être humain devient flasque, les individus utilisent le terme « al-namawiya ».

### **III.1.3. La taxonomie de la malnutrition en Ngambaye**

*Goroum* en langue Ngambaye signifie littéralement une personne qui est en carence de protéine dans son organisme. Donc l'utilisation de ce terme dans cette langue désigne une personne malnutrie. C'est ce qui sort du propos du père d'un malnutri : « *Chez nous, le mot que vous appelez en français malnutrition se dit Goroum. Ce qui signifie qu'une personne qui ne mange pas bien* » (entretien avec frissou, 28ans, homme, étudiant le 7/08/2023 au quartier walia). De cette idée qui se dégage du propos suivant, l'on peut retenir que dans cette communauté, le mot malnutrition n'est pas trop perçu, mais lorsqu'une personne manque de quoi manger chez-elle, elle est taxée comme une personne malnutrie.

### **III.1.4. La taxonomie de la malnutrition en Moussey**

Le mot *kamlina* est utilisé dans la langue Moussey pour désigner une personne qui est en état de manque d'alimentation de qualité. Ce mot signifie littéralement en français une personne mal nourrie. Dans cette communauté, toute personne présentant un signe un peu dégradant de l'organisme est directement considérée comme un être humain qui est malnutri. Lors d'un entretien, un parent nous fait comprendre que, la forme physique d'un enfant amène la communauté à appeler ce dernier malnutri : « *Chez nous, on appelle la malnutrition kamlina* » (Entretien avec Iona, 35ans, homme, businessman le 2/09/2023 au quartier walia).

## **III. 2. Les connaissances de la malnutrition chez les enfants et chez les femmes enceintes dans la ville de N'Djamena**

Ludmila et *al.*, (1999) définissent le diagnostic comme étant la détermination de la nature d'une maladie, après les renseignements donnés par le malade, l'étude de signes et de symptômes, les résultats des épreuves de laboratoire.

Au sein du centre de santé mère et enfant de la ville de N'Djamena, c'est le diagnostic et les analyses cliniques qui permettent d'identifier la malnutrition et ses étiologies. En effet, le diagnostic est le moyen par lequel le médecin arrive à déterminer la malnutrition et s'orienter dans le traitement. Au sein de cette structure sanitaire, le diagnostic regroupe deux étapes : échange de question-réponse entre le praticien, la patiente et la mère de l'enfant, les symptômes et les examens cliniques.

### III.2.1. Les connaissances de la malnutrition infantile

Prendre en charge la malnutrition infantile dans la société, c'est impliquer toutes les stratégies susceptibles de la connaître. En effet, cette prise en charge concerne de nombreux facteurs, les connaissances culturelles et médicales. En l'occurrence les connaissances populaires et conventionnelles. Les personnes chargées d'arriver à bout de la connaissance sont les parents, les entourages et les agents de santé. Cette connaissance passe par la découverte de l'origine de la malnutrition aux méthodes de prise en soins proposés pour arriver au recouvrement de la santé.

#### III.2.1.1. Les facteurs de connaissance de la malnutrition par les parents

Dans les communautés étudiées, il n'y a pas de mot qui traduit directement le terme diagnostic, le signe ou le symptôme et le comportement de l'enfant permettent de déterminer la malnutrition. Celle-ci peut être identifiée par la personne qui a l'enfant à sa charge, la mère, la grand-mère, le père ou un autre membre de l'entourage. On reconnaît la malnutrition à partir des signes physiques qu'elle laisse apparaître sur le corps de l'enfant et le comportement de celui-ci. Le mot employé donc pour désigner cette étape du traitement est la "reconnaissance".

Cette reconnaissance consiste à identifier les signes qui apparaissent sur le corps de l'enfant et le changement de comportement de celui-ci, de cette façon, les parents se rendent compte de ce qui ne va pas comme l'explique une mère rencontrée au service de la pédiatrie de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena. Elle relate :

*La première de chose, si un enfant ne parle pas, l'enfant peut aussitôt pleurer, l'enfant pleure, je le palpe l'enfant, je touche l'enfant, je reconnais que là c'est la fièvre, lorsque c'est la diarrhée, je constate que l'enfant fait des selles abondamment, cela peut aussi être une anémie, l'enfant est fatigué, je touche l'enfant, je palpe l'enfant, je vois ses pieds, ses mains. S'il s'agit de la malnutrition, je vois comment il devient pâle, maigre et il a les yeux qui tournent (entretien avec Akoda, 30ans, Femme, commerçante le 16/08/2023 à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena).*

Pour le père d'un enfant, c'est un ensemble de signes perceptibles sur le corps et dans le changement d'attitude de l'enfant qui permet de reconnaître l'arrivée de la malnutrition. Il dit :

*Quand tu vois un enfant qui ne joue plus, il est fatigué, il ne veut plus manger, il fait de la fièvre et pleure constamment, il mange sans prendre de poids, tu sais que cet enfant-là, à un problème, donc, moi, c'est la non-participation de l'enfant aux jeux, la fatigue, le manque d'appétit, la fièvre et les pleurs qui me permettent de diagnostiquer la malnutrition chez l'enfant, même pour un bébé, c'est pareil (entretien avec Amat, 29ans, homme, commerçant le 19/08/2023, un père d'enfant à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena).*

Une autre maman reconnaît également les signes de la malnutrition à l'attitude de l'enfant :

*Comme pour les grands, quand quelqu'un ne sent pas bien, on le voit sur son comportement, pour les bébés, ce sont les pleurs, le manque d'appétit, quand l'enfant est un peu plus grand, il ne joue plus, il va par exemple passer le temps à dormir et puis son corps va chauffer, si c'est la toux, il va tousser et si c'est la malnutrition, son corps va chauffer, tu vas voir seulement sa grosse tête et le ventre ballonné, tout cela permet de savoir que l'enfant ne va pas bien (entretien avec Tarmadji, 34ans, femme, ménagère le 28/09/2023 une mère à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena).*

Pour une autre maman également, la malnutrition s'identifie à l'importance ou la récurrence des pleurs et l'apparition des symptômes :

*Quand l'enfant pleure beaucoup, il chauffe, il ne veut plus manger, il ne dort pas, si c'est la maladie des fesses rouges, les fesses de l'enfant rougissent, la varicelle, il a les boutons qui sortent sur le corps, la toux, il tousse, si c'est la maladie qu'on appelle malnutrition, il a une grosse tête, un gros ventre et il chauffe également, ce sont les signes-là qui te montrent que l'enfant ne va pas bien (entretien avec Yalda, 35ans, femme, chômeur le 12/08/2023 une mère à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena).*

En zone urbaine de N'Djamena, les parents des enfants ont tous dit reconnaître une maladie ou la malnutrition par les signes qui apparaissent sur le corps de l'enfant. Aux signes, s'ajoutent les changements d'habitudes qui peuvent être marqués par les pleurs répétés, ou le refus de s'alimenter. Cette expertise les parents l'ont acquise par leur expérience et la bonne connaissance de leur enfant et de l'enfant en général.

Cette connaissance de l'enfant qui est fondée sur le bien-être ou la maladie, les emmène à utiliser plusieurs moyens d'observations des attitudes dans l'examen de l'enfant. En effet, ils utilisent à la fois l'écoute (pleurs), le toucher (palper) et le regard. Ce sont donc les premiers acteurs de la reconnaissance d'un mal-être de l'enfant. Ils décident d'aller consulter un spécialiste de la biomédecine lorsque la maladie résiste au traitement administré à la maison. Le traitement peut être composé des décoctions ou des produits pharmaceutiques.

Les membres de la famille impliqués dans cette reconnaissance du mal-être de l'enfant sont en général, toute personne qui est reconnue comme le tuteur légal de l'enfant, il s'agit de la mère de l'enfant, la grand-mère, le père, la tante ou l'oncle de celui-ci.

Lorsque le traitement administré sous les indications des parents ne rétablit pas la santé de l'enfant, ils vont consulter un professionnel de la biomédecine. La consultation dans une structure sanitaire obéit à un certain nombre d'étapes qui permettent au praticien de diagnostiquer la maladie.

### III.2.1.2. La connaissance d'ordre clinique

Au sein du centre de santé mère et enfant de la ville de N'Djamena, les différentes étapes pour diagnostiquer la malnutrition vont de la prise des constantes de l'enfant, à l'échange de questions- réponses entre le personnel de santé et le parent qui accompagne l'enfant, en passant par les examens de laboratoires.

Ces différentes étapes sont présentées ci-dessous par une infirmière rencontrée dans le service de la pédiatrie. Elle explique ainsi :

*Alors, lorsque les parents arrivent avec les enfants, au service d'accueil, on prend les paramètres de l'enfant, nom, prénom, sexe, lieu de résidence, âge, poids, température et tout cela, ensuite, l'infirmière qui reçoit la maman lui demande pourquoi elle emmène l'enfant en consultation, la maman lui dit et l'infirmière le note dans le carnet. Ensuite, la maman et l'enfant sont envoyés dans mon bureau avec, bien sûr, le carnet de l'enfant. Moi quand je les reçois, je lis ce que l'infirmière a écrit, je repose la question à la mère et si l'enfant est en âge de parler ou même simplement d'hocher la tête, je lui demande également de m'expliquer ce qu'il ressent avec son langage d'enfant. Je le regarde et si j'ai un doute, je demande des examens cliniques pour mieux m'éclairer parce que vous pouvez avoir un enfant qui fait une toux, ou une diarrhée, mais toutes les deux maladies sont causées par une autre. C'est pour cette raison que l'on accompagne toujours le diagnostic des analyses médicales. Donc, du retour du laboratoire, on sait avec exactitude ce que l'enfant a qui est la malnutrition et là on prescrit un traitement adapté à cela aux parents (Entretien avec Enaise, 28ans, femme, infirmière le 01/09/2023 à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena dans son bureau).*

Il est appelé à reconnaître ici que lorsque les parents arrivent à l'hôpital avec les enfants, que ce soit pour le cas de la malnutrition ou de tout autre problème de santé, il y a un protocole défini à respecter. Ce protocole est celui de la prise de paramètres de l'enfant, ensuite l'envoi au bureau du médecin ou de l'infirmier en chef. Au niveau de ces personnalités, près que le même protocole est repris cette fois-ci avec la phase de question-réponse aux parents de l'enfant. Après l'explication des parents sur l'interrogatoire du personnel soignant, les examens sont demandés pour déterminer les étiologies de la maladie. Lorsque les diagnostics sont posés et l'obtention de l'origine de la maladie est faite, la phase finale est celle de la prescription du traitement à suivre à la lettre par les parents.

Une autre infirmière rencontrée au service de la prise en charge intégrée des maladies des enfants (PCIME) confirme :

*Pour diagnostiquer la malnutrition des enfants, lorsque la mère arrive en consultation avec son enfant, après la prise des paramètres, on pose des questions à la mère. On lui demande ce que l'enfant a, elle nous explique, on demande aussi depuis quand, on cherche aussi à savoir si elle a fait un traitement à la maison avant de venir, si oui, on lui demande ce qu'elle ait donné. Toutes ces questions nous aident à comprendre par exemple si c'est une malnutrition simple ou grave*

*et là par rapport à l'état de l'enfant, et quand on n'est pas sûr, on l'envoie au laboratoire pour bien déterminer ce qui est à l'origine de cette malnutrition (Entretien avec l'infirmière Fatimé, 42ans, femme, ménagère le 13/07/2023 à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena au bureau).*

Dans les propos de cette infirmière, l'on constate que les éléments mentionnés par sa collègue ressortent ici. Pour elle, les questions posées à la mère de l'enfant c'est pour comprendre la durée de la maladie, ce que les parents ont donné à l'enfant avant de l'amener à l'hôpital pour qu'enfin, le personnel soignant puisse prendre une bonne décision concernant l'état de l'enfant. Pour finir, dit-elle que si les éléments donnés par la génitrice ne sont pas rassurants, l'enfant est envoyé au laboratoire pour déterminer exactement l'origine de la maladie.

Le médecin de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena dans ses explications va dans le même sens que les agents de santé dudit hôpital. Il dit en effet que

*Comme on le fait pour tout type de patient, sauf que pour les enfants, la parole est donnée en premier lieu à la mère qui explique pourquoi elle emmène l'enfant consulter un médecin, si l'enfant est en âge de donner une réponse je peux également m'adresser aussi à lui pour lui demande, si vous voulez l'aspect physique que présente l'enfant et des analyses de laboratoires. Donc, je vais que pour diagnostiquer une malnutrition chez les enfants, je m'appuie des renseignements sur la raison de la consultation, l'état du malade parce que les symptômes peuvent être apparents ou pas, ça dépend et les analyses de laboratoire (entretien avec Boniface, 42ans, homme, nutritionniste le 27/05/2023 un médecin de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena).*

Pour ce médecin qui ne part pas trop loin des idées précédentes, il passe par la phase question-réponse pour la mère et ensuite l'enfant qui est amené à l'hôpital s'il à l'âge pour parler, il est soumis également au même exercice que sa mère. Après cette phase, il utilise la méthode d'observation et après avoir fait les examens du laboratoire. La responsable du service nutrition explique également qu'à leur service, l'état physique du bébé attire leur attention. Les propos de la mère les aident aussi à mieux comprendre la situation en présence afin d'orienter la mère dans ce qu'elle doit faire ou l'envoyer chez le médecin ou le pédiatre. Elle dit :

*Ici au service nutrition, c'est souvent le corps, sinon le physique de l'enfant, parce qu'à l'arrivée de la maman avec l'enfant pour un rendez-vous de pesée ou de vaccination, en regardant l'enfant et par rapport à son âge, on peut avoir un doute sur l'état de santé de l'enfant. On peut donc savoir que l'enfant est en surpoids ou maigre, dans ce cas-là, on demande à la mère ce qu'elle lui donne et comment elle le lui donne. Maintenant, il peut aussi arriver que lors de la consultation, la mère vous dise que cela fait trois jours que l'enfant ne dort pas bien ou, ne mange pas bien, on fait ce qu'il faut et si sa température est élevée, on l'envoie chez le pédiatre ou le médecin (entretien avec Geraldine, 57ans, femme, enseignante le 2/07/2023 un médecin de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena).*

Le protocole de l'entretien clinique ou la consultation médicale tel qu'il est modélisé au niveau international se présente comme suit : le parent accompagnant est considéré comme un

informateur important et l'observation du corps de l'enfant sont les premiers gestes cliniques. Le pédiatre de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena dit : « *comme l'indique le protocole médical, l'observation, les renseignements des parents qui accompagnent l'enfant et les examens cliniques au besoin* » (Entretien avec un pédiatre Abdramane, 52ans, homme le 11/08/2023 à l'hôpital).

Exemple d'examen physique pour diagnostiquer un cas de malnutrition présenté par la majore de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena comme suite :

*Dans le cas de la mal nutrition, on examine l'enfant, suivant d'abord l'âge et le poids, on sait que cet enfant-là est mal nourri, on fait l'examen, on fait le pli au niveau de l'abdomen, s'il y a un pli qui reste là-dessus, on sait que l'enfant-là est mal nourri, on regarde aussi le ventricule du côté gauche, on pose des questions à la maman, on demande ce que l'enfant mange* (entretien avec infirmière Marina, 33ans, femme, le 09/06/2023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant).

En se référant à l'âge et au poids de l'enfant, les propos de la majore renseigne que ces éléments peuvent aider à connaître s'il s'agit de la malnutrition ou pas. Elle fait appel également à la méthode du regard, du toucher et de question pour confirmer la première étape qui est la prise du paramètre. Alors si ces éléments se croisent, elle va conclure qu'il s'agit effectivement de la malnutrition.

Les examens physiques associés aux propos des parents et d'examen clinique pour diagnostiquer une malnutrition selon la puéricultrice de l'hôpital mère et de l'enfant de N'Djamena sont présentés comme suite :

*C'est par le physique de l'enfant que l'on détermine et par rapport aux jours que les parents nous disent, c'est-à-dire qu'un parent, c'est lui qui garde d'abord l'enfant avant de l'emmener à l'hôpital, le parent se déplace en fonction de ce que l'enfant présente et ce sont ces signes-là qui nous orientent et en plus de cela pour confirmer notre diagnostic pour ce qui est par exemple de la malnutrition on passe par le laboratoire pour faire les différents examens afférents*(entretien avec Geneviève une infirmière, 43ans, femme, le 15/07/2023 à gardolé)

Ici, c'est l'aspect physique de l'enfant et l'échange question réponse entre l'agent de santé et la personne qui accompagne l'enfant en consultation et les analyses de laboratoire qui éclaire l'agent de santé. En plus de ces aspects, cette puéricultrice reconnaît également la gravité de la maladie de l'enfant avant que les parents ne s'amènent à l'hôpital avec ce dernier. A son sens, si la maladie n'est pas grave, les parents de l'enfant ne vont pas songer à l'amener dans un centre de santé pour le soin.

### III.2.2. Les connaissances de la malnutrition chez les femmes enceintes

Dans la forme littérale, la malnutrition est désignée en se référant au corps ou à la partie du corps. La désignation métaphorique prend en compte le symptôme que l'on va exprimer sous forme de métaphore. Ici, les noms de la malnutrition expriment la ressemblance du symptôme. La dénomination causale désigne la maladie par la cause à laquelle elle est attribuée. La désignation de la maladie peut aider à identifier.

#### III.2.2.1. La connaissance populaire de la malnutrition chez les femmes enceintes

Dans la pratique, les comportements des femmes enceintes malnutries sont fonctions des stades d'évolution de la maladie, de la carence en nutriments et micronutriments ou du dégradation de leurs physiques. Les résultats de la collecte de données attestent que la malnutrition de la femme enceinte est étroitement liée à son état d'alimentation. Cet argument se justifie par la position d'une femme lors de l'entrevue dans son domicile. Elle raconte : « *Chez nous, si une femme enceinte est malnutrie, ce que son alimentation n'est pas équilibrée, contrôlée et n'est saine pas. C'est pour dire qu'elle mange mal* » (Entretien avec Kaltouma, 55ans, femme, infirmière le 10/10/2023 à Gardolé). On voit que la femme enceinte doit bien manger pendant la grossesse pour éviter la malnutrition pour elle-même et pour son bébé qu'elle attend.

À partir des entretiens menés sur le terrain, il ressort que la connaissance de la malnutrition chez les femmes enceintes se situent à plusieurs niveaux. Dans un premier temps, pour les femmes enceintes interviewées mentionnent connaître la malnutrition à travers niveau le manque de la diversification du régime alimentaire composé des produits considérés comme riches en vitamine. Cela se justifie à travers le propos d'une répondante comme suite : « *Chez moi, c'est le manque de la diversification des aliments riches en vitamine qui m'a permis d'être dans cet état actuel de la malnutrition. On mange tous les jours presque la même chose à la maison, or une femme enceinte normalement devrait varier son alimentation* » (Entretien avec Mariam, 24ans, femme, ménagère le 27/08/2023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant). Une autre illustre cet état de chose en ces propos : « *Tu imagines qu'une femme enceinte qui mange tous les jours les coucous seulement comment est-ce qu'elle ne peut pas avoir cette maladie. Notre époque ci est compliquée donc il faut manger plusieurs choses différentes pour pallier ce problème pendant la grossesse* » (Entretien avec Claude, 28ans, homme, chômeur le 22/09/2023 au quartier gardolé à N'Djamena).

Au vu de ces affirmations, les femmes enceintes ont déjà une idée de la malnutrition et de son étiologie. C'est dire qu'avant de se confronter à ce phénomène, elles avaient déjà une conception plus ou moins réelle de la maladie et de son origine, quelle que soit son arrivée. Ceci

illustre déjà le fait que la malnutrition est intégrée dans le quotidien de la population en général et les femmes enceintes de la ville de N'Djamena en particulier.

Une autre idée de la connaissance de la malnutrition des femmes enceintes dans la ville de N'Djamena se rapprocherait de l'état d'une personne malade auquel on associe souvent la faiblesse, la maigreur et la mauvaise mine. Ceci dit, selon les données de collecte, l'on reconnaît une femme enceinte malnutrie par sa faiblesse à participer à certaines activités, certains travaux. A ce sujet, une mère déclare : « *Une personne malnutrie est fatiguée et maigre, elle a une mine toute différente : comme le mien en ce moment car je viens d'être malade et je suis fatiguée ; j'ai le visage fatigué et pâle, avec beaucoup de rides* » (Entretien avec Bintou, 26ans, femme, étudiante le 05/06/2023 à l'hôpital mère et de l'enfant de N'Djamena). Ces différentes caractéristiques de la connaissance de la malnutrition montrent que les femmes enceintes pourraient être au courant de la connaissance de la maladie et de son origine. Ainsi, à travers le physique, la participation aux activités en état actif ou passif et une mine différente d'habituel amener les informateurs à avoir une idée de ce qu'ils souffrent.

Les symptômes et les apparences ne sont pas les seuls éléments pouvant aider à identifier une personne malnutrie. Des situations d'aspects sociaux ou médicaux comme les accouchements difficiles, seraient aussi liées à la malnutrition. Par ailleurs, la pauvreté financière d'un ménage pourrait suffire pour dire que ses membres sont en situation de malnutrition. Les femmes enceintes soulignent les précarités du ménage comme un aspect de la reconnaissance également de cette maladie. C'est à ce sujet qu'une mère affirme : « *On connaît celles ou ceux qui ont beaucoup d'enfants, celles ou ceux qui ont des difficultés, qui n'ont pas suffisamment de terre, celles qui ont beaucoup et qui n'ont pas de moyen, leurs femmes enceintes ne mangent pas suffisamment pour venir à bout de ce problème* » Au vu de cette position de la répondante, les familles qui ont beaucoup d'enfants à leurs charges et qui n'ont pas assez de moyen financier, leurs femmes souffrent généralement de la malnutrition. A en croire à cette informatrice, lorsqu'il n'y a pas assez à manger dans un ménage, les femmes se soucient plus pour leurs enfants et leurs maris ce qui les pousse à s'alimenter peu, d'où l'exposition à la malnutrition.

### **III.2.2.2. Les connaissances biomédicales de la malnutrition des femmes enceintes**

L'idée de la malnutrition est une notion de la biomédecine qui renvoie aux affections qui touchent des individus en général. Cette notion existe déjà dans la pensée populaire et chez les vulnérables dans leurs quotidiens. Selon la connaissance biomédicale, la malnutrition est la conséquence de mauvaise alimentation et le déficit en produits protéinés. Par exemple, un professionnel de la santé tient les propos suivants lorsque de l'échange : « *soulignons que les*

*causes sont beaucoup plus liées à la mauvaise alimentation par la quantité et la qualité. Manque des groupes d'aliments : déficit en protéines, déficit quantitatif, la mauvaise cuisson des aliments* (Entretien avec Eveline infirmière, 56ans, femme, le 01/08/2023 à l'hôpital). On voit que chez les spécialistes de la médecine conventionnelle, la malnutrition chez les femmes enceintes se situe au niveau de la qualité et de la quantité des aliments consommés. A côté de cet argument, notons également le manque des produits protéinés dans l'alimentation de la femme enceinte et le fait de mal préparer un aliment ne sont pas en reste comme des éléments retenus pour la connaissance de la malnutrition chez les gestantes.

Au cours de la collecte de données, les symptômes que décrivent les spécialistes de la biomédecine concernant la malnutrition des femmes enceintes sont objectifs et varient d'une femme à une autre et d'une période à l'autre. Selon leurs discours, les femmes enceintes présentaient plusieurs signes cliniques avant les diagnostics à poser : Pour une infirmière : *« les femmes enceintes présentent les signes cliniques de la malnutrition sans poser le diagnostic. Celles-là arrivent devant toi, tu vois que ses yeux et ses pommes de mains sont pâles, tu vois une personne qui manque du sang dans son organisme »* (Entretien avec une infirmière Esperance, 29ans, femme, le 31/07/2023 à l'hôpital mère et de l'enfant). Ces signes présentés par ce personnel de santé sont des éléments précurseurs de la reconnaissance de la malnutrition chez les femmes enceintes. Ces signes ne sont pas du tout inconnus pour la plupart du professionnel de la santé au sein de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena. Autrement dit, face à ces symptômes, le personnel soignant connaît qu'il s'agit de la malnutrition chez la femme enceinte à travers les paramètres.

Le niveau d'insécurité alimentaire des ménages collabore avec le stress que ressentent les ménages dans leur accès à l'alimentation. Ainsi, plus le ménage ressent un stress alimentaire, moins les concentrations en nutriments essentiels seront couvertes chez la femme enceinte. Par conséquent, la malnutrition s'installe à petit feu chez la femme enceinte. Un nutritionniste rencontré dans le service de la nutrition des mères et enfants donne son témoignage comme suite : *« dans le ménage où on ne mange pas bien, ou bien on mange peu et avec du stress, la femme enceinte sera mal nourrie et c'est la bienvenue à la malnutrition qui affectera par la suite son bébé à naître »* (Entretien avec un nutritionniste Asael, 29ans, homme, le 03/06/3023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant). Il ressort du propos de ce spécialiste de l'alimentation que la relation entre la malnutrition de la femme enceinte est en étroite collaboration avec le stress alimentaire du ménage.

Le responsable du service de nutrition de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena explique également qu'à leur service, l'état physique de la femme enceinte attire leur attention. Ses propos

les aident aussi à mieux comprendre la situation alimentaire en présence afin de l'orienter dans ce qu'elle doit faire ou l'envoyer chez le nutritionniste. Il dit :

*Ici au service de nutrition, c'est souvent le corps, sinon le physique de la femme enceinte, parce qu'à son arrivée pour un rendez-vous de la consultation prénatale ou de suivi de grossesse, en la regardant et par rapport à l'âge de la grossesse, on peut avoir un doute sur son état de nutrition. On peut donc savoir qu'elle est en surpoids ou maigre, dans ce cas-là, on lui demande ce qu'elle mange et comment elle mange. Maintenant, il peut aussi arriver que lors de la consultation, elle nous dise que cela fait quelques jours qu'elle n'a pas mangé du fruit et des légumes, on lui conseille et on l'envoie chez le nutritionniste (Entretien avec Ismaël, 45ans, homme, le 21/08/2023 à l'hôpital mère et enfant).*

Ici, c'est l'aspect physique de la femme enceinte et l'échange question réponse entre le nutritionniste et la gestante en consultation prénatale qui éclaire le professionnel de la santé sur l'état alimentaire de la femme enceinte.

### **III.3. Les étiologies de la malnutrition**

La conception de la maladie varie selon les « cadres socio-culturel » des acteurs concernés. Autrement dit, la lecture qu'on se fait sur l'étiologie de la malnutrition infantile ou des femmes enceintes dans la ville de N'Djamena au Tchad n'est pas la même partout. Celle-ci résulte d'un processus d'enculturation qui impose aux individus une manière de penser, de voir et de soigner la maladie. De ce fait, Sterling (2006) constate qu'« *il est impossible de percevoir adéquatement et surtout de décoder les savoirs et savoir-faire des cultures en matière de santé et de soins, si nous n'avons pas préalablement tenté de nous ouvrir au savoir-être spécifique qui les fonde* ». Il est question dans cette partie de ressortir toutes les étiologies ordinaires ou populaires et les étiologies biomédicales de la malnutrition chez les répondants de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena.

#### **III.3.1. L'étiologie biomédicale de la malnutrition infantile et de la femme enceinte**

Pour la plus part des enquêtés la malnutrition infantile ou des femmes enceintes sont causées par des éléments tels que le manque d'aliment riche en fer et calcium, l'insécurité alimentaire du ménage, les pratiques de soins inadéquats, le manque d'hygiène alimentaire et environnementale. Le stress alimentaire du ménage en même temps qu'il est considéré comme étant un problème quotidien par des enquêtés qui est considéré comme un symptôme et également perçu comme étant une origine de la malnutrition. Ces éléments dits cliniques ou biomédicaux aux dires des enquêtés se corrigent facilement lorsque l'individu est éduqué dans le sens de son alimentation et de sa propreté.

Pour comprendre ces différents phénomènes, les répondants interrogés sur le terrain évoquent la famine, l'insécurité alimentaire et les soins non adéquats comme principaux facteurs

de la malnutrition chez la femme enceinte et chez l'enfant. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre les propos d'une participante. Evoquant ses raisons et ses constats, elle affirme : « *Les causes peuvent être dû à une insécurité alimentaire du ménage, à des pratiques des soins inadéquats ou l'insalubrité de l'environnement familial* » (Entretien avec Caroline, 53ans, femme, ménagère le 2/07/2023 à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena). Dans les propos de cette répondante, l'on constate que ; que ce soit chez une femme enceinte ou ce soit chez un enfant, le manque d'aliment de qualité, les soins de santé ne respectant pas les règles de l'art, le manque d'hygiène environnementale conduisent à une malnutrition.

Abordant également l'aspect de manque d'aliments de qualité ou du non-respect de la quantité d'aliments à consommer par jour par une personne, une enquêtée affirme ceci : « *Comme cause de la malnutrition chez la femme enceinte ou chez l'enfant, nous avons la mauvaise alimentation de l'enfant et les femmes enceintes. Quand l'enfant ou la femme enceinte ne mange pas les bons aliments ou bien la quantité journalière n'est pas respectée, c'est probable que ces derniers contractent cette maladie* » (Entretien avec Minda, 20ans, femme, étudiante, le 13/07/2023 à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena). Selon les propos de cette informatrice, le constat est que la malnutrition est causée par la mauvaise alimentation et la quantité alimentaire insuffisante aux besoins de l'organisme. A son sens également, le non-respect de la quantité d'aliments recommandée à consommer à une certaine étape ou période de la vie humaine par une personne provoque la malnutrition.

L'insécurité alimentaire, la mauvaise hygiène, la mauvaise alimentation ou alors le non-respect de la quantité d'aliments à consommer ne sont pas seulement les idées évoquées par les enquêtés pour parler de l'étiologie de la malnutrition chez la femme enceinte et chez l'enfant. D'autres paramètres également sont mis en jeu. Reconnaisant ce phénomène une répondante déclare ceci : « *les causes de la malnutrition bien qu'elles soient liées à l'alimentation, mais également l'ignorance de certains parents et le manque de l'espacement de naissance jouent négativement sur la croissance de l'enfant surtout quand l'enfant n'atteint pas l'âge du sevrage* ». De cette déclaration, il s'observe que l'être humain est lui-même son propre malheur, car s'il ignore que lorsque la femme accouche il faut lui laisser le temps de repos avant de faire un enfant, il constitue son propre bourreau.

Loin de constituer également à ceux seules les origines de la malnutrition chez la femme enceinte ou chez l'enfant, il faut noter par ailleurs la non-prise du traitement préventif intermittent (TPI) pendant la grossesse. En effet, les professionnels de la santé interrogés sur le terrain reconnaissent que le manque du traitement préventif intermittent joue un rôle néfaste sur la santé de la mère et de l'enfant. Pour ce fait, un intervenant se livre :

*Les TPI pour les femmes enceintes et les enfants réduisent les épisodes de paludisme chez la mère et l'enfant, l'anémie maternelle et fœtale, la parasitémie placentaire, le faible poids de naissance et la mortalité néonatale. Les femmes enceintes et les enfants qui n'ont pas accès au traitement préventif et intermittent du paludisme seraient plus exposés à développer la malnutrition (Entretien avec une Hawa infirmière, 32 ans, femme, à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena).*

De ce qui précède, il apparaît que le traitement préventif intermittent ne joue pas seulement le rôle de la prévention du paludisme chez la gestante et chez les enfants, mais également joue le rôle de la prévention de la malnutrition chez les catégories des femmes enceintes et des enfants. En effet, les femmes pendant la période de la grossesse sont appelées à prendre ces médicaments pour éviter le risque de se contracter et de faire contracter cette maladie.

Le non accès à une éducation sanitaire et nutritionnelle, le non accès à une supplémentation en fer et en calcium et le non accès à la vitamine A par les femmes enceintes ont été démontré par les soignants comme les éléments provocateurs de la malnutrition chez la femme enceinte. Ce constat se remarque dans le propos d'un enquêté comme suite :

*L'éducation étant un moyen de pression sur les mauvaises habitudes alimentaires et sanitaires, les femmes qui n'accèdent pas à cette offre de service seraient plus exposées à la malnutrition que celles qui bénéficient de cette intervention. La supplémentation en fer est une intervention qui renforce le pouvoir hématopoïétique de l'individu. Il est reconnu aujourd'hui que les carences en fer, en vitamine A et en calcium contribuent considérablement à la mortalité maternelle. Ainsi, les femmes qui ne bénéficient pas d'une supplémentation en fer seraient plus exposées que celles qui sont supplémentées (Entretien avec une sage-femme Aphrodite, 48ans, femme, à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena).*

Ces arguments permettent donc de comprendre pourquoi le nombre des femmes en milieu urbain suivent les conseils et les recommandations donnés lors des différentes consultations prénatales notamment en ce qui concerne également la prise de médicaments en fer, en calcium et en vitamine A. Ces conseils et recommandations sont respectés et pris à la lettre par les femmes qui sont soucieuses de leur santé et de celle de leur progéniture.

L'observation empirique montre que la non-utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) serait également à l'origine de la malnutrition chez la femme enceinte et chez l'enfant. En effet, pour les spécialistes de la médecine moderne, si une femme enceinte ou allaitante ne fait pas usage de la moustiquaire, elle s'expose et expose son enfant à développer cette maladie à la longue. Le témoignage ci-dessous renseigne :

*L'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide est une approche indirecte dans la prévention de la malnutrition chez la femme enceinte. Cependant, l'utilisation effective de la moustiquaire imprégnée d'insecticides n'entre pas facilement dans les habitudes de la population ; parfois à cause de la chaleur et étouffement qui ne permet pas facilement l'adhésion de la cible. Donc*

*du coup si une femme enceinte abandonne d'utiliser le MII, elle s'expose ou elle risque de contracter la malnutrition et également son bébé* (Entretien avec chef service de la maternité Zenaba, 60ans, femme, le 21/07/2023 à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena).

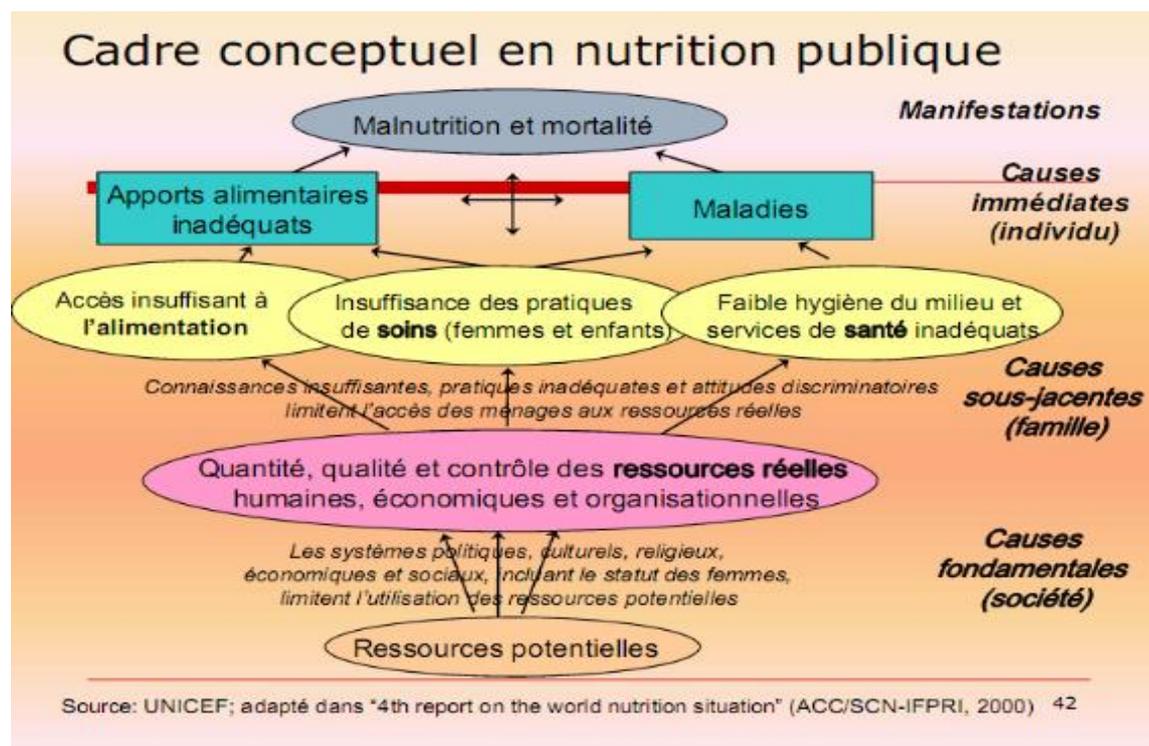
L'analyse de ces propos renvoie au fait que pour prévenir la malnutrition infantile ou la malnutrition chez la femme enceinte, la mère est appelée à respecter l'usage strict de cet outil. En effet, l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticide ne profiterait pas seulement à prévenir la malnutrition, mais également à lutter contre la contamination du paludisme par la mère et son enfant. Ainsi donc, la population est invitée d'inculquer l'usage de cet élément dans leurs habitudes quotidiennes.

Les données ethnographiques indiquent également que la malnutrition chez la femme enceinte et chez l'enfant est étroitement liée au niveau de l'instruction des parents ou des membres de la famille. En effet, l'éducation d'une personne est le socle de toute connaissance en termes de santé, d'hygiène ou de propreté et d'alimentation. Si une personne n'a pas un bon niveau d'instruction, cette dernière joue sur sa vie globale. C'est ce qui fait dire un enquêté en faisant le rapport entre la malnutrition de la femme enceinte et de l'enfant et le niveau d'éducation comme suite :

*L'éducation de la femme ou de la famille est un facteur indirect pour la bonne nutrition. Cette évidence exige par conséquent d'importants investissements en matière d'éducation sanitaire et nutritionnelle pour les aider à appliquer les prescrits des stratégies visant l'amélioration de la santé et la nutrition de la femme enceinte. Une femme qui n'a pas un niveau d'éducation, ne saurait pas faire un choix d'un bon aliment pour lutter contre la malnutrition* (Entretien avec une infirmière Evodie, 28ans, femme, le 04/08/2023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena).

Au regard de ces propos, le constat ou la leçon à tirer est d'éduquer tous les membres de la famille afin de mettre en œuvre la connaissance de l'éducation dans tous les domaines de la vie en particulier ceux de l'alimentation et de la santé de mère et enfant.

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



Source : Rapport UNICEF 1990

### III.3.2. Les étiologies populaires de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants dans la ville de N'Djamena

Les données empiriques issues de l'investigation de la collecte laissent transparaître plusieurs types d'explications et d'interprétation des étiologies de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants dans la ville de N'Djamena au Tchad. Une explication influencée par le discours de la sorcellerie sous-tendu par l'idée de la malnutrition lancée par jalousie pour nuire à autrui. Les étiologies mystiques sont également à l'origine de la malnutrition dans la communauté de recherche. En effet, une personne peut invoquer des génies pour jeter un sort à quelqu'un qui lui a fait de la peine ou pas afin d'obtenir la vengeance. Ce sortilège peut aller de la maladie jusqu'à la mort.

#### III.3.2.1. La malnutrition due aux personnes méchantes, jalouses : les sorciers

Le sorcier, considéré comme une personne jalouse, envieuse et méchante, peut lancer des sorts et créer toutes sortes de problèmes. Il peut bloquer les chances d'un individu afin qu'il ne puisse rien réaliser et qu'il soit malheureux. Il peut faire en sorte que tout ce qu'une personne recherche pour son bien être dans sa vie soit voué à l'échec. Les personnes dont aminées par un esprit de jalousie pour la réussite de leurs proches usent de leurs expériences ou partent chercher

des mauvais esprits pour nuire socialement autrui. Cette idée transparaît dans les propos d'une mère comme suite :

*Nous sommes en Afrique, et nous savons tous, qu'il y a la sorcellerie, quelqu'un qui est jaloux, qui ne t'aime pas, pour te détruire peut te lancer un mauvais sort (la malnutrition) ; il va chercher un médicament pour te paralyser socialement. C'est la plus mauvaise des maladies parce que ça te fait dépenser toutes tes économies, ça c'est la haine (entretien avec une mère malnutri, 30ans, femme, le 15/07/2023 au quartier gardolé à N'Djamena)*

Une autre mère soutient également cette pensée en ce sens : « *pour moi personnellement, le sorcier peut faire tout ; c'est le premier fils de Dieu, les sorciers, les ennemis peuvent te lancer un sort. Tu as ton enfant, on lui lance cette maladie parce que peut-être tu n'as pas donné quelques à un frère ou soit parce que tu as un peu de moyen* » (entretien avec une mère Michelle, 44ans, femme, policier, le 30/06/2023 au quartier gardolé à N'Djamena). A un autre répondant dit : « *dans le quartier, les gens me disent que la malnutrition de mon enfant n'est pas simple juste parce que je suis socialement assis. Comme ils veulent que je dépense tous mes biens, c'est pourquoi ils ont lancé cette maladie à mon enfant* » (entretien avec un père d'enfant Hinamar, 54ans, homme, cultivateur le 30/09/2023 au quartier amtoukoui à N'Djamena). De tous ces propos sus-évoqués par les répondants, un constat se dégage qui est celui de l'idée de l'être humain aminé par la jalousie de son prochain ou du bien de son prochain. Dans ce cas, la malnutrition chez l'enfant est considérée comme la matérialisation du sort lancé par l'esprit de la jalousie pour nuire à autrui.

### **III.3.2.2. La malnutrition : Insuffisance alimentaire**

La malnutrition est un manque important de nourriture caractérisé par un apport alimentaire insuffisant pour combler les dépenses énergétiques journalières d'un individu entraînant des carences nutritionnelles. En effet, pour les données empiriques, l'être humain est malnutri parce qu'il manque de quoi manger à sa fin. Cette pensée transparaît dans les propos d'une femme enceinte comme suite : « *pour nous les femmes enceintes, la malnutrition est le manque alimentaire. Imaginez-vous un peu avec la notion de manger pour deux c'est-à-dire je mange pour moi et pour mon bébé. Si je ne trouve pas assez de nourriture, je serai malnutrie* » (entretien avec une femme enceinte Odette malnutri, 45ans, femme, le 20/09/2023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena). Une autre répondante en abordant cet aspect parle de manque de l'équilibre alimentaire comme source de la malnutrition. Elle dit ceci : « *la malnutrition chez la femme enceinte prend deux aspects : l'insuffisance alimentaire et l'alimentation non équilibrée pour la femme enceinte. Voyez un peu une femme enceinte qui ne mange que de couscous tout le temps, comment est-ce qu'elle n'aura pas cette maladie* »

(entretien avec une femme enceinte Bogolda, 23ans, élève, le 16/06/2023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena). De ces deux pensées évoquées par les répondantes, il apparaît que l'origine de la malnutrition chez les femmes enceintes est liée à leurs états nutritionnels. Une femme enceinte qui ne mange pas suffisamment des aliments ou bien qui ne manque pas de nourriture équilibrée, est exposée à la malnutrition.

Toujours évoquant l'idée de l'insuffisance alimentaire comme source de la malnutrition chez une gestante, une autre participante aborde un aspect du nombre des membres de la famille. En effet, selon sa position, une femme enceinte dans un ménage où vivent plusieurs membres, sera mal nourrie, car elle sera préoccupée pour nourrir les membres et non elle. Elle justifie sa position ainsi : *« imaginez un peu le nombre des personnes dans un ménage. La présence pléthorique influence l'état nutritionnel de la femme enceinte. Plus vous vivez dans un ménage avec une taille qui est élevée, plus le risque d'être en malnutrition augment »* (entretien avec une femme enceinte malnutri Zakié, 23ans, femme, ménagère le 17/06/2023 à l'hôpital). De ce qui précède de ces propos, il est clair que lorsque le nombre de bouches augmente dans un ménage, plus la part de tout chacun diminue. Or, la femme enceinte à une alimentation trop variée et ses besoins en calorie augmente à chaque évolution de sa grossesse car il ne s'agit pas de manger pour elle seule, mais manger pour deux, c'est-à-dire elle et le fœtus.

### **III.3.2.3. La malnutrition due aux phénomènes socio-naturels**

De nombreux phénomènes contemporains ont une influence directe ou indirecte sur l'alimentation et la nutrition des populations par exemple les problèmes environnementaux, changements climatiques. De manière plus ou moins prononcée, ces phénomènes modifient les modes de vie et les pratiques alimentaires vers une plus grande sédentarisation. En effet, plusieurs événements naturels ou sociaux sont à l'origine de la mauvaise alimentation humaine ce qui aboutit à une malnutrition de la population en générale et celle des personnes vulnérables (femmes enceintes, les personnes âgés et les enfants) en particulier. Ces propos se vérifient dans les dires d'un informateur lorsqu'il déclare : *« la malnutrition est souvent causée par des évènements imprévus tels que des catastrophes naturelles, des conflits armés ou des crises économiques »* (Entretien avec Boniface, 42ans, homme, le 27/05/2023 au quartier walia/N'Djamena). Un autre d'ajouter :

*Les origines de la malnutrition peuvent être liées aussi par l'augmentation du prix des produits alimentaires sur le marché. Imaginez un instant, un produit que vous achetez à 100 francs auparavant, maintenant on vous le vend à 500 francs par exemple, qui va acheter cela ? Donc le phénomène de la politique commerciale a sa part d'impact dans la malnutrition de notre population* (entretien avec un

nutritionniste Saleh, 31ans, homme le 01/08/2023 au quartier paris-Congo à N'Djamena).

De ces deux propos, il ressort que la malnutrition chez la population vulnérable relève des plusieurs phénomènes environnementaux, socio-culturels et socio-politique. Aux dires des répondants, ce phénomène, est beaucoup plus en rapport avec les actes de l'être humain sur la nature et dans la nature.

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 malentendu 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 dans le passé et paraît que notre village a eu de mésentente avec le village de ma femme et ses parents ne sont pas d'accord avec notre mariage et depuis que nous avons eu notre premier enfant il est souvent malade il fait la diarrhée, il ne mange pas comme il le faut, il n'a plus de force, il est toujours pale, il ne prend jamais du poids (entretien avec Michel, 44ans, homme, policier le 30/06/2023 à gardolé).*

De ce qui précède de cet informateur, il nous fait comprendre qu'il sait marier à une fille du village voisin et il ne s'avait pas que les gens de son village avaient de problème avec le village voisin, lorsqu'ils se sont mariés les parents de sa femme n'étaient pas d'accord pour leur mariage, quand ils ont eu leur premier enfant il était tout le temps malade c'est à dire qu'il présentait les signes de la malnutrition. L'enfant faisait de la diarrhée, il n'avait pas d'appétit, il n'avait pas de poids.

*Dans ma culture Moundang, le garçon ou soit la fille n'est pas autorisé de se marier dans une autre ethnie et n'as pas le droit de faire son choix sans le consentement des parents ou des personnes âgés. S'ils arrivent à le faire sans l'accord des parents, lorsqu'ils vont donner naissance leurs enfants seront toujours malade et finiront par mourir, cela s'est passé avec l'une des filles de ma cousine (Entretien avec Pafing, 63ans, homme, cultivateur, le 20/09/2023 au quartier chagoua à N'Djamena)*

Selon les propos de cet informateur nous pouvons comprendre tout simplement que dans leur coutume il n'est pas autorisé qu'une fille ou un garçon de leur ethnie part se marier ailleurs c'est à dire se marier avec une autre ethnie qui n'est pas la leur. Il donc important pour eux de prendre les renseignements auprès des personnes âgées ou des parents pour le choix d'époux et d'épouse afin d'avoir une bénédiction dans leurs unions. S'ils ne font pas cela, la vie de leurs enfants sera en danger avec des maladies. Plus loin encore il nous fait comprendre que sa nièce a été victime de ce phénomène.

### **III.4. Les représentations de la malnutrition dans la ville de N'djamena**

Les représentations de la malnutrition chez les femmes enceintes et chez les enfants obéissent à un ensemble de normes établies par l'espace dans lequel elle se conçoit. Des signes pensés, imaginés et analysés pour mieux l'identifier, la comprendre et la prendre en charge. L'espace culturel de la population de N'Djamena par exemple ne dissocie pas totalement certaines maladies des enfants et celle des grandes personnes, en l'occurrence de la malnutrition. Les représentations de la malnutrition dans cette ville sont hétérogènes.

#### **III.4.1. Les représentations populaires de la malnutrition infantile et des femmes enceintes dans la ville de N'Djamena.**

Les représentations des personnes atteintes de la malnutrition, de leurs parents ou de leurs proches sont relatives. Celles-ci varient d'un parent à l'autre, d'une famille à l'autre, d'une religion à l'autre et d'une culture à une autre. Ce relativisme dans la représentation de la malnutrition a permis à Adam et Herzlich (1994) et Augé (1991) de montrer dans leurs travaux respectifs que chaque groupe social a une manière de concevoir et d'apprécier la maladie proportionnellement à ses représentations. Par représentations sociales, Jodelet (2003) entend « *des formes de connaissance sociale* », mieux la façon de penser et d'interpréter la réalité quotidienne. Ainsi, plusieurs croyances amènent les malades, leurs parents et leurs proches à construire autour de la malnutrition des idées hétérogènes, notamment le souci de trouver une réponse à celle-ci qui ne saurait se limiter aux seules conceptions biomédicales (« disease » : maladie du médecin, objectivée à partir des altérations biologiques) et renvoyant à une réalité toute autre (« sickness » : maladie socialisée) (Young, 1982), celle modelée comme charge symbolique par le groupe social, l'ignorance des parents sur la maladie et le désespoir face à la maladie. Selon le discours des répondants, la malnutrition des femmes enceintes et des enfants est une maladie qui a diverses représentations.

##### **III.4.1.1. La malnutrition : une maladie dangereuse**

La malnutrition apparaît comme une maladie « dangereuse » qui cause un dégât dévastateur sur son chemin. C'est pourquoi la majorité des parents pense que lorsqu'un enfant ou qu'une femme enceinte est atteint de cette maladie, il est considéré comme une personne en danger qu'il faut surveiller son alimentation et sa prise en charge. Pour eux, c'est une maladie qui tue sans aucun répit tous les enfants atteints et que si le traitement n'est pas pris au sérieux et rapide. Elle est une maladie mortelle qui ravage tout sur son passage. Ainsi, toutes personnes atteintes de cette maladie sont, comme le pensent les enquêtés, des personnes qui vont mourir tôt

ou tard si la prise en charge n'est pas assurée comme il se doit. Pour ces derniers, c'est une maladie qui limite l'espérance et la croissance de vie des enfants et des femmes enceintes. Ils voient en cette maladie, un phénomène de mort subite. C'est à juste mesure qu'un répondant affirme :

*La malnutrition est représentée ici comme une mauvaise maladie très dangereuse et mortelle pour les êtres humains, pour la communauté de N'Djamena, la malnutrition est considérée comme quelque chose d'anormal dans la communauté et que la communauté doit chercher à savoir, à connaître et soigner ce phénomène (Entretien avec Hinamari, 54ans, homme, cultivateur, le 30 /09/ 2023 au quartier amtoukoui à N'Djamena).*

Cette façon de représenter la malnutrition comme une « mauvaise » maladie, une maladie « très dangereuse et mortelle » et comme quelque chose d'« anormal », c'est une construction que la communauté donne à cette maladie et l'image que celle-ci renvoi quand elle fait son entrée dans une communauté. Elle affecte et impacte toutes les sphères de leur vie sociale, familiale et culturelle.

Une autre participante à la collecte aborde également cet aspect de la dangerosité de la malnutrition en soulignant que

*La malnutrition est une maladie très dangereuse, quand ça t'attrape là, ça peut te tuer, surtout les enfants et les femmes enceintes. Parce que cette catégorie de la population est fragile. On n'avait enterré plusieurs femmes enceintes et enfants dans cette communauté suite à cette maladie (entretien avec une mère Pélagie, 27ans, femme, étudiante le 11/08/2023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant /N'Djamena).*

Les propos ci-dessus démontrent l'aspect du danger de la malnutrition chez la population vulnérable en particulier pour toute la population entière en général. Selon les confirmations de cette enquête, cette maladie est qualifiée du danger selon les dégâts qu'elle cause dans la communauté. Abondant dans ce même sens, une mère relate : « *la malnutrition est une maladie très dangereuse. Quand elle attrape un enfant ou une femme enceinte, elle fatigue mal cette personne. Si elle entre dans le corps de quelqu'un et que l'on ne se rend pas compte vite, ça fini la personne rapidement* ». Au regard de cette position, la malnutrition apparaît comme un phénomène malheureux pour la population. Malheureux parce que sa présence dans la communauté attire l'attention de tout le monde. Le décès suite à cette maladie est dû beaucoup plus à la non-connaissance dès le départ de son apparition.

#### **III.4.1.2. La malnutrition comme une sous-alimentation**

Selon le discours des répondants issus du terrain de collecte, la malnutrition se rapporte à un manque d'alimentation. En effet, pour les enquêtés, cette maladie pour eux est un phénomène

quasiment lié à une sous-nutrition de la femme enceinte ou de l'enfant. Pour preuve un parent déclare : *« pour moi, la malnutrition est un manque d'aliment nécessaire dans l'organisme de la personne. Je dirai même que c'est une sous-alimentation, une sous-nutrition. C'est la seule perception que j'ai de cette maladie »* (entretien avec un parent Charles, 45ans, femme, enseignant, le 22/09/2023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena). Un autre parent aborde ce phénomène pratiquement allant de ce sens : *« la sous-alimentation est un phénomène dangereux lié au manque des aliments de bonnes qualités et ce manque dans le corps de l'humain peut le tuer facilement »* (entretien avec un père d'enfant Gaddi, 55ans, homme, entrepreneur, le 10/07/2023 au quartier farcha à N'Djamena). De ces deux propos ci-évoqués, il ressort que la malnutrition d'une femme enceinte ou d'un enfant est un phénomène étroitement lié à un manque de l'alimentation de qualité et en quantité. De ce manque, la personne atteinte de cette maladie est exposée à un danger de tout genre la conduisant à la mort.

Partageant également l'idée de la malnutrition comme un problème de sous-alimentation, de sous-nutrition, une femme enceinte qualifie cette maladie de la manière suivante : *« il n'y a pas un phénomène compliqué comme la sous-alimentation surtout pour nous les femmes enceintes. Nous constatons que la sous-alimentation est un danger pour nous et nos enfants. C'est un malheur pour les humains »* (entretien avec Assiam, 40ans, femme, enseignante, le 17/08/2023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena). Ainsi, pour cette enquêtée, la malnutrition apparaît comme un problème délicat pour la catégorie des femmes enceintes et des enfants. Pour elle, si cette catégorie est touchée par cette maladie, elle en souffre et elle est en danger.

#### **III.4.1.3. Les représentations liées aux interdits alimentaires**

Dans les sociétés traditionnelles africaines en général plusieurs interprétations sont souvent attribuées à l'arrivée d'une maladie. Elles sont pour la grande majorité de cas, la mise en rapport de la structure sociale avec la structure organique. Ainsi, elles peuvent être expliquées par la transgression des normes. Dans les communautés de N'Djamena, le respect des interdits d'ordre alimentaire, gestuel, verbal et comportemental est un ensemble de pratiques relatives à la protection de la femme enceinte et de l'enfant ou de l'enfant à naître. Le non-respect de ces derniers est l'une des principales causes des maladies des enfants dans cette société. S'agissant des interdits alimentaires, on distingue ceux qui sont relatifs aux animaux et aux végétaux dont la transgression entraîne un effet néfaste sur la femme enceinte ou sur l'enfant. Les interdits relatifs aux animaux en ce qui concernent la consommation par une femme enceinte de la viande d'un animal porte un méfait sur sa santé et celle de son enfant. Les interdits alimentaires liés à la

maladie sont présentés comme suite par une répondante : « *ce sont les interdits alimentaires que certaines femmes ne respectent pendant la grossesse qui donnent la malnutrition aux enfants* » (entretien avec Youssouf, 28ans, homme, profession : commerçant, le 09/08/2023 au quartier Moursal à N'Djamena). A la suite de cette répondante, une autre participante présente le cas de la malnutrition des femmes enceintes en ces termes :

*Pour nous les femmes enceintes, nos malnutritions sont dues à l'interdiction liée à la consommation d'un régime alimentaire faible en protéines et en vitamines. Dans la communauté, notre entourage nous déconseille de consommer ce genre d'aliment. Voilà pourquoi nous sommes mal nourries* (entretien avec une femme enceinte Mariam, 24ans, femme, ménagère, le 25/08/2023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena).

De ces deux positions ci-dessus des répondantes, le non-respect des règles établies dans la communauté en matière de la santé de la mère et de l'enfant aboutit à une conséquence néfaste, c'est le cas de la malnutrition des enfants. Par contre, le respect de certaines de ces normes déchaînent négativement sur les femmes enceintes car elles ne mangent pas les aliments appropriés pour elles-mêmes. De ces propos, la leçon retenue est ambivalente pour les génitrices.

Pour appuyer les arguments sur les interdits liés à l'alimentation de la femme pendant la grossesse, plusieurs auteurs ont aussi montré plusieurs interdits proscrits aux femmes enceintes. C'est le cas d'Ezémbé (2009) qui montre que pendant la grossesse, la femme enceinte suit un régime alimentaire particulier. Moundo (1991) par contre pense que la mère transmet aux fœtus les caractéristiques culturellement reconnues de ce qu'elle consomme, c'est pourquoi, il faut sélectionner les aliments qui apporteront à l'enfant à naître des qualités et non des défauts ou seront des risques des maladies. Diambila (1990), fait d'abord un inventaire des différents types d'interdits alimentaires avant de décrire un rite dont l'efficacité dépend de l'observation rigoureuse des interdits alimentaires prescrits.

#### **III.4.1.4. Les représentations liées aux interdits comportementaux**

Les comportements sont considérés comme ayant le pouvoir d'inscrire un dommage sur l'enfant, sont tout d'abord les rapports sexuels (Ngombo, 2016). En effet, de la naissance à la fin du sevrage, les relations sexuelles avec un autre homme que le père géniteur entraînerait chez l'enfant une maladie. Pendant la période d'allaitement, la mère doit également s'abstenir d'avoir des rapports sexuels avec son mari au risque de rendre l'enfant malade. Les interdits comportementaux viennent en complément des interdits alimentaires (Yoro et al., 2015). En d'autres termes, c'est l'observation simultanée des types d'interdits qui permet de protéger la mère et son enfant. Généralement, les interdits comportementaux répondent aux mêmes logiques socioculturelles que les interdits alimentaires. En ce qui concerne les rapports sexuels proscrits

pendant la grossesse ou pendant l'allaitement du bébé, les enquêtés affirment également que les parents doivent éviter le rapport sexuel durant cette période-là. A ce propos, une répondante explique : « *dans notre communauté, quand tu allaites encore ton bébé, tu dois éviter la relation sexuelle même avec le père de ton enfant, sinon ton enfant aura la malnutrition. Ma fille que vous voyez souffrir aujourd'hui de cette maladie, c'est la cause du non-respect de cette règle* » (entretien avec une mère d'enfant Sounda, 40ans, femme, ménagère, le 11/07/2023 au quartier walia à N'Djamena). De façon générale, le couple mère/enfant est considéré comme vulnérable qui connaît souvent des conséquences graves en cas de transgression des normes socio-culturelles établies par les membres de la communauté. En effet, une mère allaitante devrait éviter tout comportement risqué pour sa santé et la santé de son enfant. La mère allaitante est supposée être le lieu où se coordonnent et se combattent les états d'opposition. C'est ainsi, Luboya (1990) disait que, personne ne doit enjamber la femme enceinte quand elle est assise ou couchée sur une natte, ni passer à côté ou derrière elle.

Dans le besoin d'assurer l'intégrité physique et sanitaire de la femme enceinte, il est recommandé à celle-ci de faire le recours aux soins de santé pendant la grossesse pour éviter certaines maladies, notamment la malnutrition. En effet, dans l'imaginaire médical, la prise de médicaments pendant la grossesse éviterait à la gestante de contracter la malnutrition. Ce sont ces comportements que lorsqu'ils ne sont pas observés par la femme enceinte, on parle de la maladie de malnutrition chez celle-ci. Le non recours aux soins de santé par une femme enceinte pourrait entraîner la malnutrition comme l'atteste le propos suivant d'une répondante : « *pour moi, le fait que la femme enceinte ne fait pas le recours aux soins traditionnels ou aux soins modernes, l'expose à un état de dégradation de son état nutritionnel ce qui aboutit à la malnutrition* » (entretien avec une gestante malnutri Armelle, 47ans, femme, le 23/09/2023 au quartier Farcha à N'Djamena). De l'analyse de ces propos, appelle les femmes enceintes de faire recours aux soins de santé pendant la grossesse pour éviter les risques de contracter la malnutrition. Pour une autre enquêtée, c'est le manque d'accès au déparasitage de la femme enceinte qui l'expose à la malnutrition. En effet, le non déparasitage de la femme enceinte pourrait favoriser un déséquilibre dans l'organisme et entraîner la malnutrition. Par exemple une participante affirme : « *le manque d'accès au déparasitage rendrait la femme enceinte susceptible de voir son état nutritionnel se dégrader. Ce manque d'accès au service de déparasitage ne ferait qu'exciter la malnutrition de la femme enceinte* » (entretien avec une femme enceinte Ngassa, 29ans, homme, chômeur le 19/07/2023 au quartier Gardolé à N'Djamena). Ce genre de remarque est perceptible dans la communauté de la recherche. Pour éviter la malnutrition chez la femme enceinte, le professionnel de santé doit davantage

sensibiliser celle-ci pour se rendre pendant sa période de grossesse au service de déparasitage pour la prise de médicaments.

### III.4.2. Les représentations biomédicales de la malnutrition

Les professionnels de la santé moderne représentent autrement la malnutrition de la femme enceinte et des enfants. Ces représentations ont plusieurs origines médicales. Pour eux, les représentations construites par les parents, les proches ou mêmes les patients autour de la malnutrition sont multiformes. Selon ces spécialistes, les raisons qui poussent les acteurs locaux à élaborer ces représentations sont multiples. Le discours local construit sur les représentations de la malnutrition a fortement évolué. Progressivement, il s'observe que le discours qui lie les représentations de cette maladie à des formes varicelles s'étiolo au profil du discours dominé par la primauté des représentations biomédicales. En effet, suite aux multiples travaux des organismes exerçant dans ce domaine de la malnutrition et les travaux des professionnels de la santé dans le cadre de la sensibilisation, de l'éducation communautaire et des causeries éducatives allant dans ce sens, les populations locales de la ville de N'Djamena au Tchad ont commencé à intérioriser le discours biomédical dans leurs conceptions de cette maladie. Le concept de la malnutrition est appréhendé par certains spécialistes modernes de soins comme le contraire de la bonne nutrition ou du bien-être. D'autres le conçoivent comme le dysfonctionnement de l'organisme.

La dimension physique de la malnutrition est abordée ici par un infirmier en ces termes : « *c'est tout ce qui est physiologique, anomalie du fonctionnement physiologique*. Cet aspect est également abordé par un médecin de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena. Il soutient en effet que la malnutrition est un déséquilibre au niveau de l'organisme, un mal qui intervient chez les enfants et les femmes enceintes et se manifeste par des douleurs. C'est ce qui lui fait dire :

*C'est un déséquilibre un peu global ; il y a des normes au niveau de l'organisme, l'être humain a un poids normal de 25 à 30 kg selon l'âge s'il est en dehors de tout cela ou une des valeurs c'est qu'il est malnutri. Un individu a droit à l'alimentation si cette alimentation lui manque, c'est qu'il y a un problème (entretien avec le médecin Hassana, 61ans, homme, commerçant le 19/08/2023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena).*

Au regard de ce qui précède, il s'observe que plusieurs registres justifient les représentations de la malnutrition chez les femmes enceintes et chez les enfants au sein de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena au Tchad. Selon ces enquêtés, il y a les normes physiologiques, le déséquilibre et le manque en matière d'alimentation, le poids et l'âge de l'individu qui indiquent les représentations médicales de cette maladie.

La malnutrition est représentée également par ces spécialistes modernes de soins comme étant la résultante d'une mauvaise alimentation, d'un cadre environnemental pollué. À ce propos,

la sage-femme de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena affirme : « *la malnutrition, c'est le fait de ne pas bien s'alimenter, de ne pas bien se nourrir. C'est également le cadre de vie qui est sale, l'air pollué. Actuellement étant donné que les aliments sont chers au marché et qu'il y a une pénurie, la population mange mal* » (entretien avec une sage-femme, 47ans, femme, le 26/07/2023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena). Au regard de ce point de vue, il s'observe que la mauvaise consommation alimentaire, l'hygiène de vie, la cherté des prix d'aliments sur le marché et même la pénurie de ces derniers dans les communautés sont spécifiquement liés aux représentations de la malnutrition au sein de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena par les professionnels de la santé.

Pour certains spécialistes de la médecine conventionnelle, la malnutrition des femmes enceintes ou des enfants est vue comme un accès limité à une alimentation de qualité, la non répartition égale des ressources alimentaires et la hausse du prix des produits sur le marché. A ce propos, un infirmier affirme : « *l'accès aux aliments reste limité pour un nombre important de ménages. Les disponibilités alimentaires sont inégalement réparties dans le pays et à une forte incidence de pauvreté dans un contexte récurrent de hausse des prix des denrées alimentaires de base* » (entretien avec Stéphane, 25ans, homme, étudiant le 05/08/2023 au quartier farcha à N'Djamena). Cet échange montre que la malnutrition se manifeste également par l'accès à des ressources alimentaires limitées à la population, la confiscation de ressources alimentaires par certaines catégories de la population, la cherté des produits de premier rang et la pauvreté de certains ménages. Mais, l'évolution des prix de ces produits, demeure toujours une cause essentielle d'accessibilité limitée aux produits alimentaires. Ainsi, les ménages ayant un faible niveau de revenus sont souvent les plus vulnérables en raison de leur difficulté d'accès économique aux denrées alimentaires. Ces dernières années, il a été observé une tendance haussière des prix des denrées alimentaires de basse. Ceci traduit le niveau de paupérisation de la population qui demeure un déterminant non négligeable de la malnutrition.

Pour un autre répondant, il pense que c'est le manque d'accès au service sanitaire et bien d'autres éléments qui font la présence de la malnutrition au sein de la communauté. A ce point, il déclare : « *l'accès aux services de santé, d'hygiène, à l'eau potable et l'assainissement reste encore très difficile pour certaines populations, ceci fait que la malnutrition vit dans la communauté* ». Au vu de cette discussion, il apparaît que l'environnement de l'être humain est la cause principale de sa maladie.

Plusieurs aliments sont interdits à la consommation par les femmes enceintes et les enfants. Les connaissances ancestrales des parents et grands-parents sont alors mises en œuvre pour atteindre cet objectif. En d'autres termes, les régimes alimentaires de ces derniers sont

contrôlés au risque de la transgression. Or, ces aliments sont souvent conseillés par les spécialistes de la médecine moderne pour la bonne croissance des enfants et des femmes enceintes. Un participant perçoit la non-transgression de ces normes culturelles comme un aspect favorisant la malnutrition. Il affirme :

*Les interdits alimentaires, l'alimentation complémentaire mal conduite, l'ignorance, l'existence des tabous alimentaires, la pauvreté, etc. constituent des causes fondamentales de la malnutrition ici dans notre communauté. Il en est de même du statut socioéconomique de la femme qui la sépare pendant de longues heures de son enfant étant donné que la grande majorité des femmes est occupée par des activités génératrices de revenus. Par ailleurs, l'insuffisance des ressources humaines spécialisées en nutrition dans les structures pour le pilotage des activités de nutrition constituent des contraintes majeures (entretien avec un thérapeute Diallo, 35ans, homme, le 15/05/2023 au quartier walia à N'Djamena).*

Dans l'imaginaire médical des professionnels de santé, l'existence des interdits alimentaire dans certaines communautés, la mauvaise conduite de la supplémentation alimentaire, l'ignorance de membres de la famille des aliments que doivent consommer les femmes enceintes et les enfants et même la pauvreté des ménages sont perçus comme le fondement de la malnutrition dans la ville de N'Djamena en général et à l'hôpital mère et enfant de ladite ville en particulier. Par ailleurs, il démontre que l'occupation des femmes avec leurs activités est représentative de la malnutrition et il conclut son propos en abordant l'aspect de manque du personnel qualifié dans le domaine de la nutrition pour prodiguer le conseil.

Dans la communauté de la recherche, le phénomène de la non-diversification des aliments est l'un des facteurs qui concourt à la malnutrition des femmes enceintes et des enfants. Ainsi, plusieurs enquêtés pensent que la malnutrition émane du manque de la diversification alimentaire. Elle est considérée comme l'incapacité d'un ménage à pouvoir bien s'alimenter. Selon ces derniers, la survenue de la malnutrition est liée à cet aspect. Du point de vue d'un enquêté :

*Le régime alimentaire des populations est généralement peu diversifié, essentiellement basé sur les céréales, les tubercules, les racines. Il est à noter d'une part que les pratiques d'alimentation des enfants et des femmes enceintes sont peu appropriées avec un régime alimentaire minimum acceptable et une diversité alimentaire minimum (entretien avec thérapeute Dieudonné ,45ans, homme, le 07/09/2023 au quartier walia à N'Djamena).*

Ainsi pour ce spécialiste, la malnutrition c'est le manque de la diversification alimentaire des ménages. Et du moment où cette maladie vient, les concernés doivent chercher à consommer des aliments adéquates pour remédier à cette situation. Il martèle également la population vulnérable (femmes enceintes, les personnes âgés et les enfants) à une pratique alimentaire qui ne respecte pas son état biologique.

Considérée comme une maladie ou une affection due à une mauvaise habitude alimentaire, la malnutrition ne saurait être représentée autrement par le professionnel de la santé moderne. C'est la raison pour laquelle très peu du professionnel stipule que c'est une maladie due à un manque du contrôle alimentaire. Selon ce dernier, c'est la consommation à excès des aliments qui réveille les cellules de l'organisme. A ce sujet, un nutritionniste affirme :

*Les mauvaises habitudes alimentaires caractérisées par une forte consommation d'hydrates de carbone (glucides), de matières grasses, de sel/sodium, de sucre et d'aliments sucrés y compris les boissons sucrées, la faible consommation de fruits et légumes et d'aliments riches en fibres, contribuent à la surcharge pondérale constatée au sein de la population. La ration est à la fois insuffisante et déséquilibrée. Les enfants et les femmes enceintes sont à la fois amaigris et gonflés d'œdème* (entretien avec un nutritionniste Mahamat, 46ans, homme, à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena).

Selon cette catégorie du professionnel soignant, il existe une différence entre une personne qui a une alimentation contrôlée et surveillée et une personne qui a une alimentation désordonnée. L'excès de la consommation des glucides, des protides, des lipides et des matières grasses et la non consommation des produits végétaux et légumineux favorisent la malnutrition. Conséquence du non contrôle de l'alimentation d'une population débouche à un amaigrissement et un gonflement de la personne atteinte par la malnutrition.

La malnutrition apparaît également pour certains informateurs comme un accès insuffisant aux aliments et aux nutriments ou à l'insécurité alimentaire et à l'insuffisance des services de santé et environnement mal sain. C'est pourquoi, des nombreux enquêtés pense que la malnutrition de la femme enceinte ou d'un enfant n'est que le résultat d'un insuffisant accès à l'alimentation et au service sanitaire. Pour preuve, la déclaration d'un pédiatre confirme un aspect : « *une production ou une acquisition des quantités insuffisantes d'aliments par les familles, pouvant leur fournir l'énergie et les nutriments dont elles ont besoin. L'inadaptation par des ménages du régime alimentaire aux étapes du développement conduit parfois à des graves erreurs diététiques* » (entretien avec un pédiatre Isaac, 57ans, homme, le 24/07/2023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena). Dans cette entrevue, les ménages ou les familles sont les causes de la malnutrition de certains membres du ménage. Pour cet informateur, les ménages qui produisent ou achètent les aliments qui ne contiennent pas les énergies nécessaires pour l'organisme participent à la promotion de la malnutrition au sein de leurs familles. Par la suite, il pense également que les ménages qui n'adaptent pas leurs régimes alimentaires au statut des personnes vulnérables concourent au développement des mauvaises pratiques alimentaires.

En ce qui concerne l'environnement mal sain et l'insuffisance d'accès au service de la santé, un autre personnel soignant déclare : « *les services de santé de faible qualité, trop chers, trop éloignés ou pas assez organisés pour satisfaire les besoins de la population en couverture vaccinale ; insuffisance des soins prénataux ; prise en charge inadéquate des enfants et des femmes enceintes favorisent la malnutrition* » (entretien avec un infirmier Oumar le 19/06/2023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena). Du fait que certains centres de santé ne sont pas accessibles à la population vulnérable, ce professionnel de santé trouve que les établissements sanitaires ont leur part de contribution dans le maintien de la malnutrition dans les communautés. Ainsi, de toutes les représentations que les individus se font de la malnutrition, ce personnel soignant pense qu'il faut que les centres de santé prennent leurs responsabilités en main. Par ailleurs peu de temps et de ressources pour s'occuper des besoins de soins de santé des femmes enceintes et des enfants. L'insuffisance des soins peut comprendre les situations suivantes : ne pas nourrir de façon adéquate les enfants et ne pas allaiter au sein de manière appropriée.

Au terme de ce chapitre, il ressort que la malnutrition est une maladie la plus répandue dans le monde et qui cesse chaque année d'affecter plusieurs personnes causant également plusieurs décès. Sa situation épidémiologique montre qu'elle est la plus fréquente en Afrique Subsaharienne. Le Tchad qui n'est pas en reste présente également une endémicité assez forte en ce sens où il enregistre plusieurs cas chaque année pour les femmes enceintes et des enfants à l'âge préscolaire. Face à ce fléau, des stratégies sont mises en œuvre depuis le haut jusqu'au bas niveau afin de lutter contre la malnutrition. Au-delà des stratégies, il s'observe que les connaissances de l'affection de cette maladie sont bidimensionnelles au niveau des professionnels de la santé et des imaginaires populaires. Par conséquent, les individus inscrivent l'étiologie de cette pathologie dans des registres multiples qui font référence non seulement au domaine biomédical mais aussi et surtout au domaine non-biomédical. Ainsi, au même titre que l'étiologie, les représentations de cette pathologie sont protéiformes.

**CHAPITRE IV : STRATEGIES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA  
MALNUTRITION DES ENFANTS ET DES FEMMES ENCEINTES A  
L'HOPITAL MERE ET ENFANT DE N'DJAMENAAU TCHAD**

Les raisons qui structurent les stratégies de la prise en charge des enfants malnutris et des femmes enceintes mal nourries dans la ville de N'Djamena sont complexes. Au regard des représentations socioculturelles et des croyances étiologiques exposées dans le chapitre précédent concernant la malnutrition, le présent chapitre retrace les différentes manières de prise en charge des enfants et des femmes enceintes malades afin de montrer l'influence de ces croyances sur les trajectoires thérapeutiques, donnant naissance à un pluralisme de soins. Ensuite, suivront les éléments constitutifs de leur vécu parmi lesquels la découverte de la maladie, les facteurs des choix thérapeutiques, les questions d'accessibilité aux soins et les différentes stratégies des parents dans la quête de guérison.

#### **IV.1. La recherche de soins par les familles en cas de la malnutrition**

Les discours des répondants ont pour ambition de retracer les différentes trajectoires thérapeutiques empruntées par les parents ou les proches des malades dans la ville de N'Djamena du début de la maladie des membres de la famille jusqu'à la prise en charge. Autrement dit, ceux-ci permettent de présenter les cheminements thérapeutiques suivis par les malades dans leur quête de la guérison. Tiéman (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. Dans la ville de N'Djamena compte tenu de la présence de multiculturalité des individus, des religions, des thérapeutiques et de la médecine occidentale, des savoirs populaires et communautaires, plusieurs trajectoires thérapeutiques sont envisageables lorsque la malnutrition des femmes enceintes ou des enfants survient dans la communauté.

La décision de l'itinéraire thérapeutique pour une malnutrition simple est prise habituellement par les femmes, si la malnutrition est grave, alors dans ce cas les autres membres de la famille et le père s'impliquent pour le choix de l'itinéraire thérapeutique. Le premier concerne l'orientation vers l'automédication représentée par les conseils de l'entourage, des réseaux communautaires, les produits traditionnels et les produits pharmaceutiques.

##### **IV.1.1. Les soins domestiques de la malnutrition en automédication**

L'automédication est une pratique non rationnelle destinée à se soigner par soi-même ou à prendre les médicaments accessibles (qui relèvent de la biomédecine ou de la tradition) en marge d'une situation de référence, c'est-à-dire sans ordonnance ou prescription médicale (Mouliom, 2015). Selon l'OMS (2015), elle consiste « *dans le fait qu'un individu fait recourt à un médicament, de sa propre initiative ou celle d'un proche, dans le but de soigner une affection ou*

*un symptôme qu'il a lui-même identifié, sans avoir recours à un professionnel de santé ».* Pour Monteillet (2005), l'automédication est « *l'usage sans prescription des remèdes de la pharmacie du panier* ». D'après Faizang (2012) c'est le fait « *...de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se procure à cet effet dans une officine ou auprès d'une autre personne* ». Cette pratique dite populaire ou commune de premier recours, qui se fait en l'absence du professionnel de la santé, intervient généralement au début de la maladie. C'est ici que les premières décisions ou initiatives sont prises pour la gestion de la maladie.

Plusieurs raisons amènent les individus à faire le choix d'un itinéraire thérapeutique. Tout d'abord, elles peuvent être d'ordre financier, l'accessibilité aux médicaments, l'ignorance de l'origine de la maladie ou les conseils de l'entourage. Ainsi, lorsque les parents d'enfants ou les proches des femmes enceintes inscrivent l'origine de la malnutrition dans le registre de la maladie « *bénigne, passagère, simple ou banale* », ils prennent une décision unilatérale pour l'automédication. Dans ce système de soins, plusieurs catégories des parents et des proches des enfants et femmes enceintes malnutris ont fait usage des médicaments biomédicaux et traditionnels pour faire face à la venue des signes et symptômes de cette maladie sans connaître réellement de quoi il s'agit. À ce sujet, une mère d'enfant raconte le début de la maladie de son enfant. Elle affirme : « *au début de sa maladie, je ne savais pas que c'est la malnutrition. Quand il a commencé à chauffer, je pensais que c'était la fièvre. Comme j'ai le reste de paracétamol dans la maison, je lui ai donné* » (entretien avec la mère de l'enfant Djemila, 40ans, femme, ménagère le 14/07/2023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant). Dans le propos de cette mère, il ressort qu'elle n'a pas la connaissance de la malnutrition. Elle se focalise sur le symptôme d'une autre maladie pour proposer ce qu'elle doit prendre pour son enfant. Ainsi, l'automédication de cette dernière est guidée par l'ignorance de l'étiologie de la malnutrition.

Certains discours issus de l'ethnographie des données montrent que les proches ou les parents face à l'apparition de la malnutrition que ce soit chez les enfants ou chez les femmes enceintes, ont fait recours aux plantes médicinales dans l'option de calmer, de faire baisser ou de soigner les maux dont se plaignent les patients. Devant une telle situation, les parents faisaient bouillir ou faisaient la décoction des feuilles et des écorces pour le soin. A ce propos, un participant déclare : « *quand ma femme se plaignait au début de son mal c'est-à-dire les fatigues, le manque de force pour exercer ses tâches ménagères, j'avais fait une décoction des plantes et je le lui ai donné* » (entretien avec Guibolo, 27ans, homme, le mari d'une femme malnutrie le 26/08/2023 au quartier walia à N'Djamena). Pour un autre répondant, il affirme : « *j'ai fait bouillir les feuilles d'un arbre sauvage que nos parents nous disaient que ça soigne tout type de*

*maladie. Comme personne ne savais de quoi souffrait l'enfant* » (entretien avec Lazard, 48ans, homme, tradithérapeute le 15/09/2023 à l'hôpital mère et enfant). De ce qui précède de ces témoignages de deux répondants, il ressort d'abord le recours à la connaissance endogène des plantes médicinales pour soigner une maladie même que si l'on ne connaît pas son origine. De la simple fatigue due aux travaux à un cas de la maladie non identifiée, le premier reflet de la communauté c'est d'entrer dans la forêt. Dans ces propos, l'usage de ces plantes médicinales n'est pas le même. Certains bouillent les feuilles de ces plantes et d'autres font la décoction tous dans l'option d'avoir un soulagement au membre de la famille souffrant.

A côté de ceux qui font le recours à l'automédication endogène, d'autres par contre usent de leurs connaissances dans le domaine de la pharmacie moderne. Ainsi, à ce niveau, ce n'est pas nécessairement se rendre dans une structure pour se procurer le médicament, mais l'on peut utiliser le reste des anciens médicaments qui n'ont rien à voir avec la maladie dont souffre le patient ou alors courir vers les vendeurs du quartier appelés communément « docta ». Lorsque l'on n'a rien dans sa pharmacie qui peut soulager l'enfant, on va en pharmacie pour se procurer des médicaments. On se rend à la pharmacie si on n'a pas de médicaments à la maison pour se procurer des produits pharmaceutiques sans avoir au préalable consulté un médecin comme le montrent les propos d'une mère « *moi, quand l'enfant commence à manifester un petit malaise, je cours dans ma boîte à pharmacie. S'il n'y a rien dans celle-ci, je vais à la pharmacie et j'achète ce que je peux acheter et je viens donner à l'enfant* » (entretien avec une mère Raïssa, 34ans, femme, ménagère le 09/06/2023 au quartier farcha). Il ressort au travers de ces discours que, les mères n'ont pas besoin de connaître ce que souffrent leurs enfants avant de chercher le moyen de soin. Dès qu'un enfant ou une personne se plaint d'un mal quelconque, elles font recours à leurs pharmacies « domestiques » ou se rendent en route pour en procurer et appliquer le soin aux patients.

#### **IV.1.2. Le choix des pratiques de la médecine moderne**

La médecine moderne se présente le plus souvent comme un soin de second recours après de l'automédication (Tchakounté, 2019). C'est une pratique scientifique généralement sollicitée lorsque la maladie persiste (Monteillet, 2005). Elle perçoit la maladie comme un désordre organique et se repose sur le postulat du diagnostic, du traitement et de la prise en charge de la maladie, spécifiquement à travers une prescription médicale, des examens cliniques, des analyses biologiques et d'autres formes de soins. Pour Sambaré (2011), « *c'est une médecine qui adopte une démarche rationnelle et cartésienne de la maladie* ». Laplantine (1986) dira que c'est « *des systèmes thérapeutiques dont le modèle épistémologique de référence est de nature physico-*

*chimique et qui sont largement dominant non seulement, cela va de soi, chez les praticiens officiels de la médecine, mais aussi dans la population médicalisée* ». Ainsi, cette manière de construire ou de concevoir cette pratique demande de prendre les décisions qui sont orientées vers le patient sur une explication scientifique ou rationnelle du mal. De ce fait, elle s'exerce par les professionnels de santé officiellement reconnus et formés dans ce domaine. Dans la ville de N'Djamena, l'on observe la présence de la médecine moderne à travers les infrastructures telles que les hôpitaux (général, centraux, mère et enfant et districts) et les formations sanitaires. Ce domaine prend en compte également les pharmacies publiques et privées, les centres de santé privés et confessionnels.

Ainsi, lorsque les parents et les proches des enfants et des femmes enceintes malnutris inscrivent la malnutrition dans la logique des maladies biomédicales ou des « blancs », ils s'orientent vers un hôpital ou un centre de santé le plus proche ou celui qui prend en charge les personnes mal nourries pour faire une consultation ou chercher l'origine de celle-ci. Et du moment où les résultats des examens démontrent la présence de la malnutrition dans l'organisme de la personne, celle-ci est préparée et soumise au traitement dans les centres réputés dans la prise en charge. En effet, la prise en soin de la malnutrition (enfants et femmes enceintes) est éphémère si les conditions de vie sont réunies et respectées. Ainsi, une enfant ou une femme enceinte atteinte de la malnutrition est conseillé de consommer les aliments riches en fer et en calcium, de consommer la bouillie du soja et consommer plus des légumes et fruits et les légumineux. A côté de ces conseils, les médicaments sont également prescrits aux patients. Cependant, les discours des parents les observations faites sur le terrain, ils recourent vers la médecine conventionnelle pour le soin de la malnutrition lorsque les doutes de certaines maladies sont levés et la détérioration de l'organisme observée chez les patients.

**Photo 2 :** Médicaments prescrits dans la prise en charge de la malnutrition



**Source :** Blackvounandi Dahaye, 2023.

Sur cette image ci-dessus, l'on observe une variété des médicaments prescrits par un professionnel de la santé au sein de l'hôpital mère et enfant dans le cadre de la prise en charge de son enfant malnutri interné au sein de cet hôpital. Selon la génitrice de l'enfant, ces médicaments doivent être pris matin, midi et soir sans sauter les jours et les heures.

#### **IV.1.3. Le choix de recours à la médecine traditionnelle**

Encore reconnue sous l'appellation de la médecine non conventionnelle, médecine endogène ou médecine culturelle, la médecine traditionnelle est d'après l'OMS (2013) : « *un ensemble de connaissances, compétences et pratiques basées sur les théories, croyances auxquelles différentes cultures ont recours pour entretenir la santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, soulager ou soigner des maladies physiques et mentales* ». Pour Fotso (2009), elle est « *une médecine ancienne, aussi vieille que l'humanité. C'est une science parfaite basée sur une autre logique, une rationalité autre que celle cartésienne* ».

Mbonji (2009), dira d'elle qu'elle est :

*Cette médecine traditionnelle africaine qui, soit par complexe d'infériorité parce que non rationnelle, soit par opportunisme ou désir d'attirer la clientèle, se croit obligée(sic) de s'adapter à la nouvelle donnée sociale en s'adonnant à une espèce de syncrétisme mélangeant des éléments hétéroclites ; elle s'emploie de manière approximative, artisanale ou encadrée, à s'aligner sur les recommandations des officiels et chercheurs pour apparaître de plus en plus comme "scientifique"*

Cette façon de soins, qui regroupe les praticiens non professionnels, ne se contente pas d'administrer aux malades quelques recettes de plantes médicinales, car elle évoque également des incantations qui accompagnent la cure du corps (Sambaré, 2011). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, elle tente de guérir à la fois le corps et l'âme de l'individu souffrant pour le remettre dans sa communauté. Dans la ville de N'Djamena au Tchad, ce système de soins regroupe ou regorge différentes catégories de spécialistes qui ont des connaissances et capables d'intervenir en cas d'un problème de santé en fonction de leurs compétences. Ainsi, l'on peut distinguer entre autres : les tradipraticiens ou les tradi-thérapeutiques. Ce sont les personnes qui ont capacité de pratiquer la médecine traditionnelle par héritage, par transmission, par initiation et par apprentissage. Ils utilisent les plantes capables de soulager et de guérir un certain nombre de maux connus (Ndong, 2008). Selon l'OMS (1976), le thérapeute traditionnel est :

*Une personne qui est reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit comme compétente pour dispenser des soins de santé, grâce à l'emploi des substances végétales, animales et minérales, et d'autres méthodes basées sur le fondement socioculturel et religieux aussi bien sur les connaissances, comportements et croyances liés au bien-être physique, mental ainsi qu'à l'étiologie des maladies et invalidités qui prévalent dans la collectivité.*

Ce dernier connaît généralement quelques recettes pour soigner les sorts et les maladies que l'on rencontre tous les jours : par exemple fracture, abcès, paludismes, etc. (Ndong, 2008). Les charlatans et les marabouts : ce sont des guérisseurs qui traitent toutes sortes de maladies par des méthodes extra médicales et qui possèdent des savoirs secrets. Ils se positionnent ainsi comme étant des docteurs et interprètes de la loi (par exemple le Coran chez les musulmans) (Thakounté, 2019). Dotés de puissances occultes, ils traitent les maladies surnaturelles et inguérissables en pratiquant des rites et des lavages. Ils utilisent des formules magiques contre toute forme de sortilèges et d'envoûtement. Et Les devins : ce sont des personnalités que l'on consulte en premier ressort pour déterminer la cause du mal ou de toute calamité (Sarriette et Paul, 2017). Ils peuvent, à cet effet, prédire les événements futurs et traiter de manière invisible les maladies qui ne relèvent pas de l'ordinaire, découvrant tout de même les choses les plus cachées au moyen de leur pouvoir magique.

De ce fait, lorsque les proches des femmes enceintes mal nourries et les parents des enfants malnutris considèrent que la malnutrition de leur proche est due à une action de la sorcellerie, du mystique, de la jalousie ou tout simple de la maladie qui ne relève pas de l'ordinaire, alors la recherche thérapeutique est guidée et orientée vers les spécialistes de la médecine traditionnelle. Ainsi donc, ils dirigent leurs regards vers le diagnostic endogène chez les thérapeutes traditionnels à la recherche de l'origine probable de la maladie. Alors lorsque leurs inquiétudes s'avèrent vrai, ils entament le traitement auprès de ces spécialistes de la médecine non conventionnelle. Le patient est de ce fait pris en charge et traité en confectionnant les médicaments traditionnels à base des feuilles, des écorces et des herbes comme le soulignent les propos ci-après :

*Quand quelqu'un contracte la malnutrition dans la communauté, il y a une plante et une herbe là, que je ne connais pas bien le nom en français. Tu prends les feuilles de cette plante et tu cueilles aussi l'herbe là, tu fais bouillir et tu donnes à la personne. Si la personne consomme ça pendant une semaine, vous partez à l'hôpital, il n'y a plus la trace de la malnutrition dans l'organisme de la personne (entretien avec une mère Carine, 55ans, femme, ménagère le 07/07/2023 au quartier milezi à N'Djamena).*

Ainsi, à travers les entretiens réalisés et les observations des données du terrain, la majeure partie de la population fait recours à ce système de soins en cas de la maladie en général et de la malnutrition en particulier. C'est ce qui démontre les propos ci-dessus. Selon cette mère, on soigne bel et bien la malnutrition au niveau communautaire à travers les plantes et les herbes médicinales connues traditionnellement. Elle démontre également dans ses discours que pour le faire, il est recommandé de consommer cette potion pendant une semaine.

A ce traitement réalisé par les plantes et les herbes, s'ajoutent souvent les invocations, les convocations des esprits, les fumigations et les peaufinages des corps s'il est fait par les thérapeutes pour chasser les esprits qui sont à l'origine de cette malnutrition qui fait l'action de l'être humain et logés dans l'organisme. Les concernés sont souvent soumis à ces rites et pratiques cultuels sous la recommandation du guérisseur. Des cauris et des talismans sont prescrits pour la protection de la personne malade pour être invisible à nouveau aux regards des personnes réputées être méchantes.

#### **IV.2. Les différents types de traitement de la malnutrition des enfants et des femmes enceintes dans la ville N'Djamena**

Le traitement en Afrique dans le cadre des médecines traditionnelles est axé à faire disparaître les symptômes et à rétablir les relations harmonieuses entre la personne malade et son univers (Ngombo, 2016). Dans cette même logique que s'inscrit le traitement de la malnutrition des enfants et des femmes enceintes chez la population de la ville de N'Djamena au Tchad. Car, il consiste à soigner le corps pour la disparition des signes visibles sur le corps de l'enfant et la réhabilitation de l'âme et l'esprit avec l'univers (Ngombo, 2016).

Il y a donc plusieurs types de soins dans la ville de N'Djamena en ce qui concerne la malnutrition des femmes enceintes et des enfants. Ces différents types de soins varient en fonction de connaissance, de niveau d'instructions, de cultures et de croyances des parents et des acteurs intervenant dans le champ de la santé. Une catégorie de personnes s'occupe de soins de santé dits populaires pour des cas de la malnutrition non connue dont la connaissance des plantes et des herbes qui est à la portée de tous. Dans cette catégorie, on retrouve les grand-mères, les tantes, les mères et les pères. Ces types de personnes essaient de traiter certaines maladies qui profitent de la présence de la malnutrition pour intégrer l'organisme du patient. Une autre catégorie de personnes s'occupe de soins de la malnutrition à un stade avancé ou compliqué. Cette catégorie est composée de personnes dites de la « médecine supérieure ». Ici, les acteurs de cette catégorie, leurs connaissances sont relevées secrètes ou partiellement pour les « non-initiés ». Et une autre catégorie considérée comme la dernière est celle réservée aux acteurs de la médecine moderne ou conventionnelle. Ici, les acteurs sont formés à l'école occidentale où toute décision prise relève du laboratoire.

##### **IV.2.1. Les traitements élaborés et administrés par les parents au sein de la famille**

Au vu des entretiens réalisés et des observations, les données ont relevé que de plus en plus au sein des familles, les gens ont tendance et utilisent le traitement selon leurs connaissances de la maladie et des remèdes. Dans le cadre familial, il n'y a pas toujours de méthodes précises

ou commues des parents pour soigner la malnutrition, si ce n'est pas le constat de la survenue de la maladie. Les plantes et les herbes utilisées dans le cadre de la prise en charge sont souvent cueillies dans les plantations ou achetées au marché étant donné que l'on se trouve en milieu urbain, la flore ne contient pas nécessairement toutes ses substances naturelles, car elle a subi la transformation due à l'action de l'homme. Il n'y a pas également de manière spécifique pour acheter ou pour collecter ces herbes et plantes.

Ces plantes et herbes sont utilisées en macération ou en décoction. Dans le cadre familial, c'est la gente féminine qui est impliquée dans la préparation de ce traitement médicamenteux parce que c'est elle qui est proche de l'enfant ou de la femme enceinte et que la survenue de toute maladie est toujours vue comme signe de négligence de la part celle-ci. En effet, la série des entrevues réalisées lors de la collecte démontre à suffisance cet argument. La prise en charge dans cet univers se fait à base des produits pharmaceutiques et de la flore. Dans ce cadre, on retrouve les grand-mères, les mères et les pères.

Dans la ville de N'Djamena, le traitement à base des produits pharmaceutiques utilisés par les parents provient de l'ancienne recette, de la prescription médicale ou de l'achat chez les vendeurs de la rue. A cet effet, plusieurs produits pharmaceutiques ont été cités par les parents qui utilisent en cas de crise dont l'origine n'est pas connue juste dans le but de calmer ou de soulager la personne souffrante. Faute de moyen ou de croyances, la population se rend difficilement dans les formations sanitaires lors de la survenue d'une crise méconnue. Les médicaments qui ont été les plus cités par les acteurs locaux sont le paracétamol, l'amoxicilline l'Effergal, le métronidazole.

Pour le traitement élaboré et administré par les parents, les plantes et les herbes ont été utilisées comme le démontrent les propos d'une mère en donnant le traitement du début de la maladie de son enfant. Elle relate :

*Quand il a commencé à chauffer, je croyais que c'était la fièvre. J'ai fait ce qu'on appelle couramment le bain de vapeur. J'ai cueilli les herbes dans la cour qui est le roi des herbes et le reste de la plante que ma mère m'avait apporté du village. J'ai chauffé les deux dans une marmite, j'ai fait le bain de vapeur sur lui. Comme je ne connaissais pas réellement de quoi il souffre et vu qu'il chauffe, je l'ai fait juste pour lui baisser la température (entretien avec une mère Célestine, 46ans, femme, commerçante le 30/09/2023 au quartier dembé à N'Djamena).*

Au regard de ces discours, en cas de la crise chez une personne dans une famille, les mères cherchent par tous les moyens et par tous les prix pour arriver au bout de la solution. Les propos ci-dessus démontrent à quel point les mères sont prêtes même si elles se trouvent dans un univers urbain. Elles marchent et gardent toujours la connaissance culturelle des plantes et herbes

médicinales pour faire le premier soin en cas de maladie. Cet entretien démontre comment cette mère fait usage de ces plantes et herbes pour la prise en charge.

En ce qui concerne la prise en charge de la malnutrition dans le cadre familial ou communautaire, que l'on soit de la religion musulmane, chrétienne ou traditionnelle, la population de la ville de N'Djamena connaît des recettes culinaires ou des éléments des recettes culinaires qu'elle n'a pas apprise forcément lors d'une séance de démonstration nutritionnelle au sein d'une structure sanitaire. Les membres de la communauté font recours aux feuilles ou des graines des plantes dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition chez l'enfant ou chez la femme enceinte. C'est le cas de la recette de la bouillie faite à base des feuilles de moringa selon les propos d'une mère lors de la discussion : « *Moi par exemple, lorsque qu'un enfant est atteint de la malnutrition je le prends en charge avec la bouillie faite à base des feuilles de moringa que moi-même je le transforme en farine et si l'enfant prend bien cela, en une ou deux semaines seulement il récupère sa forme normale* » (entretien avec Suzanne, 67ans, femme, fonctionnaire le 09/08/2023 au quartier Walia à N'Djamena). Ainsi, selon cette mère, la prise en charge de l'enfant malnutris se fait juste à base de la bouillie des feuilles de moringa qu'elle-même prépare et transforme en farine traditionnelle. Pour elle, l'enfant qui consomme cette bouillie pendant une à deux semaines régulièrement, sa malnutrition sera soignée.

Pour une autre mère, l'on peut préparer de la sauce des feuilles de moringa pour la prise en charge des personnes mal nourries. Elle donne les recettes culinaires comme suite :

*Il y a plusieurs recettes, tu prends les feuilles de moringa fraîches ou sèches, tu fais une sauce dans laquelle tu mélanges la pâte d'arachides et la sardine fumée écrasée ou les poissons fumés, c'est une recette, quand tout est cuit, tu sers la sauce avec le complément qui est disponible à la maison, tu peux aussi faire bouillir les pommes de terre, tu les écrases, tu sers avec la sauce. Tu peux prendre les feuilles de moringa, tu piles, tu fais bouillir avec de la viande ou du poisson, cela dépend de ce que tu as, tu mélanges avec les pommes de terre, toujours bien écrasé le tout, tu donnes à l'enfant ou à la femme enceinte mal nourri. Si la personne consomme pendant une semaine, sa malnutrition finie et elle reprend sa forme normale* (entretien avec une mère Mariam, 39ans, femme, ménagère, le 31/08/2023 au quartier paris-Congo à N'Djamena).

Ainsi, dans cette discussion, la mère démontre comment préparer ou confectionner la nourriture de la personne malnutrie à base des feuilles du moringa. Selon elle, l'on peut préparer la sauce des feuilles de moringa en mélangeant avec du poisson fumé ou de la viande tout ceci on peut manger avec le féculent qui est la pomme de terre. Comme instruction, manger pendant une semaine et la malnutrition sera soignée et la personne malnutrie reprendra sa forme normale perdue pendant la maladie.

Une autre mère propose également les recettes culinaires à base des feuilles du moringa comme suite :

*Oui, tu peux préparer pour une personne malnutrie la pomme de terre. Après l'avoir fait cuire, tu l'écrases et tu mélanges avec de la sauce des feuilles de moringa et de la viande. Tu obtiens la sauce en mélangeant des légumes comme la carotte ou le poivron, la tomate en fruit, tout cela, il faut bien l'écraser et tu le donnes à cette personne. Tu peux aussi le faire manger la mousseline, c'est bien pour les personnes atteintes de la malnutrition (Entretien avec une mère Remadji, 38ans, femme, ménagère, le 29/08/2023 à l'hôpital).*

Comme la précédente informatrice, celle-ci donne également les recettes culinaires à base de la sauce des feuilles de moringa pour la prise en charge de la personne malnutrie. Selon elle, pour faire manger cette composée par une personne atteinte de la malnutrition, il faut faire écraser la pomme de terre après avoir le fait cuire et mélanger celle-ci avec la sauce de moringa. Pour préparer cette sauce, elle propose l'ajout des légumes tels que la tomate, la carotte ou le poivron.

**Photo 3** : Feuilles fraîches et poudre de moringa utilisée dans la prise en charge de la malnutrition



**Source** : Blackvounandi Dahaye, 2023.

Sur ce tableau ci-dessus, l'on observe deux images. L'image A présente une bassine dans laquelle on voit les feuilles fraîches de moringa empaqueter. Sur la deuxième image qui est B, on observe le produit fini des feuilles sèches de moringa en poudre. Ces deux images toutes de la couleur verte, est le symbole de la forêt qui renvoie à la santé. Malgré les formes différentielles de ces images, le but final est la prise en charge d'une personne mal nourrie.

Pour d'autres informateurs également, ils pensent que les graines de cette plante est riche pour la prise en charge de cette maladie. Pour ce fait, les données ethnographiques démontrent la plus-value des graines de moringa dans la prise en charge de la malnutrition dans la communauté. Ainsi, lors d'un entretien, un père d'enfant atteint de la malnutrition parle de la vertu des graines de moringa comme suite :

*Les graines de moringa sont très efficaces pour les malnutris. Il suffit de faire bouillir cela et donner aux victimes de boire ou soit de faire bouillir et la personne se couvre avec le drap pour aspirer la vapeur d'eau. Ces graines sont utilisées pour la purification et la protection contre les sorciers qui lancent le sort (entretien avec un père d'enfant Augustin, 32ans, homme, businessman le 13/08/2023 au quartier Milezi à N'Djamena).*

Cet entretien présente le bienfait ou la vertu des graines de moringa dans la prise en charge de la malnutrition. Dans un premier temps, il est indiqué que le malade peut boire le jus de ces graines après avoir bouilli. Au second moment, l'on peut faire la couverture pour aspirer la vapeur issue de la préparation. Pour finir, l'enquête démontre que ces graines sont utilisées non seulement pour la prise en charge, mais pour contrecarrer également les actions maléfiques des sorciers qui sont aminés par leurs instincts de faire mal à autrui.

Pour certains informateurs, mis à part de la prise en charge de la malnutrition à base de la sauce de moringa, la prise en charge à base de la bouillie enrichie des céréales locales est également conseillée. En fait, pour cette catégorie d'informateurs, elle pense que la prise en charge de la personne malnutrie par la bouillie riche indéniable. Une femme lors de la discussion présente la prise en charge de la malnutrition à base de la bouillie enrichie de la façon suivante :

*Nous prenons les personnes malnutris en charge dans notre communauté par la préparation de la bouillie enrichie à base de tout ce que nous trouvons disponible comme la farine de mil rouges ou de manioc accompagné de carotte, pomme de terre, haricot, pâte d'arachide. Cette bouillie nourrit bien les victimes et leur donnent de la force (entretien avec Kaltoumi, 55ans, femme, infirmière, le 10/10/2023 au quartier Moursal à N'Djamena).*

Cette entrevue fait une présentation de la prise en charge de la malnutrition à l'aide la bouillie enrichie composée de plusieurs ingrédients. La farine du mil rouges, du manioc, de la carotte, de pomme terre, du haricot, de la pâte d'arachides sont les produits et les ingrédients utilisés lors de la préparation de cette bouillie. Le mélange de tous ces aliments constitue la conjugaison des énergies pour redonner la force perdue qui a occasionné l'avenue de la malnutrition. A en croire l'enquêteur, cette bouillie est riche pour la prise en charge de cette catégorie de la maladie.

**Photo 4 :** Photo de la farine de céréale et de la bouillie enrichie à base de céréale



**Source :** Blackvounandi Dahaye, 2023.

L'image ci-dessus présente la farine de céréale et une tasse de bouillie à base des produits céréaliers. Cette recette est le résultat de la stratégie développée et mise en œuvre par une mère dans le cadre de la prise en charge et le traitement de la malnutrition. Cette formule n'est pas une méthode enseignée par un spécialiste de la santé ou un nutritionniste, mais c'est l'exploitation de la culture endogène pour obtenir cette mixture. Selon les parents, cette nourriture est efficace au sens où elle résout le problème de la malnutrition chez les enfants comme chez la femme enceinte.

Une belle-mère d'une femme enceinte malnutrie propose également la prise en charge de cette maladie. En effet, comme la précédente, c'est une recette culinaire différente de celle ci-dessus présentée qui est démontrée par cette mère. Elle donne comme suite : « *pour la prise en charge de la malnutrition chez la femme enceinte, je prépare la bouillie du soja mélangée avec la pomme de terre, la patte d'arachide et les fruits sauvages* » (entretien avec une belle-mère Maidéné, 36ans, femme, maîtresse, le 03/07/2023 au quartier dembé à N'Djamena). Cette recette décrite par cette grand-mère est composée des produits issus de la culture de la communauté. Dans cette description, trois éléments de l'agriculture locale sont mentionnés et qui sont riches pour l'alimentation en général et pour la personne malnutrie en particulier.

**Photo 5** : Recette de la bouillie d'une belle-mère pour la prise en charge de la malnutrition



**Source du terrain** : Blackvounandi Dahaye, 2023.

Il s'agit sur cette image de la bouillie dans un bol. C'est une composée de la farine du soja, de la pomme de terre et de la patte d'arachide. Cette bouillie est riche en calcium pour toute personne malnutrie en général et pour la femme enceinte particulièrement. Cette bouillie est consommée trois fois par jour pendant une semaine dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition chez la femme enceinte. Dans cette bouillie, la belle-mère ajoute les fruits sauvages d'une plante comme ingrédient.

Une autre mère déclare de la discussion qu'elle fait de la bouillie de farine de moringa pour la prise en charge de la malnutrition. Elle dit ceci : *« j'utilise la farine de moringa pour préparer de la bouillie à mon enfant malnutri, car c'est une farine qui est riche en nutriment, en protéine et surtout en vitamine, ce qui fait une option de repas saine et nourrissante »* (Entretien avec Miriam, 24ans, femme, ménagère, le 27/08/2023 à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena). Ainsi, pour cette participante, le moringa est une plante riche. Vu sous cet angle, elle fait la bouillie à base de sa farine pour la prise en charge de l'enfant malnutri parce que cette farine contient de la protéine, de la vitamine et elle un aliment sain et nourrissant.

Certaines données issues de terrain de collecte témoignent également que la prise en charge en milieu familial urbain ou rural de la malnutrition chez les femmes enceintes et les enfants se fait à travers les oignons dits sauvages. En fait comme pour toutes les autres maladies, les parents pensent qu'il y a la main mise d'une personne de mauvaise foi ou une personne animée par un désir de la méchanceté dans la malnutrition des membres de la famille. Vu ainsi, certains parents font recours à cette plante sauvage pour la prise en charge en cas de la malnutrition dans la communauté ou dans la famille. Cet argument se justifie par les propos d'une répondante comme suite : *« L'oignon sauvage, permet de sauver l'enfant contre la malnutrition, et la préparation se fait par la grande mère, elle prépare ça dans une marmite traditionnelle et pour laver l'enfant*

*c'est toujours la grande mère qui doit le faire en amenant l'enfant hors de la maison* » (entretien avec Dourdam, 60ans, homme, pêcheur, le 27/07/2023 au quartier chagou à N'Djamena). Ainsi, pour cette informatrice, la population fait recours à cette plante pour le traitement de la malnutrition chez les enfants. Selon elle, ce n'est pas toute personne qui est habilitée à administrer ce genre de traitement. C'est l'apanage de la grand-mère qui commence le traitement pour bouillir l'oignon dans une poterie et pour laver l'enfant, elle part le faire derrière la concession.

**Photo 6 :** Image d'un oignon sauvage pour le traitement de la malnutrition



**Source :** Blackvounandi Dahaye, 2023.

Sur cette photographie, on observe la plante des oignons sauvages. Celle qui est déracinée et celle qui est plantée. Celle déracinée était ce que la grand-mère apprêtait pour aller bouillir pour administrer le traitement à un enfant atteint de la malnutrition. Les feuilles vertes de cette plante symbolisent la santé d'abord de l'environnement et ensuite de l'être humain. Si l'être humain consomme le traitement à base de celle-ci, sa santé est garantie.

#### **IV.2.2. La prise en charge de la malnutrition au sein de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena**

La prise en charge de la malnutrition chez les femmes enceintes et chez les enfants commence par un passage au niveau du service d'accueil. Arrivée à ce service, les personnels de santé sur place commence par une phase d'échange question-réponse pour l'enregistrement du patient. Les enfants reçus passent en premier lieu par la salle de triage où les paramètres anthropométriques qui sont vérifiés par les nutritionnistes. Puis consultés par un médecin

qualifié. Après cette consultation les enfants sont orientés vers les différentes phases d'hospitalisation en fonction de leur état clinique. Les soins médicaux appropriés sont fournis aux enfants hospitalisés ainsi qu'une prise en charge nutritionnelle selon les directives du protocole national. Des examens para cliniques sont effectués au besoin pour mieux orienter le diagnostic et adapter le traitement. Une équipe de médecin, infirmiers, chefs d'équipes et nutritionnistes est présente en permanence (7 jours sur 7 et 24 h sur 24) pour assurer des soins de qualité

Une fois dans le service de la prise en charge de la malnutrition, le malade est reçu dans le bureau du chef du service de la malnutrition et là, des nouveaux examens sont faits pour déterminer de quel type de la malnutrition dont souffre la personne. Après le diagnostic posé par le médecin, les médicaments pour la prise en charge sont prescrits au patient qui va aller acheter à la pharmacie. Sinon après la consultation chez le médecin, le patient peut aller au laboratoire pour faire les examens et après passer à la pharmacie pour les achats des médicaments.

Au sein de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena, la prise en charge de la malnutrition va de la prise du poids au traitement ou à la prise en charge. La prise en charge commence par la prise de l'indice de masse corporelle du patient avec les prescriptions qui peuvent être faites par un médecin ou ceux qui sont chargés de la prise en charge des personnes malnutries dans les unités de service qui sont mis en place pour les accompagnements des personnes malnutries. En effet, ce sont les services de PCIME et de service de nutrition.

L'infirmier de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena explique :

*Lorsqu'une personne (une femme enceinte ou un enfant) vient au service pour la cause de la malnutrition, on fait usage d'une table de poids/taille et un périmètre bronchial pour déterminer le type de la malnutrition et de la gravité. Après avoir déterminé cela, on prescrit les médicaments et les aliments aux parents ou aux proches de la personne malnutrie (entretien avec un infirmier Charfadine, 31 ans, femme, le 12/07/2023 à l'hôpital).*

Ainsi, pour ce professionnel de santé moderne, l'usage de la table poids/ taille et un périmètre bronchial qui permettra de déterminer le type de la maladie et l'état d'évolution. Lorsque la maladie est déterminée et confirmée, les prescriptions médicales sont faites pour le suivi du patient pour l'obtention de la guérison.

**Photo 7 :** Le périmètre bronchial, l'utilisation pour la prise de poids et le pesé bébé



**Source :** Blackvounandi Dahaye, 2023.

Cette photo présente le bras d'un enfant. Sur ce bras, on observe les doigts des personnes autour. Après les doigts, il y a l'image d'un périmètre bronchial tenu certainement par un personnel de santé. La présence de cet outil est de permettre d'examiner et d'évaluer la malnutrition chez cet enfant. Ici nous observons le périmètre brachial, 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 soit lorsqu'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 et qui permet de voir la quantité d'aliment qu'il faut donner à l'enfant.

**Photo 8 :** Le pèse-bébé et la toise pour la prise de taille



**Source :** Blackvounandi Dahaye, 2023.

Nous voyons ici sur l’image le pèse-bébé une toise qui permet de peser le bébé et prendre la taille de l’enfant. La prise de taille pour 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 un bon résultat.

**Tableau 3** : Tableau d’IMC

Autres pour garçons et filles													
Taille couchée cm	Poids Kg - Z-score						Taille couchée cm	Poids Kg - Z-score					
	Très sévère MAS	Sévère MAS	Moderée MAM	Sortie PECHA	Poids Médian	Très sévère MAS		Sévère MAS	Moderée MAM	Sortie PECHA	Poids Médian		
	-3	-2	-1	0	1	2		-3	-2	-1	0	1	2
45	1,73	1,88	2,04	2,13	2,23	2,34	66	5,5	5,9	6,4	6,7	6,9	7,3
45,5	1,79	1,94	2,11	2,21	2,31	2,42	66,5	5,6	6	6,5	6,8	7	7,4
46	1,85	2,01	2,18	2,28	2,38	2,49	67	5,7	6,1	6,6	6,9	7,1	7,5
46,5	1,91	2,07	2,24	2,34	2,44	2,55	67,5	5,8	6,2	6,7	7	7,2	7,6
47	1,97	2,14	2,31	2,41	2,51	2,62	68	5,9	6,3	6,8	7,1	7,3	7,7
47,5	2,04	2,21	2,38	2,48	2,58	2,69	68,5	6,0	6,4	6,9	7,2	7,5	7,9
48	2,10	2,28	2,45	2,55	2,65	2,76	69	6,0	6,5	7	7,3	7,6	8,0
48,5	2,17	2,35	2,52	2,62	2,72	2,83	69,5	6,1	6,6	7,1	7,4	7,7	8,1
49	2,23	2,42	2,59	2,69	2,79	2,90	70	6,2	6,6	7,2	7,5	7,8	8,2
49,5	2,31	2,50	2,67	2,77	2,87	2,98	70,5	6,3	6,7	7,3	7,6	7,9	8,3
50	2,38	2,58	2,75	2,85	2,95	3,06	71	6,3	6,8	7,4	7,7	8	8,4
50,5	2,46	2,66	2,83	2,93	3,03	3,14	71,5	6,4	6,9	7,5	7,8	8,1	8,5
51	2,54	2,75	2,92	3,02	3,12	3,23	72	6,5	7	7,6	7,9	8,2	8,6
51,5	2,62	2,83	3,00	3,1	3,2	3,31	72,5	6,6	7,1	7,7	8	8,3	8,7
52	2,70	2,93	3,1	3,2	3,3	3,41	73	6,6	7,2	7,7	8	8,4	8,8
52,5	2,78	3,02	3,2	3,3	3,4	3,5	73,5	6,7	7,2	7,8	8,1	8,5	8,9
53	2,86	3,12	3,3	3,4	3,5	3,6	74	6,8	7,3	7,9	8,2	8,6	9
53,5	2,94	3,22	3,4	3,5	3,6	3,7	74,5	6,9	7,4	8	8,3	8,7	9,1
54	3,02	3,33	3,5	3,6	3,7	3,8	75	6,9	7,5	8,1	8,4	8,8	9,2
54,5	3,1	3,45	3,65	3,75	3,85	3,95	75,5	7,0	7,6	8,2	8,5	8,9	9,3
55	3,18	3,52	3,72	3,82	3,92	4,02	76	7,1	7,7	8,3	8,6	9	9,4
55,5	3,26	3,62	3,82	3,92	4,02	4,12	76,5	7,2	7,8	8,4	8,7	9,1	9,5
56	3,34	3,7	3,9	4,0	4,1	4,2	77	7,2	7,8	8,4	8,7	9,1	9,5
56,5	3,42	3,78	3,98	4,08	4,18	4,28	77,5	7,3	7,9	8,5	8,8	9,2	9,6
57	3,5	3,86	4,06	4,16	4,26	4,36	78	7,4	8	8,6	8,9	9,3	9,7
57,5	3,58	3,94	4,14	4,24	4,34	4,44	78,5	7,4	8	8,7	9	9,4	9,8
58	3,66	4,02	4,22	4,32	4,42	4,52	79	7,5	8,1	8,7	9,1	9,5	9,9
58,5	3,74	4,1	4,3	4,4	4,5	4,6	79,5	7,6	8,2	8,8	9,2	9,6	10
59	3,82	4,18	4,38	4,48	4,58	4,68	80	7,6	8,2	8,9	9,2	9,6	10
59,5	3,9	4,26	4,46	4,56	4,66	4,76	80,5	7,7	8,3	9	9,3	9,7	10,1
60	3,98	4,34	4,54	4,64	4,74	4,84	81	7,8	8,4	9,1	9,4	9,8	10,2
60,5	4,06	4,42	4,62	4,72	4,82	4,92	81,5	7,8	8,5	9,1	9,5	9,9	10,3
61	4,14	4,5	4,7	4,8	4,9	5	82	7,9	8,5	9,2	9,6	10	10,4
61,5	4,22	4,58	4,78	4,88	4,98	5,08	82,5	8,0	8,6	9,3	9,7	10,1	10,5
62	4,3	4,66	4,86	4,96	5,06	5,16	83	8,1	8,7	9,4	9,8	10,2	10,6
62,5	4,38	4,74	4,94	5,04	5,14	5,24	83,5	8,2	8,8	9,5	9,9	10,3	10,7
63	4,46	4,82	5,02	5,12	5,22	5,32	84	8,3	8,9	9,6	10	10,4	10,8
63,5	4,54	4,9	5,1	5,2	5,3	5,4	84,5	8,4	9	9,7	10,1	10,5	10,9
64	4,62	4,98	5,18	5,28	5,38	5,48	85	8,5	9,1	9,8	10,2	10,6	11
64,5	4,7	5,06	5,26	5,36	5,46	5,56	85,5	8,6	9,2	9,9	10,3	10,7	11,1
65	4,78	5,14	5,34	5,44	5,54	5,64	86	8,7	9,3	10	10,4	10,8	11,2
65,5	4,86	5,22	5,42	5,52	5,62	5,72	86,5	8,8	9,4	10,1	10,5	10,9	11,3

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

**Source** : Blackvounandi Dahaye, 2023.

Sur ce tableau, les différentes bandes et couleurs sont explicatives et indicatives de l’avancée, du recul ou de l’état stable de la maladie chez une personne. Sur la bande (1), elle permet de rechercher le chiffre qui correspond au poids et de taille de la personne. Elle permet de savoir si l’état de santé de l’individu est normal ou pas. Sur la (2), indique que l’état de santé de l’individu est très avancé et sévère ce qui signifie que l’individu est en danger. La (3) indique l’état modéré de la malnutrition c’est-à-dire que l’individu a atteint la malnutrition aiguë sévère. La (4) indique que l’individu est atteint de la malnutrition aiguë modéré c’est-à-dire pas trop grave. La (5) démontre que l’état de santé de l’individu n’est pas inquiétant. Si par exemple l’individu était interné à l’hôpital, on pourrait le libérer pour rentrer chez lui car il a déjà recouvré la santé. La (6) tout comme la (5) signifie que l’individu n’est plus dans la zone rouge et qu’il peut rejoindre le chez lui tout en gardant à l’esprit qu’il peut continuer le traitement à la maison sans faire recours au professionnel de santé. Et la (7) par contre démontre que si l’individu est dans cette zone, ce qu’il est hors danger c’est-à-dire qu’il n’est pas malnutri.

Après la détermination de la malnutrition chez le patient, ce dernier est interné dans une salle d'hospitalisation pour le suivi et la prise en charge. La prise en charge consiste à surveiller l'évolution de l'état d'amélioration de la santé du patient, contrôler la prise des médicaments par le patient et bien d'autres. Lors de la discussion, une infirmière explique comment la prise en charge et le suivi du malade atteint de la malnutrition se passe. Elle explique : « *quand les enfants ou les femmes enceintes sont internés dans le cadre de la malnutrition, ils ont leur salle à part. On ne les mélange pas avec les autres malades. On fait la ronde trois fois par jour pour le suivi de leurs alimentations, de leurs états de santé et la prise de température* » (entretien avec une infirmière Zénab, 42ans, femme, le 21/07/2023 à l'hôpital). Selon les propos de cette professionnelle de santé, il s'observe que les personnes malnutries sont prises en charge sur place au sein de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena. Pendant leurs internassions, des séances de suivi sont organisées par le personnel de santé pour contrôler l'état d'avancement de la santé et de voir contrôler leurs alimentations.

**Photo 9** : Salle de suivi et de la prise en charge des personnes malnutries



**Source** : Blackvounandi Dahaye, 2023.

La photographie A présente une salle d'hospitalisation des personnes malnutries. Sur cette image, l'on observe des lits, des seaux à poubelles, de ventilateur, la lampe torche, la table. L'on observe également deux personnes qui s'entretiennent, une infirmière et une garde malade. L'infirmière est en train de prendre de notes certainement les données du patient. Sur la photographie B, on observe également la présence des personnes, des lits et du matériel de travail. On voit une mère qui a son enfant entre ses mains et une infirmière qui place la sonde nasogastrique qui va permettre à envoyer le lait avec la seringue et avec un outil de prise de température. Au vu de cette analyse, l'on est convaincu que ces personnels de santé sont en train de faire le suivi des personnes mal nourries.

A côté de la prise en charge médicalisée de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants dans la ville de N'Djamena, plus précisément au sein de l'hôpital mère et enfant de cette

ville, les données de terrain renseignent également la prise en charge alimentaire de cette maladie par le professionnel de la santé. En effet, les nutritionnistes, les infirmiers alimentaires et les médecins spécialisés dans le domaine de l'alimentation, proposent et prodiguent les conseils à la population pour la prise en charge avant la maladie pour prévenir, soit la prise en charge pendant la maladie pour éviter la gravité de celle-ci sur le patient. Ainsi, des séances de démonstration de la préparation de nourritures étaient organisées pour expliquer les mères et aux proches la façon de préparer une nourriture à une personne malnutrie ou à une personne pour prévenir la malnutrition. Généralement cette nourriture est faite à base des féculents, des poissons et des légumes ou légumineux. Ces propos se trouvent dans les dires d'une nutritionniste lorsque de son explication comme suite :

*Les enfants malnutris ou les femmes enceintes malnutries vont manger le poisson avec les légumes. Quand on achète du poisson, on prépare en mélangeant avec de légumes qu'ils consomment avec des féculents. Dans la première partie, ce sont les aliments énergétiques, tout ce que vous voyez là, les taros, le maïs, l'huile, le riz, l'arachide, le pain. Les aliments énergétiques, ce sont les aliments qui donnent la force au corps de la personne, à l'organisme de la personne pour que la personne soit forte. Il faut des choses qui donnent l'énergie. Cette partie-là qui suit la première, ce sont les aliments de protection, vous voyez, il y a les aubergines, il y a les légumes (Entretien avec Florence, 61ans, femme, commerçante, le 23/08/2023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant).*

Dans cet entretien, des séances des enseignements sur le choix alimentaire, les catégories alimentaires et la préparation sont démontrées et expliquées aux mères et aux proches. L'infirmière leurs apprend également à associer les aliments et les apports de ces derniers sur la santé et le bien-être des enfants et des femmes enceintes malnutris. Des repas sont parfois préparés et servis sur place aux patients de la malnutrition.

A la suite de cette infirmière nutritionniste, sa collègue du même service pense qu'il faut faire usage des fruits dans la prise en charge de la malnutrition des enfants et des femmes enceintes. En effet, elle pense que les fruits contiennent des éléments pour lutter contre les maladies qui sont des corps étrangers dans notre organisme. Elle affirme ceci :

*Il y a les fruits, ce sont des aliments qui renforcent les anticorps, les anticorps, ce sont les éléments qui sont dans notre organisme qui luttent contre les microbes qui reviennent du dehors, ce sont, en fait, des microbes qui sont dans notre corps qui luttent contre les microbes du dehors, ce sont les militaires qui sont dans notre corps qui luttent contre les maladies qui reviennent du dehors, parce que, si la maladie arrive et qu'elle trouve que nos anticorps sont forts, ils vont tuer la maladie, si la maladie arrive et que nos anticorps sont faibles, nous allons mourir, nous allons toujours être malades, donc ce sont les aliments qu'il faut pour renforcer et protéger l'enfant me suivez (Entretien avec une infirmier Rina, 47ans femme, le 31/09/2023 à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena).*

De ces propos de cette infirmière, il s'observe que les fruits sont des gardiens du corps de l'être humain. Pour elle, ils sont les défenseurs qui luttent contre les agresseurs de l'organisme. Elle prend la métaphore du militaire pour démontrer à quel point les anticorps sont des éléments défensifs de l'organisme. Une autre informatrice expliquait également la recette de la bouillie sucrée pour les enfants malnutris. Elle démontre les ingrédients et les étapes comme suite : « *tu prends 3 cuillerées à soupe de lait entier en poudre 2 cuillerées à soupe de farine 4 morceaux de sucre 1 cuillère à café d'huile. Tu mets la marmite au feu, tu fais chauffer de l'eau et tu mélanges tous ces éléments et tu laisses mijoter pendant 30 à 45 minutes. Après tu descends et tu sers à l'enfant* » (Entretien avec Françoise, 29ans, femme, ménagère, le 11/07/2023 à l'hôpital).

**Photo 10** : Recette de poisson aux légumes



**Source** : Blackvounandi Dahaye, 2023.

Cette photo ci-dessus présente une marmite en aluminium posée sur une gazinière. La photo (A) montre l'image avant la cuisson. Elle contient du poisson frais, de l'aubergine, de l'oseille, du gombo et du sel. Cette recette est appelée d'après l'infirmière en charge de la séance : poisson aux légumes. Le poisson a été nettoyé, mis dans la marmite avec du sel puis mis au feu, ensuite les aubergines et les légumineux. Les recettes cuisinées sont proposées par les infirmières elles-mêmes. Tout en respectant l'équilibre en apport nutritionnel et en fonction de leurs connaissances chacune propose une recette. Sur la deuxième image (B) qui est la phase post-cuisson, l'on observe le poisson sans arête et le reste du contenu ou voire le produit final obtenu de la première image, passé au mixeur. Pendant cette séance, on a un échange de question-réponse entre l'infirmière chargée de la séance et les mamans des enfants malnutris et même les femmes enceintes malnutries. Ces questions sont posées sur le choix des aliments, la conservation, le nettoyage et la préparation du repas.

Les aliments issus de la production industrielle sont conseillés également aux personnes malnutries de consommer lors de la démonstration alimentaire pendant les séances d'éducatives alimentaires par les nutritionnistes en charge des personnes malnutries au sein de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena. Parmi ces aliments, on retrouve les F-75, F-100 et les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE).

**Photo 11** : Les images de F-75 et F-100



**Source** : Blackvounandi Dahaye, 2023.

Cette photographie présente deux flacons et cinq boîtes d'un même produit avec de degré différent. Dans ces boîtes, il y a des laits destinés à nourrir les enfants malnutris en état avancé comme la kwashiorkor. Ce lait sert de l'aliment de complément. Le lait F-75 est donné aux enfants qui présentent souvent des infections, une insuffisance hépatique et intestinale, ou des déséquilibres électrolytiques (insuffisance des éléments comme le sodium, le potassium, calcium ou magnésium). En un mot il est donné aux personnes souffrantes de la malnutrition aiguë sévère car il permet de résoudre les désordres métaboliques causés par la malnutrition tels comme la diarrhée, le vomissement. Tandis que le lait thérapeutique F-100 est un lait qui est riche en fer et en vitamine. Il est spécialement conçu pour répondre aux besoins nutritionnels des enfants en croissance et des personnes atteintes d'anémie ou de carence en fer. Il contient des nutriments essentiels qui aident au développement et au renforcement du système immunitaire. Il permet aux enfants de prendre du poids et leur permet de retrouver la force pour manger les repas de la famille autre.

**Photo 12 :** APTE ou plumpy nut



**Source du terrain :** Blackvounandi Dahaye, 2023

L'ATPE-pâte est une pâte thérapeutique prête à l'emploi habituellement présentée sous forme de sachets ou dépôts. Il est composé de graisse végétale, beurre de cacahuète, lait en poudre écrémé, lactosérum, dextrine maltose, sucre et un complexe de vitamines et minéraux. Instructions d'utilisation : de l'eau potable doit être disponible lors de la consommation d'aliment thérapeutique prêt à l'emploi. Le produit ne doit être donné qu'à des patients capables d'exprimer la sensation de soif. Il est contre-indiqué pour les enfants présentant des allergies au lait de vache, aux protéines ou aux arachides et ceux faisant de l'asthme ou présentant d'autres allergies.

#### **IV.2.3. La prise en charge de la malnutrition par la médecine traditionnelle**

C'est à partir de 1978 que la conférence d'Alma-Ata place au centre de ses missions, la reconsidération de la médecine traditionnelle à l'échelle internationale. Sur le plan continental, l'organisation de l'Unité Africaine (OUA devenue Union Africaine) s'est approprié ce discours et a institué à Lusaka (Zambie, 2001) la période de 2000 à 2010 la « Décennie de la médecine traditionnelle africaine ». Depuis lors, le 31 août de chaque année est décrété « journée africaine de la médecine traditionnelle ». Elle est célébrée dans les pays africains membres de cette union. Comme le Tchad fait partie de cette organisation, il organise à cet effet, des réunions, des séminaires sur la question. Des expositions des produits traditionnels et des plantes médicinales y sont également portées à la connaissance du public. L'ambition de cette brève présentation permet de préciser les enjeux politiques actuels au Tchad concernant la médecine traditionnelle.

Le Tchad est l'un des pays d'Afrique centrale qui possède une diversité culturelle, linguistique et ethnique. Cette composition de la diversité culturelle regorge également plusieurs connaissances médicinales traditionnelles qui se chiffrent à des millions à travers l'étendue du

territoire national. La médecine traditionnelle ou la connaissance endogène voire même la médecine patrimoniale est une pratique courante dans le quotidien de la population tant dans les milieux urbains comme ceux ruraux, utilisée pour la prise en charge et le soin d'une grande variété des problèmes de santé. Cette médecine est donc reconnue sous deux aspects. Celui dit formel et l'autre informel.

Le côté formel est très souvent pratiqué et utilisé par les guérisseurs traditionnels qui ont suivi et reçu une formation professionnelle dans ce cadre. Ces spécialistes sont appelés des « thérapeutes ou des tradithérapeutes » ou également des « herboristes ». Ils utilisent les plantes, les herbes, les légumes, les légumineux, les écorces, les feuilles, les racines, les animaux, les reptiles, les incantations et les rites pour la prise en charge et le traitement des maladies bénignes ou complexes. Ils travaillent très souvent également avec les spécialistes de la médecine moderne dans le cadre de la collaboration en référant les malades vers la médecine conventionnelle ou en recevant les malades qui relèvent de leurs compétences. L'autre côté est informel. Dans ce domaine, on retrouve les personnages non formés et non-initiés. C'est un volet exercé par certains personnages qui par le fait d'être proche d'un spécialiste ont fini par apprendre et administrer quelques soins. Ils utilisent très souvent les connaissances apprises au sein de la cellule familiale à travers les recettes culinaires ou les plantes médicinales pour soigner certains cas de maladies considérées comme « banales ».

Au Tchad, cette médecine traditionnelle est reconnue et règlementée (loi, 2017). En 2010, le gouvernement tchadien a adopté une loi reconnaissante et réglementant la pratique de la médecine traditionnelle dans le pays. Cette loi reconnaît les guérisseurs traditionnels comme des professionnels de la santé à part entiers et établie des normes pour leur formation et leur pratique.

La loi tchadienne reconnaît également l'importance de la collaboration entre les praticiens de la médecine traditionnelle et les professionnels de la santé modernes. C'est pourquoi, La secrétaire générale adjointe du Ministère de la santé publique du Tchad a déclaré à l'occasion de 19<sup>ème</sup> journée africaine de la médecine traditionnelle que : « *au Tchad la médecine traditionnelle occupe une place importante dans la vie quotidienne* ». C'est dans ce sens que le Ministère de la santé publique et de la solidarité nationale a donné un thème à cette journée : « *la contribution potentielle de la médecine traditionnelle aux efforts de la riposte de la Covid-19* ». La loi encourage la formation de partenariats et de programmes de collaboration pour offrir des soins de santé complets aux patients.

Le tradipraticien débute son traitement par une consultation au cours de laquelle, il cherche à trouver l'origine de la maladie. La consultation dépend du tradipraticien, certains face à des malades posent d'abord des questions avant la consultation divinatoire pour voir si le tour

des médecines a été fait, et qu'il reste le dernier recours. D'autres par contre, en présence du malade commence directement par la consultation divinatoire. Après que le malade ou le membre ait déposé de l'argent ou une symbolique devant le tradipraticien. Le traitement peut se composer de plusieurs étapes telles que les incantations, les ingurgitations, les scarifications, le bain et la protection.

Les incantations, c'est un ensemble de paroles prononcé par le tradipraticien pour accompagner sa pratique thérapeutique (Ngombo, 2016). Selon Abayomi (1996), c'est une forme de jeux de mots écrits ou transmis oralement sous forme poétique, apparemment pour concentrer les forces dans un médicament.

Les ingurgitations se font généralement le matin ou le soir selon les indications du tradipraticien. Pour consommer ces remèdes, soit le patient le consomme dans de la bouillie, soit dans la nourriture ou parfois dans de l'eau. Les matériels utilisés à cette fin sont généralement les calebasses ou les louches traditionnelles faites à base de calabasse. En ce qui concerne les scarifications, il y a des endroits spécifiques sur lesquels le tradipraticien scarifie pour administrer le traitement. Ils le font généralement sur le cou, le bras et l'avant ou la poitrine.

Les bains se font partout, dans le cadre du traitement en milieu familial comme chez le tradipraticien avec la différence qui se trouve au niveau des lieux, des endroits où s'effectuent les bains. Dans le cadre familial, les bains se font généralement derrière la maison, dans la cour, sur les croisés des pistes dans les quartiers ou à la douche. Chez le tradipraticien, ils sont effectués à des endroits comme la rivière (rivière qui coule), prêt des chutes d'eau, en forêt sous un grand arbre, à des heures comme au coucher du soleil ou au lever du jour.

La protection est toujours la dernière étape des rituels administrés au malade et se construit de manière symbolique. Elle est l'assemblage des cheveux, des ongles, des miettes de peaux du malade et des plantes, des restes d'animaux, des écorces, des poudres d'arbres parfois des cendres et autres choses, le tout attaché dans un morceau de tissu généralement noir, rouge, mais parfois blanc. Le tout assemblé constitue le nouveau corps du malade qui va être caché dans un endroit par le tradipraticien pour ne plus être invisible aux sorciers.

Les cachettes sont souvent des endroits comme le fond d'une rivière, sous une pierre, dans un trou, le sommet d'un arbre ou le tronc d'un arbre, dans la termitière, la douche, les croisés du chemin ou la forêt et d'autres endroits qui ne sont pas révélés. Parfois le malade lui-même porte son garde-corps de protection sous forme des amulettes. Il peut attacher aux reins, aux bras, mettre dans son porte-monnaie ou dans la poche ou encore même souvent scarifier le corps du malade et introduit le composé dans l'organisme. Ceci signifie un blindage où quand un sorcier essaie d'atteindre mystiquement la personne blindée, il ne peut pas.

Un tradipraticien explique le traitement de cette maladie comme suite à base de la plante médicinale. Il dit ceci : « *pour que le traitement marche, tu prends ces feuilles de la plante. Tu mets au feu dans une grande marmite. Lorsque ça bout, tu retires du feu et tu fais refroidir et après tu laves l'enfant ou la femme enceinte se lave. Vous faites comme ça pendant une semaine, la malnutrition est soignée* » (entretien avec un tradipraticien Youssoupha, 56ans, homme, commerçant, le 27/08/2023 au quartier walia à N'Djamena). Ce spécialiste de la médecine traditionnelle démontre comment soigner la malnutrition par la plante médicinale. Le traitement commence par faire bouillir les feuilles et prendre du bain pendant une semaine. Il n'a pas dit de quelle plante il s'agit, mais indique juste les feuilles qui se trouvaient dans sa cour séchée au soleil.

A la suite de ce spécialiste de la médecine traditionnelle, son collègue propose sa part du traitement : « *tu prends la feuille-là, tu mets dans l'eau. Tu prends les écorces-là également tu écrases et tu mélanges avec le jus extrait de l'eau des feuilles-là, tu donnes à boire au malade. Tu cueilles les feuilles de moringa également, tu bous et tout cela tu mélanges pour donner au malade de boire* » (entretien avec un tradipraticien Djjobongué, 72ans, homme, le 11/06/2023 au quartier farcha à N'Djamena). Les propos ci montrent le traitement de la malnutrition avec l'usage de la composition des feuilles et des écorces des plantes médicinales. Ce traitement consiste à faire bouillir l'ensemble de la composée et de faire boire à la personne souffrant de la malnutrition.

Au terme de ce chapitre, il ressort que plusieurs stratégies sont mobilisées tant au niveau communautaire, familial, endogène qu'au niveau moderne dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes au sein de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena et dans la ville. Face à l'apparition de la malnutrition, les membres de la communauté n'ont qu'un chemin ou choix pour venir à bout du problème. Au niveau familial, les membres mettent leurs connaissances en marchent en usant des arts culinaires, de l'automédication à base des produits pharmaceutiques, des plantes et des herbes. Au niveau de la biomédecine, le recours se fait en fonction de la perception de la gravité de la maladie. Au sein de cette médecine, des conseils thérapeutiques, des éducations nutritionnelles et la consommation des médicaments sont donnés à la population pour soigner cette maladie. Le recours à la médecine traditionnelle quant-à-elle c'est lorsque les parents ou les membres de la personne malade soupçonnent la présence d'une mauvaise main dans le problème de santé de leur proche. A ce niveau, le spécialiste de la santé traditionnelle cherche l'origine de la maladie et applique le traitement. Ainsi, au même titre que les représentations que la communauté se fait de cette maladie, les stratégies également sont protéiformes.

**CHAPITRE V : REGARD ANALYTIQUE ET INTERPRETATION  
ANTHROPOLOGIQUE DE LA MALNUTRITION DES ENFANTS ET  
DES FEMMES ENCEINTES DANS LA VILLE DE N'DJAMENA AU  
TCHAD**

Après avoir procédé précédemment aux fondements des représentations socioculturelles de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants et les stratégies de la prise en charge mises sur pieds dans la ville de N'Djamena au sein de la communauté et à l'hôpital mère et enfant, il y a lieu dans ce présent chapitre, d'ébaucher une lecture anthropologique afférente. Elle consistera à la production des sens à partir des approches des représentations sociales, de l'ethno perspective et du fonctionnalisme.

### **V.1. De la culture des personnes malnutries dans la ville de N'Djamena**

D'une manière globale tout groupe est toujours doté d'un savoir, d'une culture qui lui permet de résoudre ses problèmes de tous les jours. Cette culture ou savoir est inscrit par les ancêtres, ou du moins, ceux qui nous ont précédé, ceux qui ont vu les jours avant notre apparition. C'est ainsi que nous pensons que même les personnes malnutries peuvent avoir une culture, ou un savoir qui les est propre. Ainsi, ne dit-on pas que la culture selon Abouna (2014) : *« est l'ensemble des solutions élaborées par les communautés humaines pour résoudre les problèmes auxquels ils font face à un moment donné de son histoire »*. Cette définition phare du fonctionnaliste de la culture laisse entrevoir que tout groupe humain a un rôle décisif sinon indispensable à jouer au sein d'une société, peu importe sa posture d'acquisition culturelle. Car, la culture est un outil conducteur de la vie en société. C'est ainsi que les personnes malnutries étant à l'hôpital comme à la maison, se forgent des méthodes, des stratégies, des techniques d'ordre culturel bien sûr ou médical pour ne s'est reste que pour subvenir à leurs besoins primaires et secondaires. Pour étayer tout cela, prenons en effet, le droit comme élément culturel dans cette sphère de stratégie du respect entre les membres dudit groupe. C'est dans ce postulat qu'on reconnaît les valeurs culturelles d'un groupe et leurs visions du monde sont récurrents chez ces derniers partout où ils vivent pour mieux retrouver leur état de santé, ils font recours aux plantes médicinales pour maintenir leur santé, dans cette socioculturelle. C'est par rapport à cette manière de percevoir les choses que certains parents des enfants malnutris et certains proches des femmes enceintes malnutries utilisent les feuilles des arbres, les écorces, les graines pour avoir la force, et bien d'autres systèmes de types culturels.

La fonction de tous les comportements ou éléments culturels est de soutenir ou guérir les personnes qui souffrent, et d'être en bonne santé. C'est dans le même ordre d'idée que nous allons paraphraser Lucchini (1993) qui selon lui pense que les patients une fois à la maison peu importe la sphère socioculturelle à laquelle ils appartiennent, ils deviennent et développent un ensemble de stratégie pouvant assurer leur santé et assurer leur bien-être. Cette culture développée par ces derniers, entre autres représente pour certains, une sous culture en réponse à

leur sujet dans la société. Pour d'autres, cette sous culture est une organisation qui règle ses principes, ses codes et son langage que ses membres doivent respecter (Maricul, 1995, Lubin, 2007, Pierre, 2007). Cependant, la classe dominante et ses organes de communications (média, éducation et code juridique), la culture développée à l'intérieur de ce groupe est perçue comme des valeurs et idées qui sont favorables pour l'organisation socioculturelle, et en fin associée à leurs différentes pratiques, en ce sens, le comportement que développent ces derniers devient un « problème culturel ». La culture de chaque enfant et femme enceinte à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena serait un ensemble des activités, des croyances et des pratiques communes des patients, acquises et maintenues dans leurs socio-cultures. La descente sur le terrain nous a fait connaître le sens comportemental des personnes victime de la malnutrition précisément à l'hôpital mère et enfant, ainsi que certains dégagements des patients. C'est une réalité dans cet angle que chaque comportement que dégageait était en fonction de sa culture.

### **V.2. De la culture dans la malnutrition**

La culture peut jouer un rôle important dans la malnutrition, car les habitudes alimentaires et les croyances peuvent influencer les choix de consommation d'un aliment. Les croyances culturelles peuvent affecter la perception de la nourriture et de l'alimentation, ce qui peut influencer les choix alimentaires et les comportements alimentaires. De ce fait, il est donc important de travailler avec les communautés pour comprendre leurs habitudes alimentaires et leurs traditions, afin de trouver des moyens de promouvoir une alimentation saine et équilibrée qui respecte leur culture et leurs traditions. Les facteurs économiques et sociaux qui sont souvent liés à la culture peuvent également jouer un rôle dans la malnutrition, en limitant l'accès à des aliments nutritifs et en favorisant la consommation d'aliments transformés ou peu nutritif. Ainsi, les programmes de nutrition doivent être adoptés aux besoins et à préférences alimentaires locales pour être efficaces.

### **V.3. Les représentations sociales de la malnutrition**

Les représentations sociales sont les moyens par lesquels les êtres sociaux se représentent les objets de leur monde. Outils de pensée, c'est aussi une plaque tournante : entre l'individu et le groupe, entre le matériel et l'idéal. C'est pourquoi le concept est situé au carrefour de nombreuses disciplines : la psychologie sociale, où il fut défini par (Moscovici, 1961), mais aussi la psychologie et la sociologie, d'où provenaient ses prénotions (représentation collective chez Durkheim, 1912, complexe chez Freud, 1900), et maintenant les sciences cognitives, pour ne citer que celles-ci. Le concept renvoie au rôle sociétal de la connaissance (sujet abordé par l'anthropologie et la sociologie sous le terme de culture). Il faudrait embrasser toutes ces

disciplines pour rendre compte complètement des différents aspects de la représentation sociale. 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 et aux problèmes de santé.

#### **V.4. Les croyances culturelles**

L'homme est un élément de la culture et 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 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 et les proches. Quand une personne souffre de la malnutrition, les parents ou les proches ont un certain nombre des discours pour expliquer cette maladie. Beaucoup d'entre eux pensent qu'une malnutrition ne peut pas être forcément naturelle, mais plutôt surnaturelle voire même mystique. C'est ce qui laisse dire à un parent comme suite : « *certains parents focalisent l'idée d'une maladie toujours aux pratiques mystiques ou de sorcellerie sans une consultation sanitaire* » (Entretien avec Ganota, 28ans, homme, cultivateur, le 22/08/2023 au quartier paris Congo).

La malnutrition n'est pas perçue de la même manière par la population de la ville de N'Djamena surtout au sein de l'hôpital mère-enfant. C'est ainsi que, les perceptions qui s'y attachent sont fonction d'un certain nombre de variable lié à l'étiologie de la maladie. Elles dépendent aussi en premier lieu de la perception de celle-ci : « *les codes de comportement face à la maladie seront directement déterminés par la connaissance et la classification des symptômes* » (Barbier, 1991).

#### **V.5. L'automédication en cas de prise en charge de la malnutrition infantile et des femmes enceintes**

La capacité d'un peuple de produire le sens et l'explication des gestes qu'il pose au quotidien et circonstanciellement constitue le sens culturel émic. Mbonji Edjenguèlè (2005) de lui comme étant « *la reconnaissance de l'existence du sens à l'intérieur de toute culture et l'exigence du recours à ce sens intrinsèque, inhérent, endogène dans l'entreprise ethno-anthropologie* ». Il est donc nécessaire pour un chercheur d'avoir le sens et l'explication

socioculturelle d'un acte donné par une communauté pour éviter toute forme de jugements à porter sur le geste posé qui pourrait concourir à l'ethnocentrisme.

La pratique de l'automédication en cas de la malnutrition des enfants et des femmes enceintes au sein de l'hôpital mère et enfant de la ville de N'Djamena au Tchad revêt donc une explication complexe. L'automédication est une pratique non conventionnelle destinée à prendre des médicaments ou des alicaments sans prescriptions médicales. L'OMS (2015) la conçoit comme un fait qui consiste : « *dans le fait qu'un individu recourt à un médicament, de sa propre initiative ou celle d'un proche, dans le but de soigner une affection ou un symptôme qu'il a lui-même est identifié, sans avoir recours à un professionnel de santé* ». Dans la ville de N'Djamena, le contexte de l'automédication en cas de la malnutrition porte une explication symbolique particulière : soigner, prendre en charge ou soulager la personne souffrante de ce mal. Selon les données de terrain, le fait de pratiquer l'automédication (avec les produits pharmaceutiques ou traditionnels) concourt à soulager le malade avant de chercher le moyen de prise en charge. Les parents ou les proches des patients pratiquent quotidiennement ce geste en cas d'une crise connue ou méconnue dans le but de maintenir l'individu en vie.

#### **V.6. Les alicaments**

Il est bien vrai que plusieurs raisons amènent les individus lambda à recourir à des aliments thérapeutiques en cas de maladie, mais en ce qui concerne la malnutrition, il est nécessaire de signaler ou de préciser l'effet des aliments utilisés dans le cadre de la prise en charge. Elles sont d'une part et d'autres parts celles qui renforcent et fortifient l'organisme de la personne malade. Les aliments utilisés dans le cadre la prise en charge des personnes malnutries dans la ville de N'Djamena sont ceux qui contiennent du fer, du calcium et des acides foliques. Les individus accourent aux différentes recettes thérapeutiques traditionnelles auxquelles ils ont confiance et sont disponibles dans leur environnement socioculturel dans le but de la prise en charge efficace de la malnutrition. Dans la conception populaire des individus de la ville de N'Djamena en général et des personnes souffrant de la malnutrition en particulier, l'individu ne souffre pas d'une seule maladie, d'un seul problème de santé, c'est pourquoi les stratégies développées pour la prise en charge multiples.

Dans l'univers culturel africain en général et celui de la population de N'Djamena en particulier, la maladie ou la malnutrition est vue comme une « forme de l'événement » (Augé, 1985) c'est-à-dire elle surpasse la sphère individuelle pour atteindre la société afin de chercher la prise en charge. Dans la ville de N'Djamena plus précisément à l'hôpital mère et enfant, l'homme recourt à recettes culinaires telles que la sauce et la bouillie de moringa pour la prise

en charge pour ses vertus thérapeutiques et le lait dans un cas particulier. On peut dire que les individus ne sont intelligibles que rabattus dans un être-le-monde de cosmicité, de réflexivité ou d'adéquation signifiante et pragmatique (Mbonji, 2009). Ainsi, un informateur parle du lait dans la prise en charge de la malnutrition comme suite : « *nous avons aussi le lait nutritionnel thérapeutique qui aide vraiment en corrigeant les complications, donne la forme à l'enfant et le renforcer* » (entretien avec Ahmat, 29ans, homme, commerçant, le 15/07/2023 à l'hôpital). De ce qui précède cet entretien, il ressort que pour la prise en charge de la malnutrition au milieu communautaire ou hospitalier, les parents et les proches des personnes malnutries font recours au lait. Cet aliment qui est complet règle le problème de complications sanitaires et redonne la forme au patient.

### **V.7. La médecine traditionnelle**

Le concept de médecine « traditionnelle » dans son assertion générale n'est pas partagé par tous. Certains auteurs pensent qu'il est chargé d'idéologie et reflète l'ordre ancien, c'est-à-dire la colonisation, où les pratiques autochtones n'étaient pas acceptées ou étaient combattues. Même l'OMS, l'instance de légitimation mondiale des questions de santé au sein de l'Organisation des Nations Unies (ONU), est tombée dans le piège de l'utilisation de ce concept tant décrié aujourd'hui (Makita, 2015). Selon l'OMS (2002), la médecine traditionnelle :

*Englobe des diverses pratiques, démarches, connaissances et croyances en matière de santé, dont les médicaments à base des plantes, animaux, et/ou minéraux, les thérapies spirituelles, les techniques manuelles et exercices, appliqués individuellement ou combinés, pour maintenir le bien-être, et traiter, diagnostiquer ou prévenir la maladie.*

Pour l'instance mondiale de la santé, la médecine dite traditionnelle, non conventionnelle, ethnomédecine ou tradimédecine est un ensemble des savoirs endogènes des croyances à base des éléments naturels qu'il soit utilisé individuellement ou culturellement a pour but de prévenir, de maintenir une vie humaine active en menant certains diagnostics socioculturels.

La conception du mal ou de la maladie varie selon les « cadres socio-culturels » des acteurs socioculturels. Autrement dit, la représentation qu'on a de la malnutrition n'est pas la même dans toutes les cultures. Celle-ci résulte d'un processus de socialisation qui impose aux individus une manière d'interpréter et de soigner la maladie (Nsangou, 2018). Les tradipraticiens disent difficilement échouer le traitement en ethnomédecine du fait de la maîtrise des différents ingrédients thérapeutiques et le rôle que ces derniers jouent dans le cadre du traitement. La médecine traditionnelle possède des personnes appelées « guérisseurs traditionnels » qui sont toujours à l'écoute de la communauté. À cette raison de leurs connaissances dans le domaine de

la santé pour les causes visibles et invisibles ou alors magico-religieuses, la population fait recours à eux pour leur problème de maladie. Ces derniers occupent une place de choix dans les cultures africaines en général.

Selon Séné (2013), les termes tradipraticien, marabout, féticheur ou guérisseur désignent tous une seule catégorie d'individu : celle des « bons sorciers » qui est différent des « mauvais sorciers » ou encore « mangeurs d'âmes ». Ces « bons sorciers » c'est-à-dire guérisseurs traditionnels que le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique les a définis en 1976 comme :

*Une personne qui est reconnue par la communauté dans laquelle elle vit comme compétente pour donner des soins de santé reposant sur l'utilisation de substances végétales, animales et minérales ainsi que diverses autres méthodes basées sur le contexte social, culturel, religieux aussi bien que les connaissances, les attitudes et les croyances qui sont prévalentes dans cette même communauté et concernent le bien-être physique, mental et social, ainsi que les causes des maladies et des infirmités.*

Selon la définition des tradipraticiens donnée par le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique reprise par Séné dans son travail de Bachelor à Genève, ces derniers sont présentés comme des individus vivant dans un territoire, connus par les habitants de ce territoire et que ces habitants ont confiance envers eux. Ils ont des compétences dans le domaine de la santé en faisant recours aux éléments de la nature pour la prise en soin physique, mental et social, l'identification des étiologies des maladies et la prévention de ces dernières.

### **V.8. La médecine moderne**

La médecine moderne fait référence aux pratiques médicales contemporaines qui utilisent des technologies avancées, des médicaments et des procédures chirurgicales pour diagnostiquer, traiter et prévenir les maladies. Elle est souvent basée sur des preuves scientifiques et est pratiquée par des professionnels de la santé formés et accrédités. La médecine moderne est devenue la norme dans de nombreux pays occidentaux, mais elle est souvent inaccessible ou inabordable pour de nombreuses personnes dans le monde en développement.

### **V.9. La relation entre l'ethnomédecine et la biomédecine**

La médecine savante soit porteuse d'identité, celle-ci est confrontée aux médecines traditionnelles. Voulant chacune aider le patient à guérir de sa maladie, cette relation d'opposition oriente les patients à se réfugier dans le système de santé dans lequel on ne portera pas préjudice à leur identité, à leur culture et à leur croyance. Dans un contexte sanitaire actuel, cette opposition peut dégrader la situation plus qu'elle ne l'est, les malades préfèrent se référer à l'ethnomédecine en ignorant alors les soins et traitements modernes. Les tradipraticiens n'ont pas accès au sein de

cette structure sanitaire même si les patients les sollicitent. Même si de nos jours, le regard des médecins de la biomédecine n'avait point changé. Nous remarquons que la biomédecine cultive une indifférence à l'égard des autres thérapies médicinales, et fait de la médecine traditionnelle, une médecine de pénurie reléguée au passé. Le corps soignant suit toujours des formations dans les pays étrangers ou ils ont reçu dans les pays étrangers par les médecins étrangers et ils ont une représentation du corps et de la maladie qui se distingue à celle du patient. Un écart se pose alors entre les patients et leurs atteintes et les médecins de la biomédecine, leurs discours et leurs pratiques. L'ethnomédecine ne s'est donc pas été approuvée par le personnel de la santé public notamment dans les services hospitaliers. A cela, une relation conflictuelle avec les médecines traditionnelles dans la ville de N'Djamena, car les infirmiers ont vu arriver dans cette structure sanitaire des patients dont l'état avait comparé après qu'ils aient consulté des tradipraticiens et des pratiques de guérison comme les mains magiques qui semblent être pour eux purement charlatanisme plutôt que de la médecine.

Les infirmiers et les médecins s'opposent donc à cette médecine qui permet simplement aux plus démunis et aux populations d'avoir quelques traitements à base des plantes qui peuvent soulager le patient dans certaines conditions. Dans une autre vision, pour les médecins traditionnels, la biomédecine ne semble pas être aussi vivement critiquée. Leur performance et leur connaissance sont approuvées même, si l'indifférence cultivée des personnels de santé de médecine moderne vis-à-vis des patients semble remis en cause, comme nous laisse entendre un médecin : « *la condition est la conception de la personne qui émane de la façon dont ces diverses médecines donnent aussi des explications différentes aux maux que souffre le patient ,toutes les autres façon de concevoir la maladie accordent une place à la personne* » (Entretien avec Odette, 45ans, femme, commerçante, le 20/09/2023 à l'hôpital mère et enfant).

En suivant, la biomédecine tend à réduire la personne à son corps, même si sa pratique quotidienne ne s'y limite pas. Un constat que le patient accepte mal, et qui le rend sensible aux voix qui ancrent son mal au cosmos et au surnaturel, aux voix qui lui disent que sa personne n'est pas un objet corporel qui se détraque et qu'on répare. Les tradipraticiens accordent eux aussi de leur côté, un sens à la relation à l'écoute des discours des patients sur la maladie.

Un informateur nous laisse son propos : « *selon moi la médecine moderne et la médecine traditionnelle sont toutes bonne, elles parviennent toujours au même résultat de guérison. Mais il y'a une chose nous avons par exemple le cas de la malnutrition chronique ou sévère ses cas doivent être admis immédiatement à l'hôpital pour la bonne prise en charge* » (Entretien avec Mahamat, 44ans, homme, forgeron, le 08/09/2023 à l'hôpital mère et enfant).

### **V.10. Les causes surnaturelles 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. Par rapport au 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, la malnutrition bien qu'étant considérée comme une maladie naturelle provoquée par la mauvaise alimentation et pauvreté. 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.11. La valeur des médicaments consommés par les malnutris**

Le mot médicament est généralement employé au pluriel parce qu'il est la composition de deux ou plusieurs éléments. Il ne renvoie pas forcément à une composition ou une préparation thérapeutique pouvant soigner une maladie, c'est aussi, quelque chose qui peut conduire à la mort (Ngombo, 2016). En effet, lorsque l'on parle d'une malnutrition qui survient à la suite d'une sorcellerie ou d'un mystique, la préparation utilisée est appelée médicaments.

Un médicament se définit comme étant une composition qui possède des propriétés curatives ou préventives pour lutter contre une maladie. Par rapport aux données de terrains et des analyses, il ressort qu'à N'Djamena en cas de malnutrition des enfants ou des femmes enceintes, on fait recours à deux types de médicaments. Le médicament reconnu comme conventionnel « pharmaceutique » et le médicament traditionnel qui est non conventionnel. Le médicament pharmaceutique, c'est une substance médicamenteuse obtenue à l'aide des produits de synthèse passé au laboratoire biopharmacie. On peut avoir des médicaments essentiels et génériques.

Le médicament traditionnel est une mixture obtenue du mélange de la faune, la flore, de l'aquatique et des éléments d'origine animale. Dans la ville de N'Djamena, que l'on se trouve dans les périphériques ou au centre urbain, trois moments thérapeutiques ressortent des

entrevues. Le premier moment regroupe les soins qui se font à la maison avec des produits pharmaceutiques, traditionnels et des recettes culinaires que l'on connaît. C'est comme un réflexe chez la population qui commence toujours elle-même à chercher et à trouver la guérison avant d'aller ailleurs. Le deuxième moment c'est celui du traitement effectué chez le tradipraticien lorsque l'on soupçonne une main mise d'un esprit maléfique ou d'un sorcier et lorsque le doute est levé, le troisième moment arrive. Le troisième moment se réfère à l'hôpital mère et enfant pour la prise en charge médicalisée. De ces trois situations, nous pouvons dire que la valeur du médicament est également perceptible sur trois niveaux. Le premier niveau que nous appellerons, « médicament de base » concerne les médicaments qui sont utilisés pour soulager et traiter la malnutrition par les médicaments pharmaceutiques, les médicaments populaires et les recettes culinaires. Ici, le choix du médicament ne se fait pas en fonction de l'origine de la malnutrition, c'est souvent par ignorance ou par réseau communautaire. Le traitement est fait avec ce que l'on a ou ce que l'on peut facilement et rapidement avoir.

La valeur thérapeutique des médicaments peut aussi être fonction de la constitution organique ou biologique. Dans la catégorie des malnutritions qui sont guérissables par les trois types de médecine, le traitement de certaines malnutritions est plus efficace lorsqu'il est fait avec des recettes thérapeutiques à l'aide des plantes qu'avec des produits pharmaceutiques.

Le cas du traitement de la malnutrition des enfants et des femmes enceintes d'un informateur est un exemple d'une telle situation :

*C'est une maladie qui se soigne chez les blancs et chez les noirs, chez les blancs, il y a des comprimés, ce dont je connais, c'est qu'il y a des sirops, mais souvent chez tous les enfants, cela ne tient pas, ce qui a marché avec mes enfants, ce sont plutôt les médicaments faits traditionnellement, ces médicaments m'ont été conseillés par mon père, donc cela ne vient pas de chez les autres. Ces mêmes médicaments, j'ai conseillé à une voisine malade de la malnutrition et ça a marché (entretien avec riam malnutri, 65ans, femme, ménagère, le 15/07/2023 au quartier gardolé à N'Djamena).*

Comme, le montrent les propos de cette informatrice ci-dessus, il y a des enfants pour qui le traitement fait dans une structure sanitaire peut guérir ou ne pas guérir l'enfant. Il y a également le traitement que plusieurs personnes ont dit faire les soins à base de plantes même si le traitement de cette malnutrition en biomédecine aboutit aussi à une guérison. Ici, les médicaments de la médecine populaire et la biomédecine ont la même valeur en termes d'objectif ou de but. L'objectif étant ici d'arriver à la guérison, mais sur la durée et l'efficacité du traitement les médicaments des deux médecines n'ont pas souvent la même valeur selon les données ethnographiques.

Dans la communauté, une maman explique :

*Les médicaments de l'hôpital guérissent aussi, mais lentement alors que les plantes soulagent vite le malade de la malnutrition et en quelques jours, il est sur pied. Si le malade commence la maladie et que tu as identifié que c'est la malnutrition, tu prends les feuilles de moringa, tu prépares la nourriture, dès que tu lui donnes-en quelques jours, il va se retrouver en bon état. Tu peux également cueillir les herbes et les feuilles des plantes sauvages pour soigner le malade (entretien avec Rosaline, 43ans, femme, ménagère le 11/9/2023 à walia à N'Djamena).*

Dans le deuxième niveau de valeur du médicament, nous dirons que selon les informateurs les médicaments à base de plantes sont plus rapides que ceux de la biomédecine. Ce qui fait la différence, c'est, la confiance que les gens placent dans les médicaments à base de plantes. Cette confiance est fondée sur l'efficacité et la rapidité à obtenir les résultats.

Tous les médicaments ont le même objectif qui est celui de soulager le patient et arriver à la guérison. Concernant la composition des médicaments, on peut dire comme certains tradipraticiens qu'ils n'ont pas la même valeur. Que l'on soit face à un médicament traditionnel ou un produit pharmaceutique. En effet, pour les tradipraticiens, la plante dans son état naturel, c'est-à-dire en forêt, est complète, car en plus d'avoir les principes actifs nécessaires au traitement, elle a aussi une âme qui vivifie le corps du malade en le réconciliant avec l'environnement.

Un tradipraticien dans la communauté dit :

*La plante est un être vivant, c'est pourquoi avant de l'utiliser, on lui parle, car elle nous oriente dans le traitement. Elle nous dit si nous sommes ou pas sur la bonne voie. Donc quand tu vas en brousse, avant de collecter les feuilles ou l'écorce d'un arbre, tu lui parles. Tu expliques la situation pour laquelle, tu veux l'utiliser et tu lui demandes si elle est d'accord et si le malade va guérir. Après avoir parlé, tu tapes trois ou quatre coups sur l'arbre, en forme de triangle ou de carré, cela dépend de chacun. Si l'écorce tombe à l'endroit, cela veut dire que l'arbre accepte et que le traitement va marcher et le malade va guérir, si par contre, l'écorce tombe à l'envers, c'est que l'arbre refuse d'être prélevé et il faut revoir la consultation parce que là, on n'est pas sur la bonne voie (entretien avec Djarsia ,58ans, homme, enseignant, le 07/08/2023 à walia à N'Djamena).*

Les produits pharmaceutiques sont dépourvus de cette capacité. Les produits pharmaceutiques sont considérés comme des produits finis. Face à la malnutrition, complexe, le médicament pharmaceutique aura deux valeurs : Valeur neutre, c'est-à-dire sans effet, parce que son absorption n'aura aucun effet sur la santé du patient. Valeur négative, c'est-à-dire que la mise en contact du produit pharmaceutique avec la malnutrition aggrave la condition du malade. En effet, lorsque le patient qui souffre d'une malnutrition dont l'origine est la sorcellerie se rend dans une structure sanitaire, à la suite du traitement administré, ce dernier peut voir sa situation empirée rapidement.

Cette situation peut rentrer dans l'ordre après le traitement de la maladie en médecine traditionnelle. Un tradipraticien en décrivant une telle situation dite : « *dans ce cas-là quand la personne tombe malade, il faut aller chez le tradipraticien, parce que les médicaments de l'hôpital n'ont aucun effet sur la maladie ou aggravent souvent la maladie* » (entretien avec Aristide, 28ans, homme, enseignant, le 20/06/2023 à walia). Pour ce spécialiste traditionnel, lorsque l'origine de la malnutrition n'est pas clairement identifiée, il faut d'abord faire recours aux médecins « traditionnels » pour déterminer l'étiologie avant toute décision thérapeutique.

## **V.12. Les pratiques préventives de la malnutrition à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena**

Il existe plusieurs types de pratiques préventives depuis la tendre enfance ou le bas âge jusqu'à l'âge l'adulte dans plusieurs domaines pour plusieurs raisons. Ces pratiques s'appliquent également dans le cadre de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants dans la ville de N'Djamena au sein de l'hôpital mère et enfant. Mais, ces pratiques ne sont pas celles du port de talisman, des colliers ou des scarifications. Elles sont celles conseillées soit au sein de la communauté ou au sein des centres de santé.

### **V.12.1. L'allaitement maternel exclusif et alimentation de complément**

L'allaitement maternel exclusif des enfants est utilisé et conseillé aux mères à titre préventif de la malnutrition aux mères qui fréquentent régulièrement les spécialistes de la médecine moderne pendant la période de grossesse. Selon l'OMS (2021), environ 2,7 millions (45%) d'enfants décèdent de sous nutrition chaque année. Pour pallier à ce problème, améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est primordial. Cet allaitement dit optimal pourrait sauver environ 820 000 enfants de moins de 5 ans chaque année. Pour cela, il faut allaiter l'enfant dans l'heure qui suit sa naissance, allaiter exclusivement au sein pendant 6 mois, puis introduire progressivement des aliments solides sains, et satisfaisants. Pour ce fait, au sein de l'hôpital mère et enfant, des politiques sont mises en place pour suivre les mères dans l'allaitement exclusif des nourrissons dans le cadre de la prévention de la malnutrition à la longue. Tout d'abord selon les données issues de la collecte, le timing des messages liés aux pratiques d'allaitement est un déterminant clé de la capacité d'allaitement qui est respecté par les mères. La plupart des femmes interrogées savent que l'allaitement exclusif devait se poursuivre pendant 6 mois après la naissance, quelques-unes d'entre elles ont mentionné que les bébés pouvaient avoir de l'eau, d'autres types de lait et des aliments pendant cette période. De même, les membres de la famille ont mentionné offrir au bébé du lait de vache et d'autres liquides ou aliments peu de temps après la naissance du bébé, ce qui est une pratique culturellement informée mais qui interfère avec

l'allaitement exclusif. Toutes ces pratiques selon les résultats de la collecte concourent à la prévention de la malnutrition des enfants.

De plus, certaines femmes enquêtées estiment que d'autres formes du lait sont acceptables comme alternatives au lait maternel si la mère a des difficultés à allaiter. Le niveau de connaissances sur l'initiation précoce à l'allaitement maternel varie en fonction de niveau d'éducation de la mère. Les multipares rencontrées lors de la collecte de données déclarent avoir reçu des informations sur le début précoce de l'allaitement au centre, révélant que l'accouchement à l'institution est un moment privilégié à recevoir les informations sur l'allaitement. Ainsi, une meilleure organisation de la protection, de la promotion et du soutien de l'allaitement dans les formations sanitaires, particulièrement pendant les premiers jours de vie (UNICEF, OMS, 2018) est importante.

### **V.12.2. La participation à la consultation prénatale (CPN)**

Le suivi de grossesse est essentiel pour fournir le bien-être et la santé de la mère et de l'enfant. La consultation prénatale est le moment par excellent pour contrôler et surveiller l'évolution de la grossesse et la santé de la mère. Bien que les femmes aient un certain niveau de sensibilisation et de connaissances sur les examens prénatals, la plupart des femmes enceintes déclarent connaître l'importance des visites médicales précoces et fréquentes pendant la grossesse et sont plutôt plus susceptibles de se rendre à une visite prénatale. Les femmes enceintes interrogées au sein de l'hôpital mère et enfant étaient au courant des services de soins prénatals proposés et/ou reçus lors de leurs visites précédentes, notamment des analyses de sang et d'urine, des échographies et des suppléments, ainsi que des informations sur l'alimentation et l'hygiène.

### **V.12.3. L'observation de l'abstinence sexuelle pendant l'allaitement**

L'abstinence sexuelle peut être définie comme le fait pour une personne de se préserver des rapports sexuels pendant une période donnée (Daïpa, 2021). L'abstinence de la pratique du rapport sexuel pendant l'allaitement révèle être très importante pour les familles pour prévenir la malnutrition des enfants dans la ville de N'Djamena. La prévention de la malnutrition dans plusieurs cultures passe par l'interdiction sexuelle lorsque la mère allaite l'enfant. Cette interdiction selon les données de terrain démontre que le spermatozoïde est un élément qui gêne le lait maternel raison pour laquelle, pendant cette période le couple doit d'abstenir de la relation sexuelle. Selon les données recueillies sur le terrain, la pratique sexuelle apparaît comme la voie par laquelle les enfants contractent la malnutrition lorsqu'ils dépendent du lait maternel pour leurs croissances et développements. Selon l'imaginaire socioculturel des interviewés, la femme qui allaite son enfant et pratique l'acte sexuel, expose ce dernier à tout type de maladie et en

particulier la malnutrition. Pour ce fait, le couple doit éviter ou arrêter le rapport sexuel durant cette période pour protéger leur bébé et pour son bien-être. Dans cet imaginaire, c'est la mère de l'enfant qui est beaucoup ciblée par cette interdiction. Surtout si elle tente de commettre l'adultère durant cette phase de vie son enfant, elle est traitée et jugée de tous les mots. Conscient de ce danger pour l'enfant, le couple est appelé souvent même à faire la séparation du lit voire de la chambre pendant un bout de temps question d'assurer la sécurité sanitaire du nourrisson jusqu'au point où la mère sèvre l'enfant ou lorsque le couple espère que l'enfant serait hors du danger, à ce moment il peut reprendre sa vieille habitude sexuelle. Les données factuelles démontrent que certains enfants qui ont été admis à l'hôpital mère et enfant pour la prise en charge dans le cadre de cette maladie, se trouvent ceux dont leurs parents n'avaient pas respecté ces paramètres socioculturels de l'abstinence sexuelle durant cette période. Une interviewée s'exprime comme suite sur ce sujet :

*Parmi les enfants dont vous voyez interner ici, il y a ceux-là que leurs parents n'avaient pas obéi aux normes socioculturelles concernant la pratique sexuelle durant l'allaitement maternel. C'est mon cas que je vous relate comme ça. Je n'ai pas respecté les règles et me voici ici avec l'enfant. Or, avec ses grands frères, je n'avais pas eu ce souci (entretien avec une mère malnutri Amina, 26ans, femme, étudiante, le 19/08/2023 à l'hôpital mère et enfant).*

De cette conception des faits socioculturels, plusieurs couples par ignorance, par négligence, par désir ou par oubli infligent le mal ou la souffrance à leur progéniture. Ainsi, pour lever ce fait, les parents du jeune couple ou les parents en général doivent observer une parfaite abstinence pendant la période l'allaitement maternel pour sauver la vie des enfants.

#### **V.12.4. L'Arrêt de la conception pendant l'allaitement**

La maladie de manque ou l'insuffisance alimentaire ou alors la malnutrition peut être un indice de la transgression des règles socioculturelles établies dans une communauté qui se respecte de générations en générations. Elle est un appel à l'ordre, un message qui signale que quelque chose d'anormal s'est passée dans la dynamique du groupe familial ou social, qu'une rupture s'est produite (Hountondi, 1994). Dans les imaginaires communautaires ou socioculturels de tous les peuples, il existe des conceptions, des croyances, des construits et considérations selon lesquels lorsqu'une femme allaite un bébé et que si elle conçoit sans sevrer celui-ci, l'expose à tout type de maladies surtout à celles nutritionnelles. La nouvelle grossesse acquise a un effet direct sur l'enfant qui allaite le lait. Cette grossesse n'a pas seulement l'effet sur l'enfant, mais sur le lait c'est-à-dire que la qualité du lait ne sera plus bonne pour le bébé et ceci amènera ce dernier de laisser de téter d'une manière involontaire. Etant donné le lait est un aliment incontournable dans la nutrition du bébé, ce manque affecte psychologiquement, moralement

physiquement l'enfant. Tout compte fait laisse à croire que le fœtus serait mécontent ou jaloux de son frère aîné qui tète et il « gâte » le goût du lait à celui-ci. Cet acte posé par le fœtus c'est dans le but de provoquer l'arrêt de la production du lait et d'empêcher son frère de continuer de s'alimenter avec ce lait.

### **V.13. Les feuilles de moringa**

Originnaire de l'Inde, le moringa est un petit arbre tropical de croissance rapide, appartenant à la famille des *Moringacées*. Le feuillage élégant est peu dense, composé de longues feuilles découpées en folioles ovales, portées sur la partie terminale des fines branches retombantes. Plante miracle ou arbre de vie, le moringa est un petit arbre répandu dans la plupart des régions tropicales et subtropicales, qui s'est fait une réputation de super aliment. Il est davantage connu pour ses multiples vertus médicinales et pour la valeur nutritive de ses feuilles très riche en vitamines et protéines, que pour son attrait esthétique. Racines, fleurs et jeunes fruits sont également consommés comme légumes thérapeutiques.

Cette plante se trouve dans près que tous les ménages dans la ville de N'Djamena pour la consommation alimentaire de ses feuilles par les personnes bien portantes ou par les patients malnutris. Celle-ci présente de nombreuses vertus thérapeutiques dans le cadre du bien-être de la population dans le domaine alimentaire. En effet, les feuilles de moringa est un alicament important par excellent dans le cadre de la prise en charge des personnes malnutries. Selon les données de terrain, les feuilles de moringa renforcent les systèmes immunitaires de l'être humain en général et ceux des personnes atteintes de la malnutrition en particulier pour une bonne croissance. Les couleurs vertes des feuilles de cette plante selon les informateurs symbolisent la forêt, l'espoir et la santé humaine, végétale, animale voire même environnementale. Ainsi, faire consommer les feuilles (soit fraîches ou sèches) de cette plante à une personne malnutrie signifierait redonner la santé de la personne perdue lors de la maladie. Vu les vertus alimentaire et thérapeutique de cette plante, la population fait recours toujours en cas de la malnutrition ou pour besoin alimentaire. Face à la récurrence de cette maladie dans la communauté, les parents, les proches des malnutris et les personnes malnutries utilisent les feuilles de moringa dans leur alimentation quotidienne pour réparer les failles causées par la maladie comme remèdes très efficace. Cette pratique n'est pas seulement la décision communautaire, mais elle est également recommandée par les professionnels de santé moderne et les thérapeutes traditionnels dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition.

#### **V.14. Les stratégies développées par les familles pour la prise en charge de la malnutrition**

Les stratégies développées et adoptées par les familles des personnes malnutries qui sont d'ordres socioculturelles, qui désignent les normes, les valeurs traditionnelles et culturelles et des règles qui déterminent et façonnent les attitudes, les comportements, les savoirs faire et les savoirs être des individus dans la société. C'est ainsi que Cantrelle (1996), soulignait que chaque société possède un ou des systèmes nosologiques ou étiologiques qui lui permettront de gérer les stratégies thérapeutiques selon l'origine de la maladie et les acteurs rencontrés sur la place. En Afrique, l'on retrouve une complexité entre les maladies naturelles et celles provoquées par la sorcellerie, les génies et les ancêtres. La considération 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 (Akoto, 1993). Il existe un grand nombre de croyances et coutumes qui exacerbent les carences nutritionnelles des enfants liées à une insécurité alimentaire chronique et/ou saisonnière (Beker et *al.*, 1996). De ce fait, la population de la ville de N'Djamena n'échappe à cette tradition. Autrement dit, face à la malnutrition des femmes enceintes et des enfants, la communauté fait recours aux recettes culinaires, des médicaments pharmaceutiques et des plantes et les herbes médicinales.

#### **V.15. La consommation des aliments**

La faible consommation des aliments tels que les produits laitiers, des féculents, des fruits et des légumes par la population de la femme enceinte et des enfants pourrait être un élément explicatif de la malnutrition au sein de la communauté. Comme disait Hippocrate, 377 avant Jésus Christ, « que ton aliment soit ta seule médecine ». Ce dicton ou ce proverbe du père de la médecine fait comprendre que les comportements alimentaires ou nutritionnels, la façon dont on consomme, on mange ou cuisine, ont une influence sur la santé de la communauté. Relativement à la femme enceinte et aux enfants, s'ils suivent les consignes données par le professionnel de santé et le nutritionnel, tout ira mieux pour eux dans le cadre de la prévention de la malnutrition.

Les données de terrain démontrent que les femmes enceintes et les enfants consomment peu des fruits moins que les recommandations données qui sont d'au moins cinq fois par jour. Ce manque de consommation normale des fruits peut dégénérer à des carences des vitamines qui à la longue cause la malnutrition de la personne. Néanmoins, le peu de consommation des fruits, la consommation des légumes a été révélée énorme, mais à lui seul, le problème ne se résout pas. Ainsi, Les fibres végétales des fruits et de la plupart des légumes ont l'avantage d'être sous forme de pectines et d'hémicelluloses non agressives (Frénot & Vierling, 2001).

Selon les normes établies de consommation des féculents par le programme national nutrition santé (PNNS) chez les femmes enceintes est de les inclure dans chaque repas. A cet effet, les femmes enceintes qui consomment à chaque repas les féculents, ont la chance d'éviter ou de prévenir la malnutrition pour elles-mêmes ou pour leurs enfants. Mais le constat et les observations de terrain rapportent que les femmes enceintes n'ont pas assez de connaissance de consommation des féculents pour lutter contre la malnutrition. L'on peut tenter de dire les consignes de PNNS ne sont pas respectées par la population d'où la récurrence de la malnutrition dans la communauté. Ainsi, pour justifier ce fait, un nutritionniste de l'hôpital mère et enfant témoigne. Il dit ceci : « *les mamans d'ici n'ont pas de culture de consommation des féculents surtout celles enceintes. Or, la consommation des féculents pendant la grossesse est très avantageuse pour elles et pour leurs enfants à naître* » (entretien avec Hawa, 33ans, femme, fonctionnaire, le 06/09/2023 à l'hôpital mère et enfant).

Ainsi, Selon une étude récente, l'adhésion à un régime régional, y compris une large représentation des fruits et des légumes grains entiers, féculents, poisson, lait et eau potable pendant la grossesse peut améliorer la croissance du fœtus en général (Hillessund et *al.*, 2014).

#### **V.16. Le niveau économique du ménage et la malnutrition**

Selon les observations faites et les discussions eues sur le terrain par les intervenants, le niveau économique des femmes enceintes interrogées semble être faible. Pour la plupart d'entre elles, le faible niveau économique du ménage est à l'origine de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants, car ils ne mangent pas des aliments pouvant renforcer leurs capacités à lutter contre la malnutrition. Bien de nombreuses recherches aient mis en exergue les facteurs économiques et la malnutrition des femmes enceintes et des enfants dans l'Afrique subsaharienne, mais cet aspect est devenu récurrent dans le pays.

Il a été également suggéré que la pauvreté peut affecter l'état de santé de la mère au moment de la conception par une diminution des réserves physiologiques, ou que les femmes avec un problème de santé sont plus enclines à se concentrer dans les classes sociales inférieures (Longo et *al.*, 1999 ; Raum et *al.*, 2001 et Krieger et *al.*, 2003). Les autres causes pourraient être des variations dans la qualité et la quantité des soins médicaux, l'alimentation, les conditions de logement, les mauvaises conditions sociales, le chômage, l'augmentation de l'exposition à des agents toxiques (Kercher, 2008). Ainsi donc, les femmes enceintes et les enfants rencontrés au cours de cette recherche à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena seraient ceux de couches sociales vulnérables qui ne pouvaient pas subvenir à leurs besoins alimentaires et respecter les normes alimentaires pour leur santé.

### **V.17. Les thérapies endogènes naturelles de la malnutrition**

La prise en charge de la malnutrition dans la ville de N'Djamena en général et au sein de l'hôpital mère et enfant en particulier par la thérapie endogène naturelle présente le traitement à base de la composition des produits naturels. Ici, lorsqu'on parle des produits naturels, cela signifie que c'est l'usage des éléments de la nature qui n'ont pas subi une transformation au laboratoire pharmaceutique. Le naturel dans la médecine endogène renvoie à la notion de phytothérapie qui signifie soigner les malades par les plantes. Cette méthode est la plus connue et la populaire de tous en cas de la malnutrition. Elle est une approche thérapeutique la plus utilisée par les parents en automédication. Elle présente un bienfait énorme pour le cas de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants. Elle a un effet secondaire amoindri et son intervention dans le corps du patient est sans force. Elle est considérée généralement comme une médecine de « douceur » et une forme de nutrition. Une mère rencontrée au sein de l'hôpital mère et enfant témoigne le fait que la prise en charge endogène naturel par la phytothérapie est une bonne chose. Elle affirme en ces termes : *« pour moi, soigner une personne malnutrie par les plantes, c'est comme l'ajouter de l'énergie végétale. Tu sais, tous ce que nous consommons comme légumes ou fruits sont des produits de la plante. Donc je ne vois pas un effet indésirable des plantes »* (entretien avec une mère d'une victime Assiam, 40ans, femme, commerçante, le 02/09/2023 à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena). Ainsi, au vu du témoignage de cette répondante, il ressort que le traitement endogène par les plantes médicinales a plus de bénéfices que des méfaits sur l'organisme de l'individu.

Par la suite également, la prise en charge endogène par les plantes procure de l'énergie au corps du malade en lui favorisant une auto-guérison. Ici, l'on peut s'appuyer toujours sur l'usage des feuilles de moringa de la prise en charge de la malnutrition comme un aliment riche en nutriment essentiellement dans le cadre de la prévention ou du curatif de cette maladie. Il est également conseillé d'ajouter à chaque l'alimentation du produit issu de moringa pour lutter contre la malnutrition. Plusieurs travaux ont démontré le bienfait du traitement de la malnutrition à base des plantes médicinales.

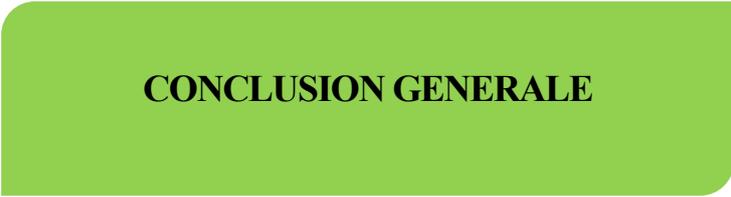
### **V.18. La notion d'interculturalité dans la prise en charge de la malnutrition**

La notion d'interculturalité ou d'interculturel est définie comme un mode particulier d'interaction et d'interrelation qui se produisent lorsque des cultures différentes entrent en contact, ainsi que l'ensemble des changements et des transformations qui en résultent. En effet, l'interculturel est d'abord une relation entre deux individus qui ont intériorisé dans leur subjectivité une culture, unique à chaque fois, en fonction de leur âge, sexe, statut social et

trajectoire personnelle. Ainsi, dit-on, on ne rencontre pas une culture, mais des individus et des groupes qui mettent en scène une culture. Dans cette rencontre, chaque culture apporte un élément nouveau à l'autre dans le cadre de s'améliorer ou d'ajouter une connaissance. L'interculturalité s'observe dans tous les domaines de la vie et s'applique à tous les peuples. La raison de l'existence de l'interculturalité est de partager les savoirs entre les cultures.

En matière de la santé et plus précisément dans le cadre de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants dans la ville de N'Djamena, la notion de l'interculturalité s'observe en termes de partage de connaissance, de prise en charge en automédication, des systèmes thérapeutiques et même religieux entre les individus interviewés sur le terrain. Dans le cadre du système thérapeutique lié à la malnutrition, l'interculturalité est présente. Au sein de ce système de soins, les échanges des mets et des recettes culinaires thérapeutiques entre les victimes et les proches des victimes, le conseil du choix de la trajectoire thérapeutique, le conseil d'usage de plantes médicinales et l'observance thérapeutique sont donnés. La lutte contre la malnutrition en usage des thérapies endogènes trouve une place aux côtés de l'interculturalisme dans la ville de N'Djamena. Cet échange des savoirs en interculturalité n'est qu'avantageux et bénéfique pour la population en général et celle qui souffre de la malnutrition en particulier.

Au sortir de ce chapitre qui met en exergue les influences de la culture sur l'état nutritionnel des femmes enceintes et des enfants dans la ville de N'Djamena au sein de l'hôpital mère et enfant conduisant à la malnutrition, il s'observe que les constructions culturelles ont pris le devant de la chose. Aux côtés de ces constructions culturelles, les phénomènes sociaux tels que la pauvreté, la non-participation effective des femmes enceintes à la CPN et à l'éducation nutritionnelle pendant la grossesse ont dégénéré à l'effet de la malnutrition. L'analyse du processus de recours aux soins démontre la participation des membres de la communauté à la prise en charge de la maladie en partageant les expériences, en produisant les conseils, en faisant recours aux éléments de la nature comme les plantes culinaires, les alicaments et les herbes thérapeutiques. L'usage des pratiques préventives telles que l'abstinence sexuelle pendant la période de l'allaitement, l'observation d'arrêt de conception et l'allaitement maternel exclusif ont été démontrés. L'interculturalité a prouvé sa pertinence dans la prise en charge de la malnutrition, car la rencontre des autres cultures a permis d'acquérir le savoir-faire des autres communautés dans le cadre de la santé.



**CONCLUSION GENERALE**

Dans la dernière ligne de cette recherche de master en anthropologie médicale intitulée « *Culture et malnutrition chez les enfants et femmes enceintes au centre hospitalier de la mère et de l'enfant de N'Djamena. Une recherche de l'anthropologie médicale* », nous arrivons à mettre un terme à celle-ci. Le problème posé par cette présente recherche est d'établir un lien d'adéquation entre la culture et la malnutrition des enfants et des femmes enceintes dans la ville de N'Djamena au sein de l'hôpital mère et enfant. Le contexte qui a servi le choix de ce sujet est motivé par plusieurs raisons. D'abord l'ampleur de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants dans les zones tropicales et subtropicales du monde en général et dans la ville de N'Djamena en particulier. En effet, le fait que la malnutrition continue à être un problème de santé publique dans la ville de N'Djamena au Tchad en particulier dans le reste du monde en général, cela s'explique par la résurgence de cette maladie et les dégâts commis au sein de la population vulnérable.

Au regard de cette ampleur de la malnutrition en général et celle des femmes enceintes et des enfants en particulier dans ladite ville, plusieurs stratégies ont été développées par le gouvernement tchadien et ses partenaires nationaux et internationaux dans le cadre de la lutte contre ce fléau. En fait sur le terrain, l'observation et les discours de la population démontrent la présence des organisations non gouvernementales locales et internationales qui travaillent tout le temps pour éradiquer cette maladie. Au sein des centres de santé, des campagnes de sensibilisation à prendre part à la consultation prénatale pour les femmes enceintes, le suivi de grossesse, le suivi de vaccinations des enfants de 0 à 5 ans, le conseil des aliments à consommer pendant la grossesse et l'allaitement exclusif aux seins des bébés sont intensifiés dans la communauté. En effet, cette situation d'ampleur de cette maladie a amené les membres de la communauté urbaine de développer des mécanismes endogènes et exogènes dans le cadre de la prise en charge de cette maladie.

Dans cette logique, les centres de prise en charge des personnes malnutries ont été mis en place dans la ville à l'occurrence de l'hôpital mère et enfant. Dans les différentes cellules de prise en charge créées au sein des hôpitaux, des séances organisées pour démontrer comment préparer les aliments pour une personne malnutrie, comment prendre en charge une personne malnutrie, quels sont les aliments à consommer pour éviter la malnutrition, quelles sont les pratiques à éviter pour contracter la malnutrition, combien de fois la femme enceinte doit manger par jour et la quantité de nourriture à manger, quels sont les fruits qui aident l'organisme à se défendre contre cette maladie ont été enseignés aux membres de la communauté. L'importance de suivre la consultation prénatale, la vaccination des enfants et la consommation des médicaments pendant la grossesse ont été également démontrés. A côté de toutes ces stratégies, la population fait

recours également à la médecine parallèle et aux recettes culinaires pour la prise en charge de ce problème de santé.

À partir du constat fait de ce problème, nous avons identifié un certain nombre de questions. Celui-ci est constitué d'une question principale et de trois questions secondaires :

- Comment la culture influence-t-elle la malnutrition des enfants et les femmes enceintes dans la ville de N'Djamena au sein de l'hôpital de la mère et de l'enfant ?
- Quels sont les fondements des représentations socioculturelles de la malnutrition des enfants et des femmes enceintes dans la ville de N'Djamena au sein de l'hôpital de la mère et de l'enfant ?
- Quelles sont les stratégies de la prise en charge des enfants et des femmes enceintes malnutris à l'hôpital de la mère et de l'enfant dans la ville de N'Djamena ?
- Quels sont les impacts des pratiques culturelles liés à la malnutrition des enfants et les femmes enceintes dans la ville de N'Djamena au sein de l'hôpital de la mère et de l'enfant ?

Pour mener à bien afin de donner une suite à ces différents questionnements, nous sommes parvenues à la formulation des hypothèses de recherche qui sont présentées comme suite :

- La malnutrition des enfants et des femmes enceintes dans la ville de N'Djamena au Tchad au sein de l'hôpital de la mère et de l'enfant s'explique par le fait que les croyances locales dominant sur le choix alimentaire de toute la population en général et de cette catégorie de la personne en particulier. En effet, le regard porté sur les aliments importés et les interdits alimentaires prescrits par la communauté à certaine période de la vie d'un être humain explique la récurrence de la malnutrition à l'hôpital de la mère et de l'enfant.
- En milieu hospitalier de la ville de N'Djamena, la malnutrition se repose sur les conceptions socioculturelles de l'alimentation des femmes enceintes et des enfants, des interdits alimentaires prescrits, les habitudes alimentaires inchangeables, les aspects socio-économiques et les croyances religieuses.
- Les femmes enceintes et les proches des enfants malnutris font recours à plusieurs mécanismes face à cette maladie. Les stratégies mobilisées sont entre autres le recours aux recettes culinaires, à la médecine traditionnelle, à la médecine moderne et aux détenteurs de connaissance locale.
- Le refus de suivre les conseils nutritionnels, le rejet des aliments étrangers, les interdits alimentaires, le non recours aux soins prénatals conduisent au maintien de la malnutrition

des femmes enceintes et des enfants au sein de la population et la perte des vies humaines de la population vulnérable.

A la suite des hypothèses suscitées, les objectifs de la recherche ont été formulés comme suite :

- Analyser l'influence de la culture sur la malnutrition des femmes enceintes et des enfants au milieu hospitalier urbain.
- Déterminer les fondements culturels des représentations socioculturelles de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants chez la population de la ville de N'Djamena.
- Déterminer les stratégies mises en exergue par la population pour la prise en charge des personnes malnutries à l'hôpital de la mère et de l'enfant dans la ville de N'Djamena.
- Démontrer les impacts de la culture sur la malnutrition des enfants et des femmes enceintes à l'hôpital de la mère et de l'enfant dans la ville de N'Djamena.

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, elle s'est déroulée du mois de Mai 2023 en Juillet 2023 pour la première phase et la seconde phase du mois d'Aout 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 la bibliothèque centrale de la FALSH, du Cercle-Philo-Psycho-Socio-Anthropo (C.P.P.S.A), 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 va tout d'abord consister 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 tout au 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 la 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 du travail.

Quant à la recherche de terrain, elle a consisté à déterminer les catégories des personnes choisies pour cette recherche et la localité visée pour cette recherche. Ainsi, au terme de cet exercice, nous avons entrepris la collecte de données dans la ville de N'Djamena précisément à l'hôpital de la mère et de l'enfant et au sein de la communauté où nous avons interrogées des personnes victimes de la malnutrition (femmes enceintes), de leurs proches où nous les avons interviewés du 17 Juillet au 16 Aout 2023.

L'exercice de cette collecte a mobilisé les instruments de l'investigation de la recherche suivants : L'entretien individuel approfondi, les récits de vie, le carnet de note et l'appareil photo 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 de la récurrence de la maladie dans la ville et de la place de la culture. 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, l'heure prise en charge des personnes malnutries, l'heure de prendre les médicaments et la nourriture par ces dernières et noter certaines choses que les participants n'ont pas déclaré lors des entretiens, mais après la causerie. Le récit de vie a été d'un intérêt capital en ce sens qu'il a permis de recueillir les différentes connaissances sur la malnutrition, les exploits de soin par les soignants ainsi que les différentes raisons qui ont animés les victimes 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. 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 et moins également d'établir le lien avec la culture urbaine. L'analyse et l'interprétation des données de terrain ont été réalisées à partir d'un modèle d'analyse de contenu et d'un cadre théorique construit à cet effet, à partir des théories de la représentation sociale, de l'ethno perspective et du fonctionnalisme. Le recours à ces théories, nous a permis de donner sens aux méthodes utilisées. L'approche de la représentation sociale nous a permis d'appréhender la connaissance individuelle et culturelle qu'ont les femmes enceintes malnutries et les proches des enfants mal nourris et les groupes des notions de la malnutrition et les mécanismes de la prise en charge. L'importance de cette approche se justifie par le fait que les représentations sociales préparent à l'action et génèrent aussi un ensemble d'attentes normatives. Ainsi, elles ont permis de comprendre et d'expliquer les liens entre la culture, la malnutrition et les pratiques des thérapies dans un univers urbain. L'ethno-perspective nous a permis de faire sens des pratiques thérapeutiques endogènes et exogènes, suivant le contexte de son exécution et de la prise en compte du sens que la population elle-même lui donnent, prises comme cheminement suivi par la communauté pour la prise en charge de la malnutrition et quant au fonctionnalisme, il nous a permis d'analyser, d'expliquer et de comprendre les différents rôles que jouent la culture et les éléments utilisés dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition à l'hôpital mère et enfant tels que nous les avons étudiés.

L'opérationnalisation des différents matériaux recueillis à base des théories sus-évoquées, a fait ressortir de principaux résultats dont nous nous faisons le devoir de formuler comme suit : les représentations sociales des étiologies de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena sont inscrites dans des registres multiples qui font référence non seulement au domaine biomédical, mais aussi et surtout à celui de l'ethnomédical. Ainsi, au même titre que ses étiologies, les représentations socioculturelles de cette maladie sont protéiformes. En effet, la plupart des familles pensent que cette maladie n'a pas que des origines dues aux phénomènes naturels tels que la mauvaise alimentation, la pauvreté, la guerre, le non respect des normes et des règles établies par la société, mais également l'implication des génies et des personnes animées par une mauvaise volonté de nuire à autrui. Vu ces différentes images données à la malnutrition, la majorité de la population fait de navettes dans le cadre de la recherche de la guérison pour une personne atteinte de cette maladie. Pour tout compte fait ces représentations sociales sont influencées par la culture de chaque communauté.

En suite, plusieurs stratégies sont mobilisées tant au niveau communautaire, familial, endogène qu'au niveau moderne dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes au sein de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena. Face à l'apparition de la malnutrition, les membres de la communauté n'ont qu'un chemin ou choix pour venir à bout du problème. Au niveau familial, les membres mettent leurs connaissances en marchent en usant des arts culinaires, de l'automédication à base des produits pharmaceutiques, des plantes et des herbes. Au niveau de la biomédecine, le recours se fait en fonction de la perception de la gravité de la maladie. Au sein de cette médecine, des conseils thérapeutiques, des éducations nutritionnelles et la consommation des médicaments sont donnés à la population pour soigner cette maladie. Le recours à la médecine traditionnelle quant-à-elle c'est lorsque les parents ou les membres de la personne malade soupçonnent la présence d'une mauvaise main dans le problème de santé de leur proche.

Par la suite, les influences de la culture sur l'état nutritionnel des femmes enceintes et des enfants dans la ville de N'Djamena au sein de l'hôpital mère et enfant conduisent à la malnutrition. Il s'observe que les constructions culturelles ont pris le devant de la chose. Aux côtés de ces constructions culturelles, les phénomènes sociaux tels que la pauvreté, la non-participation effective des femmes enceintes à la CPN et à l'éducation nutritionnelle pendant la grossesse ont dégénéré à l'effet de la malnutrition. L'analyse du processus de recours aux soins démontre la participation des membres de la communauté à la prise en charge de la maladie en partageant les expériences, en produisant les conseils, en faisant recours aux éléments de la naturelle comme les plantes culinaires, les alicaments et les herbes thérapeutiques. L'usage des

pratiques préventives telles que l'abstinence sexuelle pendant la période de l'allaitement, l'observation d'arrêt de conception et l'allaitement maternel exclusif ont été démontrés. L'interculturalité a prouvé sa pertinence dans la prise en charge de la malnutrition, car la rencontre des autres cultures a permis d'acquérir le savoir-faire des autres communautés dans le cadre de la santé.

Enfin, la culture locale des personnes interviewées dans le cadre de ce travail joue en faveur de la malnutrition. En effet, la phobie alimentaire amène la quasi-totalité de la population à ne pas respecter les conseils et les recommandations donnés par le professionnel de santé, en ce qui concerne la santé de la mère et de l'enfant en matière de la malnutrition. L'attachement aux normes et valeurs culturelles tels que les interdits alimentaires pour la femme enceinte et les enfants de moins de cinq ans ne favorisent pas la consommation de certains aliments entrant dans ces sphères.

En somme, bien qu'ayant passé au crible de nos hypothèses, aucune œuvre humaine ne peut se réclamer être parfaite. Nous estimons que notre modeste travail comporte, à n'en point douter des contours inexplorés tant dans le contexte de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena au Tchad, que celle-ci dans la même ville ou de la même nature pratiquée sous d'autres cieux. Par conséquent, le problème abordé dans le cadre de la présente recherche pourrait davantage trouver des réponses grâce à des travaux ultérieurs, pour éventuellement contribuer à enrichir le corpus de connaissance sur cette thématique et mettre en lumière d'autres vérités inavouées. Pour pouvoir arriver au bout de ce phénomène dans la ville, le professionnel de santé exerçant dans ce domaine devrait prendre en compte la culture locale dans le cadre de son enseignement sur la malnutrition et que la population également devrait faire dans l'interculturalité alimentaire en ce qui concerne le phénomène de la santé en général et celui de la malnutrition en particulier.

## SOURCES

### Sources écrites

#### 1. Ouvrage Généraux

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

**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.

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

**BELLONCLE, (1984),** *La question d'éducation en Afrique noire*, Paris : Edition. Karthala.

**BENOIST, J., (1996),** *Se soigner au pluriel, Essais sur le pluralisme médical*, Paris, (éd.) Kartha

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

**CLAUDE, R., (1995),** *Introduction à l'anthropologie*, Paris, Hachette.

**DJOUDA FEUDJIO, Y.B., et al., (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.

**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.

**FASSIN, D., (1996),** *L'Espace politique de la santé Essai de généalogie*. Paris, P.U.F.

**FIRNERMAN, (1995),** *Validity of biomedence hemodynamic measurement during coronary artery bypass grafing*.

**FISCHER, G. N., (1996),** *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Presses de l'université de Montréal, Dunod.

**FONTAINE, M., (1984),** *Santé, Culture en Afrique Noire, Une expérience au Nord Cameroun*, Paris, seuil. F

**GARNIER et DORISE, (2002),** *Les Représentations Sociales : Balisages du Domaine d'études*, Montréal : les Editions Nouvelles.

**GARNIER et ROUQUETTE (2000),** *Représentations sociales et éducation*, Montréal, Edition Nouvelles.

**GOLDSTEIN et TANNER, (1980)**, *Ecological considerations in the creation and the use of child growth standards*

**JODELET, D., (1984)**, *Représentation sociale : Phénomène, concepts et théories. Psychologie sociale*, Paris PUF.

**JODELET, D., (2003)**, *Représentations sociales*

**JOHN, B., (1972)**, *Introduction à l'anthropologie sociale*, Paris, Payot.

**LEVIS, S., (1958)**, *Anthropologie Structurale*, Paris, Pion.

**MCLAREN, (1974)**, *The great protein fiasco*, The Lancet.

**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.

**MORRISSON, (2000)**, *Unifying Scientific Theories. Physical Concepts and Mathematical Structures*, Cambridge University Press.

**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.

**NSIMIRE, A., (2002)**, *Réflexion sur les Inégalités de genre liées à l'accès à la terre et leurs conséquences sur les femmes rurales du Sud- Kivu*

**POISSON, (2008)**, *Tirez le meilleur parti de votre année à venir*.

**STANLEY et JOSKE, (1980)**, *Changing Disease Patters and Human Behavior*, Londres, Nez York, Toronto, Sydney, San Francisco, Academic Press, 666p.

**TOURAINÉ, A., (1974)**, *Pour la sociologie*, Editions du Seuil.

## 2. Ouvrages Spécifiques

**ABOUNA, P., (2014)**, *Pré-culture, Culture et Poste-culture*, L'Harmattan.

**AKOTO (1993)**, *Déterminants Socioculturels de la Mortalité des Enfants en Afrique Noire, hypothèses et recherches d'explication*, Louvain la Neuve, Academia

**AKOTO, E. H., (1988)**, *Morbidité, Malnutrition et Mortalité des Enfants*.

**AUBRUYP, P. et BERAND-A. G., ( 2019 )**, *Mlanutrition protéino-énergetique*.

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

**BARBIER, (1991)**, *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers monde*, les dossiers du CEPED, centre français sur la population et le développement, Paris,

**BOSCOULERGUE, P., (1963)**, *Notion d'hygiène alimentaire adoptée au nord Cameroun*, Paris ORSTOM.

**CENTRELLE et LOCOH, (1990)**, *Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest*, les dossiers du CEPED, Paris.

**COOK, J. et DOMMERGUES, (1993)**, *L'enfant malade et le monde médical : dialogue entre les familles et soignants*.

**DE GARINE, I., (1996)**, *Aspects psychoculturels de l'alimentation : motivation des choix, interdits et préférences*. Paris, L'Harmattan.

**DELPEUCH, F. et al., (2002)**, *Alimentation, nutrition, politiques publiques*. Montpellier.

**FOTSO DJEMO, J-B., (2009)**, *Le regard de l'autre : la médecine traditionnelle africaine*, Paris, l'Harmattan.

**JANZEN, J., (1995)**, *La quête de la thérapie au bas-Zaïre*, Paris Karthala.

**LAPLANTINE, F., (1986)**, *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologie des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot.

**MALINOWSKI, B., (1944)**, *Une théorie scientifique de la culture et autre essai*, Traduction française, Paris : François Maspero.

**MBONJI EDJENGUÈLÈ., (2009)**, *Santé, maladies et médecine africaine. Plaidoyer pour l'autre traditionnelle*, Les Presses Universitaires de Yaoundé, Juin.

**MONORET-C., (1997)**, *Accès aux soins des populations démunies. Situation et perspectives en 1996*, Paris, l'Harmattan.

**MURDOCH, (1985)**, *La faim dans le monde, surpopulation et sous-alimentation*, Paris, Dunod.

### **3. Ouvrages Méthodologiques**

**GRAWITZ, M. (2004)**, *Les lexiques de sciences sociales*, Paris Dalloz, 8e édition.

**GRAWITZ, M., (2001)**, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz 11ème édition.

**MBONJI EDJENGUÈLÈ, (2005)**, *L'Ethno-perspective ou la méthode du discours de l'ethno-anthropologie culturelle*, Presses Universitaires de Yaoundé

**MUCCHIELLI, R., (1991)**, *L'analyse de contenu des documents et des communications*, ESF éd. Coll. Formation permanente en sciences sociales, Paris.

**MVESSOMBA , A. E., (2013)**, *Guide de méthodologie pour une initiation a la méthode expérimentale en psychologie et a la diffusion de la recherche en sciences sociale*. (G. I. Press, Éd.) Yaoundé.

**STANLEY, N. et JOSKE, R., (1980)**, *Changing Disease Patters and Human Behavior*, Londres, New York, Toronto, Sydney, San Francisco, Academic Press.

#### 4. Articles Scientifiques

**AKOTO et TABUTIN (1989)**, « Les inégalités socio-économiques et socioculturelles devant la mort », In pison G, Van de Walle E. et Sala-Diankanda M, *Mortalité et société en Afrique au sud du Sahara*, Paris, pp 35-63.

**ALIDOU, C., et al., (2015)**, « Connaissance endogène et utilisations du Moringa oléifera pour les populations autochtones de huit départements du Bénin », *Scholarly Journals*, 13(2), 316-326.

**AUBRUY,P. et BERAND-Alex,G., (2019)**, Mlanutrition protéino-énergetique.

**AUGE M., (1984)**, « Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement », in *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris : Éditions des Archives Contemporaines, pp35-55.

**AUGE, M., (1991)**, « Esthétique et fonction sociale. Remarques sur l'article de Jean Cuisenier », In *Le débat*, N°65, Pp : 158-159.

**AWAH et al., (2013)**, malnutrition in sub-saharan Africa : burden, cause and prospects

**AYUBA et al., (2016)** urbanisation and vegetation degradation in N'Djamena

**BAHRIMY, H. et SOCPA A., (2020)**, « Représentations sociales de la malnutrition aigüe globale chez les enfants de 6 à 59 mois et prise en charge communautaire dans le District Sanitaire de N'Djaména-Sud », In *Département de Santé Publique, Ecole des Sciences de la Santé*, Université Catholique d'Afrique Centrale, Cameroun.

**BALIAN R., J.-F.B., and François B., (2020)**, « La demande alimentaire actuelle : facteurs d'évolution », *Démographie, climat et alimentation mondiale*, Pp : 45-78.

**BARBIERI, M., (1991)**, « Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers-monde », Paris : *Ceped* n°18.

**BEATON et GHASSEMI (1982)**, « Supplementary feeding programs for young children in developing countries », *Am. J. Clin. Nutr.* 35suppl, pp 864-916

**BEKER et al., (1996)**, Functional interaction of cytosolic hsp 70 and a Dnaj6related protein, Ydj1p, in protein translocation in vivo. *Mol CELL Biol* 16(8) : 4378-86

**BEUCHER G., et al., (2011)**, « Anémie par carence martiale et grossesse. Prévention et traitement », In *La revue Sage-femme*, 10, Pp : 152-167.

**BLACK, et al., (2008)**, « Maternal and Child Undernutrition global and regional exposures and health consequences », In *The Lancet*, Pp. 371, 243-260.

**BLACK., (2015)**, Maternal and Child Nutrition, Executive Summary of the Lancet Maternal and Child Nutrition Series. *The Lancet*, pp. 1-12.

- BUTTE N., et al., (2004)**, « Energy requirements during pregnancy based on total energy expenditure and energy deposition ». *Am J Clin Nutr.* 79, Pp : 1078-1087.
- CANTRELLE, P., (1996)**, « Mortalité et environnement », In Gendreau, F. et al., (1996), *Population et environnement dans les pays du Sud*, Karthala, Ceped, Paris, Pp :217-228.
- 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.*
- CHRISTIAN, M. et CHARLES, L., (2000)**, les Facteurs Explicatifs de la Malnutrition en Afrique Subsaharienne.
- COLAU, J., (2002)**, « Grossesse normale besoins nutritionnels d'une femme enceinte », In *Revue du Praticien*, N° 49, Pp : 1273-1243.
- DAKAM, (1990)**, « Education de la mère et mortalité des enfants en Afrique », *les Cahiers de l'IFORD*, no 2, Yaoundé, 160p
- DIAMBILA, L., (1990)**, « La sage-femme et le couple mère-enfant chez les Beena Luluwà » in *Journal africaniste*, tome 60, fascicule 2, Pp : 161-171.
- EBERLIN T, P. R., (1999)**, « Sciences appliquées, alimentation et hygiène », Edition *Nathan technique*, 80-89, 121-124.
- FRANK, (1994)**, « Echanges intrafamiliaux et recul de la fécondité en Afrique : quelques réflexions sur les interactions mère-enfant », In Koffi N., et al., *Maitrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, ORSTOM, Paris, pp 83-96.
- FRENOT, M. et VIERLING, J., (2001)**, « Besoins et apports nutritionnels recommandés durant la grossesse », In *Biochimie des aliments, diététique du sujet bien portant*, 2<sup>e</sup> édition, Editeur Doin, Centre Régional de Documentation Pédagogique d'Aquitaine, Pp : 253-260.
- GARNIER et al., (2004)**, « Plant functional markers capture ecosystem properties during secondary succession », *Ecology* 85, 2630-
- GEROMINUS, (1987)**, « On treenage Childbearing and Neonatal Mortality in the United States », In *Population and Development Reviz* 13(2), pp 245-279
- GOPALAN et al., (1973)**, « Effet of calorie supplementaion on growth of malnourished children », *Am. J. Clin. Nutr.* 29. pp 563
- GOPALAN, (1968)**, « Kwashiokor and Marasmus: Evolution and Distinguishing Figures, colorie deficiencies and protein deficiencies », *London : churchill*, pp49-58
- GRANIER, R. et al., (1999)**, « La genèse des représentations sociales dans une perspective développementale », Editions nouvelles. P. 88-

**GREUENAI, (1985)**, « L'arabisation au sud Soudan, vers quelles perspectives culturelles » ? In *langage et société*, No 32, pp25-39.

**HILLESUND, E.R., et al., (2014)**, « Development of a new Nordicscore and its association with gestational weight gain and fetal growth a study performed in the Norwegian mother and child cohort study (MOBA) », In *Public Health Nutr.*, N° 31, 1-11.

**HINOJOSA et COINDET, (1965)**, « Facteurs explicatifs de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans ».

**HORTON, (1986)**, « Child nutrition and family size in the philippines », *Journal of development Economics*, vol. 23, issue 1, 161111-176.

**IKNANE, A., et al., (2010)**, « Pratique des mères en matière de santé-nutrition des enfants de moins de 5 ans à Sikasso au Mali », In *Revue*, 94(1), 195-205.

**JACQUELINE, R. E., (1982)**, « le signe du début » de Zimbabwe, Facette d'une sociologie de la connaissance, Paris, Edition *Publisud*, Pp : 31-48.

**JAFFRE, (1996)**, « Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger », *Sciences sociales et santé*, vol 14, no1, CNRS, pp 41-72.

**KERCHE, L., (2008)**, « Maternal risk factors associated with low birth weight in Montana », *Public health and community Medicine health services*.

**KRIEGER, N. et al., (2003)**, « Choosing area based socioeconomic measures to monitor social inequalities in low birth weight and childhood lead poisoning : the public health disparities geocoding project (US) », In *J. Epidemiol community Health* , N° 57 (3), Pp : 186-199.

**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.

**LONGO, D. R., et al., (1999)**, « An investigation of social and class differences in very low birth weight outcomes : a continuing public health », In *J. Health Care Finance*, N° 25(3), Pp : 75-89.

**MAKITA-I. E., (2015)**, « Organisation de la médecine traditionnelle et analyse des facteurs de son émergence dans les villes d'Afrique subsaharienne : Cas de Libreville au Gabon », In Y. B. Djouda Feudjio et al., (2015) *Offres, recours & accès aux soins de santé parallèles en Afrique. Des acteurs en quête de légitimité sociale, médicale et institutionnelle*, Différence PERENNE, PP.65-79.

**MARKOVA, (2000)**, « Amédée or how to get rid of it : social representations from a dialogical perspective », *Culture and psychology*, 6, Pp : 419-460.

- MBOUDOU, E., et al., (2009)**, « Hypertension au cours de la grossesse : Aspects cliniques et épidémiologiques à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, Cameroun » In *Mother and Child Health*, Vol 6, N° 2, Pp : 1087-1093.
- MOULIOM, M. I. B., (2015)**, « Représentations populaires et recours thérapeutiques en cas de tuberculose dans le royaume Bamoun (Ouest-Cameroun) », in Djouda Feudjio, Y. B. et al. (Sous dir.), *Offres, recours & accès aux soins de santé parallèles en Afrique. Des acteurs en quête de légitimité sociale, médicale et institutionnelle*, Québec, Différence pérenne, pp.115-132.
- MOUSSA et al., (2018)** « Evaluation de la qualité des eaux de la rivière Chari dans la ville de N'Djamena »
- MYRIAM, R.P., (1996)**, Représentations populaires de la malnutrition au Burkina-Faso », In *Sciences sociales et santé*, vol 14, no1.
- NIKIEMA, L., et al., (2010)**, « Déterminants nutritionnels de l'anémie chez la femme enceinte et issue de la grossesse en milieu urbain au Burkina Faso », In *Revue Science et technique, Sciences de la santé*, 33.1, Pp : 53-68.
- NORMET, (1926)**, « La bouffissure d'Annan », *bull. Soc. Franc. Pathol. Exot.* 19, pp 207-213
- PETIT JEAN, (1996)**, « Représentations populaires de la malnutrition au Burkina Faso », *Sciences sociales et santé*, vol. 14, no10, CNRS, pp 17-40.
- RAUM, E. et al., (2001)**, « The impact of maternal education an interauterine growth : a comparison of former west and East Germany », In *Int J. Epidemiol.*, N° 30(1), Pp : 81-87.
- RWENGE, (1993)**, « Comportement Sexuels parmi les Adolescents et Jeunes en Afrique subsaharienne et Francophone et Facteurs Associés », IFORD, Yaoundé, Cameroun.
- SCHLIENGER, J., (2011)**, « État des lieux des compléments alimentaires chez la femme enceinte : Dietary suppléments during pregnancy », In *Revue Médecine des maladies métaboliques*. Vol. 5 - N°5, Pp : 521 532.
- SCHPER, H., (1991)**, « Social indifference to child death », *Lancet*, Vol. 337, pp 1144-1147
- SCRIMSHOW, S., (1978)**, « Infant Mortality and the Regulation of family Size », *Population and Development Reviv* 4 :383-403.
- SIMON C., et PERRIN, A., (2002)**, « Nutrition de la femme enceinte », In *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, Vol 37, N°1, Pp : 59-64.
- STERLIN, C., (2006)**, « Pour une approche interculturelle du concept de santé. Ruptures », In *Revue transdisciplinaire en santé*, vol 11, pp 112-121.
- TIEMAN, D., (1993)**, « Représentation et itinéraires thérapeutiques dans le quartier de Bankoni », In *Se Soigner au Mali*, Paris, Éditions Karthala.

**YORO, B.M. et al., (2015),** « les logiques socioculturelles des interdits alimentaires et comportementaux chez les femmes enceintes Agni n'dénian (Côte d'Ivoire) », In *European Scientific Journal*, édition vol.11, No.32, Pp : 134-147.

### **5. Mémoires et Thèses**

**ALI, M. A., (2020),** Déterminants favorisant la malnutrition des enfants de 6 à 59 mois cas du centre de santé de Gozator au Tchad. Mémoire de Master Yaoundé.

**BARECHE, C., B. W., (2018),** Evaluation des apports en calcium et vitamine D de rations alimentaires destinées aux femmes enceintes, Mémoire de master en biologie animale, faculté des sciences de la nature et de vie, Université Larbi Ben M'Hidi, Oum-El-Bouaghi.

**BOURDON, E., (2008),** Reproductibilité de la mesure des débits de glucose plasmatique après un repas riche en glucides, Mémoire de master, faculté des études supérieures, Université de Montréal

**CAMARA, (2005),** Les facteurs associés à la malnutrition des enfants de moins de cinq ans en Guinée, Mémoire de DESSD, IFORD, Yaoundé II.

**DAÏPA, D.P.V., (2021),** Pesanteurs socioculturelles et malnutrition aiguë chez les enfants de 06 à 59 mois dans le district de santé de N'Gaoundéré urbain, Mémoire de Master en Sociologie à l'Université de Yaoundé 1.

**DIOUF, B.C.S., (1999),** Etat Nutritionnel des femmes et des enfants dans la communauté rurale de Mpal.

**DJOSSINO, D., (2019),** Alimentation et nutrition des femmes avant et pendant la grossesse au Sud-Bénin : qualité et facteurs d'influence, Sciences Agronomiques et de l'Eau, de la Faculté des Sciences Agronomiques de l'Université d'Abomey Calavi (FSA/UAC) BENIN.

**EL IAHHAI, I., (2017),** Habitudes nutritionnelles en cours de grossesse : quels risques sur l'enfant et le futur adulte, Thèse de doctorat, faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed- Rabat.

**FELIDJ, F. M. M., (2016),** Séroprévalence de la toxoplasmose chez la femme enceinte diagnostiquée au CHU Tlemcen, Mémoire de fin des études pour l'obtention du diplôme de docteur en pharmacie, faculté de médecine, Université Abou Bekr Belkaid, Tlemcen.

**FOKA KUIPOU, F. F., (2021),** Perceptions de la malnutrition infantile et ses trajectoires thérapeutiques chez les Gbaya de Kambele I. Master en Anthropologie , Université de Yaoundé1.

**HASSAN, A. A. Y., (2019),** Prévalence de la malnutrition chez la femme enceinte, Mémoire de fin d'études, Science alimentaire, faculté des sciences de la nature et de la vie, Université Abdelhamid Ibn Badis, Mostaganem.

**KOPPERT, S., (2000)**, Etude alimentaire, alimentaire anthropométrique et pathologie d'un village Massa du Nord du Cameroun, Département de nutrition, université des sciences agronomiques.

**MALIRA, P., (2011)**, les déterminants de la malnutrition chez les enfants

**MASKAOUI, I., (2013)**, Modifications physiologiques de l'organisme maternel et variations des paramètres du bilan biochimique au cours de la grossesse normale, Thèse de Doctorat en Pharmacie, faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed V.

**MASSE, N., (2011)**, Conséquences d'une prise de poids maternelle excessive au cours de la grossesse chez des primipares ayant un indice de masse corporelle normal avant la grossesse, Diplôme d'état de sage-femme, Université d'Angers.

**MBOUMBA H., (2010)**, Facteurs explicatifs de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans au Gabon, Master professionnel en démographie, IFORD, Université de Yaoundé 2.

**MIREILLE BULONZA (2007)**, La problématique de l'état nutritionnel et ses conséquences sur la croissance des enfants de moins de 5ans, cas spécifique du quartier Nyalukemba en commune d'Ibanda ; Inédit, TFC, ISDR/Bukavu.

**NGO NSOA (2001)**, les différences régionales de la malnutrition infanto-juvénile au Cameroun : recherche des mécanismes d'action, Mémoire de DESSD, IFORD, Yaoundé II.

**NGOMBO, L.A.B., (2016)**, Itinéraires thérapeutiques et représentations de la santé à l'enfance chez les Nzèbi du Gabon, Thèse de Doctorat en Ethnologie, université de Lorraine.

**NSANGO M., (2015)**, Alimentation sucrée et pathologies cardiovasculaires dans la socio-culture Foulbé de Yaoundé, Master en Anthropologie, Université de Yaoundé 1.

**NSANGO, M. G., (2018)**, Représentations sociales et lutte contre les maladies tropicales négligées au Cameroun : Cas de l'Ulcère de Buruli dans l'aire de santé d'Akonolinga Urbain, Mémoire de Master en Sociologie, Université de Yaoundé 1.

**POLYDORE, P., (2010)**, Les facteurs de risque de malnutrition aigüe sévère chez les enfants, inédit.

**RAKOTONANAHARY, D., (2011)**, Comportements alimentaires des femmes enceintes au CHU à la maternité de Befelatana, Thèse de Doctorat en Médecine, faculté de médecine, université d'Antananarivo.

**RAVALOHERY, N., (2011)**, Contribution à l'étude de l'état nutritionnel des étudiants de l'Ecole Normale Supérieure d'Antananarivo pendant l'Année Universitaire 2008-2009. Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention (C.A.P.E.N.). Sciences naturelles, université D'Antananarivo.

**SAMBARE, Y. P. A., (2011),** « Collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne au Burkina Faso : entre discours et pratiques », Mémoire de Sociologie, Université de Ouagadougou.

**SENE, E., (2013),** Ulcère de Buruli : prise en compte de l'expérience de la maladie pour une prise en charge culturellement compétent, Travail de Bachelor en soins infirmier, Haute Ecole de Santé (HedS).

**SINGER, M., (2011),** Evaluation de l'information des femmes enceintes sur l'équilibre alimentaire et le gain pondéral. Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme, faculté de médecine de paris, université Paris Descartes.

**TANANG, P., (2009),** Facteurs explications de la malnutrition des enfants de cinq ans au Cameroun , Master professionnel en démographie, IFORD, Université de Yaoundé.

**TCHAKOUNTE D., S. L., (2019),** Croyances étiologiques, trajectoires thérapeutiques et stratégies d'adaptation sociale des malades chroniques dans la ville de Yaoundé : cas des enfants drépanocytaires, Mémoire de Master en Sociologie à l'Université de Yaoundé 1.

## **6. Rapport de Terrain**

**ACF, (2012),** Analyse qualitative des causes de la malnutrition, Grand kanem.

**ANNAN, R., et al., (2014),** Prise en charge de la malnutrition aigüe modérée MAM: Connaissances et pratiques en vigueur.

**BONNET, D., (1996),** La notion de négligence sociale : le cas de l'enfant malnutri en Afrique de l'Ouest , séminaire no30 .

**FAO et PAM (2020),** L'état de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde.

**FAO, ( 2019),** Plan de reponse humanitaire Cameroun

**FAO, (2021),** L'état de la sécurité alimentaire et de nutrition dans le monde

**FAO,FIDA, UNICEF, PAM, (2017),** L'etat de securité alimentaire et de la nutrition dans le monde.

**GRADY & OSAMOR, (2016),** Women's autonomy in health care decision making in developing countries : a synthesis of the litterature. International Journal of Women's Health ;

**NATIONS UNIES, (2015),** Le Rapport des Objectifs du Millénaire pour le Développement, Nations Unies. New York : Secrétariat Général des Nations Unies.

**OMS, (1976),** Médecine traditionnelle africaine (série des rapports techniques). Brazzaville : Afro n°1.

**OMS, (2004),** Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Rapport du secrétariat. No. A57/9.

**OMS, (2015)**, Normes de croissances de l'enfant.

**SANDALINAS, F., (2005)**, « Les micronutriments chez la femme enceinte : un allié de poids ? Situation et stratégies de lutte contre les carences dans les pays en développement.

**SUN, (2019)**, Les tendances mondiales sur les enfants malnutris

**UNHCR et PAM, (2011)**, Manuel pour l'alimentation sélective : la prise en charge de la malnutrition dans les situations d'urgence.

**UNICEF et OMS, (2018)**, Saisir le moment, la mise au sein précoce : le meilleur point de départ pour chaque nouveau-né. New York, UNICEF.

**UNICEF, (1998)**, Situation des enfants dans le monde.

**UNICEF, (2013)**, Améliorer la Nutrition de l'enfant un objectif impératif et réalisable pour le progrès mondial. New York : UNICEF ;

**UNICEF, OMS et BANQUE MONDIALE, (2015)**, Niveau et tendances de la malnutrition des enfants. New York : UNICEF.

## 7. Dictionnaire/encyclopédies

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

**BENOIST J., (2002)**, Petite bibliothèque d'anthropologie médicale, Tome1, 2 et 3, Laboratoire d'Ecologie humaine, Université d'Aix-Marseille III, France.

**BENOIST, J., (2008)**, Petite bibliothèque d'Anthropologie médicale  
Grand Larousse Universel (1993), Tome 8, 10, 13, 14.

**MUCCHIELLI, A., (2009)**, *Dictionnaire des méthodes qualitatives*, Paris, Armand Colin.

## 8. WEBOGRAPHIE

- ✓ <http://www.unicef.org/fr> (consulté 13 /05/2023 à 16h 32mn)
- ✓ <http://www.ifpri.org> (consulté le 10/06/2023 à 11h)
- ✓ [http://www.who.int/nutrition/publications/CIP\\_documents/fs/](http://www.who.int/nutrition/publications/CIP_documents/fs/) (consulté le 18/6/2023 à 12h)
- ✓ [linknca-grandkanemtchad2012.compressed.pdf](#) (consulté le 10/07/2023 à 21h)
- ✓ [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 16/08/2023à 17h)
- ✓ [www.fr.m.wikipédia.org](http://www.fr.m.wikipédia.org)
- ✓ **OMS, (2015)**, Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication;WHO/EDM/QSM/002000.Disponible sur <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2218e/2218e.pdf>, V. B. Chiribagula et *al.*, « Prévalence et caractéristiques de l'automédication chez les étudiants de 18 à 35 ans

résidant au campus de la Kasapa de l'université de Lubumbashi » in the Pan African Medical Journal; 21 :107. DOI : [10.11604/pamj.2015.21.107.5651].

- ✓ **OMS, (2013)**, aide-mémoire, N°134 : Médecine traditionnelle. Accès en ligne sur le lien <http://www.who.int/médiacentre/factsheets/fs134/fr/>.
- ✓ Loi n°007/PR/2017 du 11 avril 2017 portant pourtant organisation de la médecine traditionnelle en République du Tchad. <http://www.assemblee-nationale.td/legislation/loi/007-2017>.
- ✓ **OMS, (2002)**, Médecine traditionnelle : besoins croissants et potentiels, perspectives politique de l'OMS sur les médicaments, Genève. Accès sur [digicollection.org](http://digicollection.org).
- ✓ **OMS, (2021)**, Allaitement maternel, <https://www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding>.

## Sources orales

## Liste des informateurs

N°	Noms	Sexe	Âge	Statut matrimonial	Profession	Lieu de l'entretien	Date de l'entretien
1	ABDRAMANE	M	27ans	Célibataire	Étudiant	Hôpital mère et enfant	11/08/2023
2	APHRODITE	F	48ans	Marié	Sage-femme	Hôpital mère et enfant	
3	AHMAT	M	29ans	Marié	Commerçant	Quartier Chagoua	19/08/2023
4	ARMELLE	F	47ans	Marié	Ménagère	Quartier farcha	23/09/2023
5	Augustin	M	32ans	Marié	Businessman	Quartier Milezi	13/08/2023
6	AMNE	F	27ans	Célibataire	Etudiante malnutri	Hôpital Mère et enfant	22/07/2023
7	AMINA	F	26ans	Marié	Etudiante Malnutri	Mère et enfant	19/08/2023
8	ASAEL	M	29ans	Marié	Étudiant	Hôpital Mère et enfant	03/06/2023
9	ASSIAM	F	40ans	Marié	Enseignante	Hôpital Mère et enfant	17/08/2023
10	BENOIS	M	31ans	Marié	Infirmier	Hôpital Mère et enfant	21/08/2023
11	BINTOU	F	26ans	Marié	Étudiante Malnutri	Hôpital Mère et enfant	06/08/2023
12	BONIFACE	M	42ans	Marié	Professeur	Hôpital Mère et enfant	27/05/2023
13	BOGOLDA	F	23ans	Marié	Élève malnutri	Hôpital mère et enfant	16/06/2023
14	CHARFADINE	F	31ans	Marié	Infirmière	Hôpital mère et enfant	12/07/2023
15	CAROLINE	F	53ans	Divorcé	Ménagère	Hôpital mère et enfant	02/7/2023
16	CELESTINE	F	46ans	Marier	Commerçante	Quartier dembé	30/09/2023
17	CHARLE	M	45ans	Marié	Enseignant	Hôpital Mère et enfant	22/09/2023
18	DIALLO	M	53ans	Marié	Tradipraticien	Quartier Walia	15/06/2023

19	DIEUDONNE	M	45ans	Marié	Tradipraticien	Quartier Moursal	07/06/2023
20	DOURDAM	M	60ans	Marié	Pêcheur	Quartier chagoua	27/07/2023
21	DJOBONGUE	M	72ans	Veuve	Tradipraticien	Quartier Farcha	11/06/2023
22	DJEMILLA	F	40ans	Marié	Maitresse Malnutri	Mère et enfant	14/07/2023
23	EVODIE	F	28ans	Veuve	Infirmière	Mère et enfant	04/08/2023
24	FIMANOU	F	32ans	Marié	Commerçante Malnutri	Hôpital Mère et enfant	22/07/2023
25	FRISSOU	M	28ans	Célibataire	Étudiant	Quartier Walia	07/08/2023
26	FLORENCE	F	61ans	Marié	Commerçante	Hôpital mère et enfant	23/08/2023
27	GADDI	M	55ans	Marié	Entrepreneur	Quartier Farcha	10/07/2023
28	GANOTA	M	29ans	Marié	Cultivateur	Quartier pari-Congo	22/08/2023
29	GERALDINE	F	37ans	Marié	Infirmière	Hôpital Mère et enfant	17/08/2023
30	HAOUSSI	M	35ans	Marié	Militaire	Quartier walia	01/06/2023
31	HASSANE	M	61ans	Marié	Commerçant	Mère et enfant	19/08/2023
32	HAWA	F	32ans	Marié	Ménagère malnutri	Hôpital mère et enfant	
33	HISSENE	M	41ans	Marié	Infirmier	Hôpital Mère et enfant	11/09/2023
34	HINSOU	M	27ans	Marié	Enseignant	Hôpital Mère et enfant	15/09/2023
35	HINAMARI	M	54ans	Marié	Cultivateur	Quartier Amtoukoui	30/09/2023
36	ISMAEL	M	45ans	Marié	Garçon de salle	Mère et enfant	21/08/2023
37	IDRISS	M	33ans	Marié	Infirmier	Hôpital Mère et enfant	23/06/2023
38	KALTOUMA	F	55ans	Veuve	Infirmière	Quartier Gardolé	10/10/2023

39	KREPIN	M	37ans	Marié	Chômeur	Hôpital Mère et enfant	15/08/2023
40	LABAH	M	27ans	Célibataire	Entrepreneur	Quartier Amtoukoui	15/08/2023
41	LASSOU	M	29ans	Marié	Enseignant	Hôpital Mère et enfant	19/08/2023
42	LAZARD	M	48ans	Marié	Tradipraticien	Quartier Amtoukoui	02/09/2023
43	LASSEM	F	30ans	Divorcé	Commerçante Malnutri	Hôpital Mère et enfant	15/07/2023
44	LAURANT	M	27ans	Célibataire	Chômeur	Hôpital Mère et enfant	19/07/2023
45	LONA	M	35ans	Marié	Businessman	Quartier Walia	02/09/2023
46	MAHAMAT	M	44ans	Marié	Forgeron	Quartier Gardolé	07/07/2023
47	MARIAM	F	24ans	Marié	Ménagère Malnutri	Hôpital Mère et enfant	27/08/2023
48	RIAM	F	65ans	Veuve	Ménagère Malnutri	Hôpital Mère et enfant	15/07/2023
49	MICHELLE	F	44ans	Marié	Policière	Quartier Gardolé	30/06/2023
50	MOUSSA	M	38ans	Marié	Berger	Hôpital Mère et enfant	11/09/2023
51	ODETTE	F	45ans	Veuve	Commerçante	Hôpital Mère et enfant	20/09/2023
52	OUMAR	M	55ans	Marié	Infirmier	Mère et enfant	19/06/2023
53	PAFING	M	63ans	Marié	Cultivateur	Quartier Chagoua	29/09/2023
54	PHILIPPE	M	56ans	Marié	Pasteur	Quartier Farcha	03/09/2023
55	RAISSA	F	34ans	En couple	Étudiante	Quartier Farcha	09/06/2023
56	ROSALINE	F	43ans	Marié	Ménagère Malnutri	Quartier walia	11.09/2023
57	SALEH	M	31ans	Marié	Nutritionniste	Hôpital Mère et enfant	01/08/2023
58	SILVIE	F	37ans	Marié	Enseignante	Quartier Gardolé	27/05/2023
59	STEPHANE	M	25ans	Célibataire	Étudiant	Quartier Farcha	05/08/2023

60	TARMADJI	F	34ans	Marié	Ménagère Malnutri	Hôpital Mère et enfant	28/09/2023
61	TORINE	M	53ans	Marié	Docteur	Hôpital Mère et enfant	06/06/2023
62	YALDA	M	35ans	Divorcé	Chômeur malnutri	Hôpital Mère et enfant	02/08/2023
63	YOUSOUF	M	28ans	Marié	Commerçant	Quartier Moursal	09/08/2023
64	ZENAB	F	42ans	Marié	Infirmière	Mère et enfant	21/07/2023

## ANNEXES

### ANNEXE 1 : Guide d'entretiens

#### **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 BLACKVOUNANDI DAHAYE étudiante à la faculté des arts lettre et sciences humaines (FALSH) à université de Yaoundé 1, au département d'anthropologie en cycle de master II. Je mène une étude sur « culture et malnutrition chez les enfants et femmes enceintes à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena au TCHAD ». Cette recherche a pour objet d'analyser et décrire la culture et la malnutrition des enfants et les femmes enceintes ainsi que les interprétations culturelles autour de ce problème social et sanitaire. Raisons pour lesquelles je souhaiterai avoir une discussion avec vous sur l'effet de recueillir vos opinions et perceptions sur ce sujet de recherche. 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 conscient (e) pour participer à cette séance de travail ?

##### **Section 0 : Caractéristiques sociodémographique du répondant**

- Nom
- Âge
- Profession
- Situation matrimoniale
- Niveau d'étude
- Religion

##### **Section 1 : Généralités sur l'alimentation**

- Définition de la sous-alimentation
- Types d'aliments donnez aux victimes de la malnutrition
- Les interdits alimentaires liés à la malnutrition

##### **Section2 : Etiologies de la malnutrition**

- Appellation de la malnutrition dans votre langue maternelle
- Les origines de la malnutrition
- Manifeste de la malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes
- Les signes qui démontrent qu'un enfant est souffrant de la malnutrition

##### **Section 3 : les représentations socioculturelles de la malnutrition dans la ville de N'Djamena**

- -La définition de la malnutrition
- -La représentation de la malnutrition selon la communauté
- Le terme qui désigne la malnutrition

##### **Section 4 : stratégies de la prise en charge de la malnutrition des enfants et des femmes enceintes dans la ville de N'Djamena.**

- Quand l'enfant ou les femmes souffrent de la malnutrition, Quels sont les médicaments qu'on peut leur donner
- D'où viennent-ils et comment ils s'appliquent
- Que faire quand celle-ci persiste
- Faites-vous recours à un spécialiste du domaine de traitement de malnutrition
- comment faire pour prendre en charge les personnes malnutries

**Section 5 :**

- L'influence de la culture sur la malnutrition
- Les rôles que joue la culture dans la malnutrition
- Prévention de la malnutrition
- Les causes surnaturelles de la malnutrition

## Guide d'entretien No2 : Cible : LES PERSONNELS DE LA SANTE

### Mot d'introduction

*Bonjour/Bonsoir/Madame/Monsieur .....*

Nous vous remercions de nous recevoir aujourd'hui et de nous consacrer votre temps. Je suis BLACKVOUNANDI DAHAYE étudiante à la faculté des arts lettre et sciences humaines (FALSH) à université de Yaoundé 1, au département d'anthropologie en cycle de master II. Je mène une étude sur « culture et malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena au TCHAD ». Cette recherche a pour objet d'analyser et décrire la culture et la malnutrition des enfants et les femmes enceintes ainsi que les interprétations culturelles autour de ce problème social et sanitaire. Raisons pour lesquelles je souhaiterais avoir une discussion avec vous sur l'effet de recueillir vos opinions et perceptions sur ce sujet de recherche. 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 conscient (e) pour participer à cette séance de travail ?

### Section 0 : Caractéristiques sociodémographiques

- Nom
- Âge
- Profession
- Quel est votre statut matrimonial
- Niveau d'étude
- Lieu de résidence
- Religion

### Section 1: généralité sur la malnutrition

- Définition de la sous-alimentation
- Les origines de la malnutrition selon vous
- Les manifestations de celle-ci

### Section2 : Etiologies de la malnutrition

- Représentation de la malnutrition
- Appellation de la malnutrition dans votre langue maternelle
- Les origines de la malnutrition
- Les signes qui démontrent qu'un enfant ou une femme est souffrante de la malnutrition

### Section 3 : les représentations socioculturelles de la malnutrition dans la ville de N'Djamena

- A quel moment recevez-vous les enfants ou les femmes victimes de la ma malnutrition et pourquoi
- A quel moment appliquez-vous le traitement
- 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
- La prise en charge est-elle gratuite ou payant
- Le coût du soin est payable avant ou après le traitement et combien coûtent les soins 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

### **Guide d'entretien No 3 : Groupe cible : LES THERAPEUTES**

*Bonjour/Bonsoir/Madame/Monsieur .....*

Nous vous remercions de nous recevoir aujourd'hui et de nous consacrer votre temps. Je suis BLACKVOUNANDI DAHAYE étudiante à la faculté des arts lettre et sciences humaines (FALSH) à université de Yaoundé 1, au département d'anthropologie en cycle de master II. Je mène une étude sur « culture et malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena au TCHAD ». Cette recherche a pour objet d'analyser et décrire la culture et la malnutrition des enfants et les femmes enceintes ainsi que les interprétations culturelles autour de ce problème social et sanitaire. Raisons pour lesquelles je souhaiterais avoir une discussion avec vous sur l'effet de recueillir vos opinions et perceptions sur ce sujet de recherche. 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 conscient (e) pour participer à cette séance de travail ?

#### **Section 0: questions de groupe d'identification**

- Nom
- Âge
- Profession
- Situation matrimoniale
- Religion

#### **Section1 : étiologie de la malnutrition**

- La sous-alimentation
- Les origines de la malnutrition
- Appellation de la malnutrition dans votre langue maternelle
- La prise en charge.

#### **Section 3 : les représentations socioculturelles de la malnutrition dans la ville de N'Djamena**

- Depuis quand avez-vous commencé à soigner les victimes de la malnutrition
- Comment avez-vous appris ce métier
- A quel moment recevez-vous les victimes malnutries et pourquoi
- A quel moment applique-t-on le traitement
- Combien de fois administrez-vous le traitement à une victime malnutri
- 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
- La durée du traitement
- Y a-t-il de traitement administré selon le genre et l'âge des victimes
- Les causes surnaturelles de la malnutrition

#### **Section4 : Moyens de prévention de malnutrition dans la communauté**

- y a-t-il des mesures de préventions contre la malnutrition.?

## ANNEXE 2 : 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 17.5.MAI.2003

**AUTORISATION DE RECHERCHE**

Je soussigné, Professeur **Paschal KUM AWAH**, Chef du Département d'Anthropologie de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines de L'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiant **BLACKVOUNANDI DAHAYE**, Matricule 18Z470 est inscrit en Master II dans ledit département. Il mène ses travaux universitaires sur le thème : *«CULTURE ET MALNUTRITION CHEZ LES ENFANTS ET FEMMES ENCEINTES A L'HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT DE N'DJAMENA AU TCHAD. UNE CONTRIBUTION A L'ANTHROPOLOGIE MEDICALE»* sous la direction du Dr **FONJONG LUCY**.

A cet effet, je vous saurais gré des efforts que vous voudriez bien faire afin de fournir à l'intéressée toute information en mesure de l'aider.

**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*

## ANNEXE 3 : AUTORISATION DE RECHERCHE DE L'HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT DE N'DJAMENA

REPUBLIQUE DU TCHAD  
\*\*\*\*\*  
PRESIDENCE DE TRANSITION  
\*\*\*\*\*  
PRIMATURE  
\*\*\*\*\*  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE  
LA PREVENTION  
\*\*\*\*\*  
SECRETARIAT D'ETAT  
\*\*\*\*\*  
SECRETARIAT GENERAL  
\*\*\*\*\*  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE-MERE ET ENFANT  
\*\*\*\*\*  
DIRECTION ADMINISTRATIVE, FINANCIERE ET DU MATERIEL   
\*\*\*\*\*  
SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES   
\*\*\*\*\*  
N° 1302/PT/PM/MSP/SE/SG/CHU- ME/DAFM/SRH/2023

Unité – Travail – Progrès  
وحدة - عمل - تقدم

جمهورية تشاد  
\*\*\*\*\*  
رئاسة الفترة الانتقالية  
\*\*\*\*\*  
رئيس الوزراء  
\*\*\*\*\*  
وزارة الصحة العامة والوقاية  
\*\*\*\*\*  
امانة الدولة  
\*\*\*\*\*  
امانة العامة  
\*\*\*\*\*  
مستشفى الأم والطفل الجامعي  
\*\*\*\*\*  
الإدارة المالية والإدارية والمادية  
\*\*\*\*\*  
قسم الموارد البشرية

N°Djamena, le 13 JUL 2023

### AUTORISATION DE RECHERCHE

Il est autorisé à **BLACKVOUNANDI DAHAYE**, étudiant inscrit en Master II au Département d'Anthropologie à la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Yaoundé I/Cameroun à collecter les informations nécessaires pour ses travaux de recherche à la Direction de la Pédiatrie et à la Direction de la Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant.

Le thème est : « Culture et malnutrition chez les enfants et femmes enceintes au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant de N'djaména, Une contribution à l'anthropologie médicale ».

Ce travail sera dirigé par : **Dr FONJONG LUCY**, enseignant à l'université de Yaoundé I et supervisé par **Monsieur RASSEMBAYE ISAAC**, coordinateur de la Direction de la Pédiatrie, par **Madame ZENABA HABIBA OUCHAR**, coordinatrice de la Direction de la Gynécologie-Obstétrique du CHUME.

La présente autorisation prend effet, à compter du 17 Juillet au 16 Août 2023.

La Directrice Générale Adjointe du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant

  
Dr. DANMADJI NAORGUE LYDIE



**Ampliatiions :**  
DGO/DEEP .....2  
SRH/IG/SG .....3  
UYDEI .....1  
Intéressé/Archive.....2

## 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

### FICHE DE CONCENTEMENT

#### ➤ Qui contacter ?

Professeur, FONJONG LUCY à Université département d'Anthropologie, FALSH de l'Université de Yaoundé I : contact téléphonique 237677871073 :

BLACKVOUNANDI DAHAYE, étudiante en Master II, département d'Anthropologie, université de Yaoundé I, contact : 697633326, Email : blackvounandi@gmail.com

#### ➤ Durée des entretiens

L'entretien durera entre 35 à 45 minutes

#### ➤ Vérification du consentement suit cet ordre

Je soussigné (e) M/Mme/Mlle .....Consens librement à participer à la recherche intitulé « Culture et malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes à l'hôpital de la mère et de l'enfant de Ndjamena au Tchad ».

J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude. Je suis satisfait (e) des explications et réponses que le chercheur m'a fournies.

Signature de l'enquêté..... Nom et signature de l'enquêteur.....

N'Djamena le...../...../2023

Merci de m'avoir permis à vous interroger et d'avoir collaboré

## **ANNEXE 5: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE**

**Titre du projet de recherche :** « culture et malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena au Tchad ». Une contribution à l'anthropologie médicale.

### ➤ **Introduction**

Je m'appelle BLACKVOUNANDI DAHAYE, étudiante à l'université de Yaoundé 1, au département d'Anthropologie. Dans le cadre de la recherche académique en Master II, nous menons une étude sur le thème : « culture et malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'Djamena au Tchad ». Une contribution à l'anthropologie médicale.

### **Buts et objectifs de cette recherche**

Ce master est une recherche qui nous permettra de connaître la culture et la malnutrition des enfants et les femmes enceintes, autour dudit sujet. Cependant, nous allons d'abord d'écrire comment la malnutrition est perçue dans la ville de N'Djamena, ensuite identifier les facteurs socio-économiques qui influence la malnutrition, puis sensibiliser la communauté et les professionnels de santé aux pratiques culturelles et en fin démontrer l'impact et la prise en charge de la malnutrition chez les personnes victimes en prenant en compte les facteurs culturels locaux.

### **Groupes**

### **cibles**

L'étude à pour lieu de recherche, la capitale du Tchad N'Djamena. Elle s'adresse aux personnes victimes de la malnutrition de cette ville, et interpelle la communauté à connaître l'importance de la culture de manière générique.

### ➤ **Description de la procédure**

Votre participation à cette recherche consiste à répondre à des questions dans un entretien individuel et de groupe d'une durée d'environ 35 à 45 minutes. Les entretiens et le FGD seront enregistrés sur un carnet numérique avec votre accord bien sûr. Les questions porteront en premier lieu sur les fondements culturels de la malnutrition des enfants et les femmes enceintes dans la ville de N'Djamena, en second nous verrons les pratiques culturelles qui permettent de comprendre la malnutrition sur la population de N'Djamena et les impacts des pratiques d'aliment liés à la malnutrition des enfants et les femmes enceintes dans la ville. Les

informations que nous recevrons de vous, permettront à contribuer à l'évolution de la

connaissance théorique et pratique des différentes études menées sur la ‘ ‘ culture et malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes à l’hôpital de la mère et de l’enfant de N’Djamena au Tchad ». Une contribution à l’anthropologie médicale. Une contribution à l’anthropologie médicale.

### **Confidentialité et intimité des données**

#### **Confidentialité**

Toutes les données que vous nous fournirez seront gardées et traitées de façon confidentielle. Votre nom, et toutes choses qui pourraient permettre de vous identifier ou identifier les personnes que vous allez mentionner n’apparaîtront pas dans la restitution des données. Si oui, nous affecterons les noms de code lors de l’analyse de données.

#### **Intimité**

Toutes les informations à caractère personnel et intime seront détruites. Les données recueillies ne serviront qu’à des fins de recherche. Toute utilisation ultérieure de ces données sera soumise à l’appréciation du Comité Ethique. Il importe que vous ayez connaissance sur l’éventuel risques physiques et sociaux.

#### **➤ Bénéfices du participant**

Votre participation à cette recherche ne vous apportera pas de bénéfices directs, il permettra de mieux comprendre le ressort de ‘ ‘ culture et malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes à l’hôpital de la mère et de l’enfant de N’Djamena au Tchad. Ainsi, le seul bénéfice sera la satisfaction morale d’avoir contribué à l’avancement des connaissances sur ce thème.

#### **➤ Compensation**

Vous ne serez pas payé pour la participation à cette recherche.

#### **➤ Risques**

-Risques sociaux : Vous pouvez être au sein de la société ou subir d’autres conséquences négatives, si les informations que vous fournirez concernant votre planification temporelle sont relevées à votre entourage.

-Risques physiques : Il y a de risque minime que vous pourrez subir si (et seulement si) certaines informations sur votre vie privée sont rapportées à votre entourage.

- **Volontariat** Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre d'arrêter à n'importe quel moment sans préjudice. Votre identité demeurera anonyme et toutes les informations seront confidentielles. Votre nom ne sera pas écrit ou noté sans votre accord.

## TABLE DES MATÈRES

<b>DEDICACE.....</b>	<b>ii</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>iii</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>v</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS, ACRONYMES ET DES SIGLES.....</b>	<b>vi</b>
<b>LISTE DES CARTES, FIGURE, PHOTOS, SCHEMA ET TABLEAUX.....</b>	<b>viii</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>ix</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>1</b>
1. LE CONTEXTE DE L'ETUDE .....	2
2. LA JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET .....	3
2.1. Les raisons personnelles .....	3
2.2. Les raisons scientifiques .....	3
3. LE PROBLEME DE RECHERCHE.....	4
4. LA PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE.....	5
5. LES QUESTIONS DE LA RECHERCHE .....	6
5.1. La question principale de la recherche.....	6
5.2. Les questions secondaires de la recherche .....	6
6. LES HYPOTHESES DE LA RECHERCHE.....	7
6.1. L'hypothèse principale de la recherche .....	7
6.2. Les hypothèses secondaires de la recherche .....	7
7. LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	7
7.1. L'objectif principal de la recherche .....	7
7.2. Les objectifs secondaires de la recherche .....	7
8. LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE .....	8
8.1. Le type de la recherche .....	8
8.2. Le cadre de recherche .....	8
8.3. La population cible .....	9
8.4. L'échantillonnage .....	9
8.4.1. La procédure d'échantillonnage .....	9
8.4.2. La technique d'échantillonnage.....	9

8.4.3. La procédure d'échantillonnage .....	10
8.4.4. Les informateurs clés .....	10
8.5. Les critères d'inclusion .....	11
8.6. Les critères d'exclusion .....	11
8.7. La méthode de recherche .....	11
8.7.1. Les méthodes de collecte de données.....	11
8.7.2. Les techniques de collecte des données .....	12
8.7.3. Les outils de collectes des données .....	13
8.7.4. La procédure de collecte des données .....	14
8.7.5. La planification de collecte .....	14
8.7.6. La réalisation de collecte .....	15
8.7.7. La gestion des données.....	15
8.7.8. Le traitement des données de terrain.....	15
8.7.9. L'analyse des données de terrain .....	15
8.7.9.2. L'Analyse des données iconographiques .....	16
9. LA CONSIDERATION ETHIQUE.....	16
10. LES INTERETS DE L'ETUDE.....	16
10.1. L'intérêt théorique .....	16
10.2. L'intérêt pratique .....	17
11. LA LIMITE DE LA RECHERCHE.....	17
12. LA DELIMITATION .....	17
12.1. La délimitation spatiale.....	17
12.2. La délimitation temporelle .....	17
13. LES DIFFICULTES RENCONTREES .....	18
14. LE PLAN DU TRAVAIL .....	18
<b>CHAPITRE I : PRESENTATION DES CADRES PHYSIQUE ET HUMAIN DE LA</b>	
<b>VILLE DE NDJAMENA .....</b>	<b>19</b>
I.1. Le milieu physique .....	20
I.1.1. La situation géographique du Tchad.....	20
I.1.2. La situation géographique de la ville de N'Djamena.....	22
I.1.3. Le climat .....	23
I.1.4. Le relief.....	24
I.1.5. Les sols à dominance ferrugineuse et ferralitique.....	24
I.1.6. La température .....	24

I.1.7. Les précipitations .....	26
I.1.8. Le réseau hydrographique .....	26
I.1.8.1. Le régime des cours d'eau, débits et déversement .....	26
I.1.9. Les formations végétales.....	27
I.1.9.1. La faune et la flore .....	27
I.1.9.1.1. La faune .....	27
I.1.9.1.2. La flore .....	27
I.2. Le cadre humain .....	28
I.2.1. La démographie .....	28
I.2.2. Les potentialités culturelles.....	29
I.2.3. L'organisation sociale et administrative .....	29
I.2.3.1 L'organisation sociale .....	29
I.2.3.2. L'organisation administrative .....	30
I.2.4. Les infrastructures sociales et équipements .....	30
I.2.4.1. L'eau et l'électricité .....	31
I.2.5. Les infrastructures sanitaires et éducatives .....	31
I.2.5.1. Les infrastructures sanitaires .....	31
I.2.5.1.1. L'historique et la présentation de l'hôpital de la mère et de l'enfant (HME) .....	32
I.2.5.2. Les infrastructures éducatives .....	33
I.2.6. Les principales activités économiques.....	33
I.2.6.1. Les voies de communications .....	34
I.2.6.2. Les activités agropastorales.....	34
I.2.7. Les habitats .....	35
I.2.8. Les habitudes alimentaires .....	35
I.2.9. La religion .....	36
I.2.9.1. Le rite et la croyance aux forces occultes .....	36
I.3. Les relations entre le milieu physique et le milieu humain .....	36
I.3.1. Le rapport entre la culture, la malnutrition et le cadre physique. ....	37
I.3.2. Le rapport entre la culture, la malnutrition et le cadre humain.....	37
<b>CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE, CADRES THEORIQUE ET CONCEPTUEL .....</b>	<b>39</b>
II.1. La revue de la littérature.....	40
II.1.1. L'évolution de la malnutrition .....	40

II.1.2. La littérature sur la malnutrition des enfants et des femmes enceintes .....	42
II.1.3 Les approches socio-culturelles de la malnutrition .....	47
II.1.4. La malnutrition et la pauvreté.....	50
II.1.5. La malnutrition et le niveau d’instruction des parents .....	51
II.1.6. La malnutrition et le milieu naturel .....	52
II.2. Le cadre théorique .....	52
II.2.1. La théorie de la représentation sociale.....	52
II.2.2. L’Ethno-perspective .....	54
II.2.3. Le fonctionnalisme .....	55
II.2.4. L’opérationnalisation des théories.....	56
II.2.5. L’originalité du travail.....	56
II.3. Le cadre conceptuel.....	57
II.3.1. La culture .....	57
II.3.2. La malnutrition .....	57
II.3.3. Le pluralisme thérapeutique .....	58
II.3.4. La biomédecine.....	58
II.3.5. L’ethnomédecine .....	59
II.3.6. La santé.....	59

### **CHAPITRE III : LES REPRESENTATIONS SOCIOCULTURELLES DE LA MALNUTRITION DES FEMMES ENCEINTES ET DES ENFANTS DANS LA VILLE DE N’DJAMENA .....60**

III.1. Les taxonomies de la malnutrition .....	61
III.1.1. La taxonomie en langue massa.....	61
III.1.2. La taxonomie de la malnutrition en Arabe .....	61
III.1.3. La taxonomie de la malnutrition en Ngambaye .....	62
III.1.4. La taxonomie de la malnutrition en Moussey .....	62
III. 2. Les connaissances de la malnutrition chez les enfants et chez les femmes enceintes dans la ville de N’Djamena.....	62
III.2.1. Les connaissances de la malnutrition infantile.....	63
III.2.1.1. Les facteurs de connaissance de la malnutrition par les parents .....	63
III.2.1.2. La connaissance d’ordre clinique .....	65
III.2.2. Les connaissances de la malnutrition chez les femmes enceintes.....	68
III.2.2.1. La connaissance populaire de la malnutrition chez les femmes enceintes ....	68
III.2.2.2. Les connaissances biomédicales de la malnutrition des femmes enceintes ..	69

III.3. Les étiologies de la malnutrition.....	71
III.3.1. L'étiologie biomédicale de la malnutrition infantile et de la femme enceinte.....	71
III.3.2. Les étiologies populaires de la malnutrition des femmes enceintes et des enfants dans la ville de N'Djamena .....	75
III.3.2.1. La malnutrition due aux personnes méchantes, jalouses : les sorciers.....	75
III.3.2.2. La malnutrition : Insuffisance alimentaire.....	76
III.3.2.3. La malnutrition due aux phénomènes socio-naturels .....	77
III.4. Les représentations de la malnutrition dans la ville de N'djamena .....	79
III.4.1. Les représentations populaires de la malnutrition infantile et des femmes enceintes dans la ville de N'Djamena. ....	79
III.4.1.1. La malnutrition : une maladie dangereuse.....	79
III.4.1.2. La malnutrition comme une sous-alimentation .....	80
III.4.1.3. Les représentations liées aux interdits alimentaires .....	81
III.4.1.4. Les représentations liées aux interdits comportementaux .....	82
III.4.2. Les représentations biomédicales de la malnutrition .....	84
<b>CHAPITRE IV : STRATEGIES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION DES ENFANTS ET DES FEMMES ENCEINTES A L'HOPITAL MERE ET ENFANT DE N'DJAMENA AU TCHAD.....</b>	<b>89</b>
IV.1. La recherche de soins par les familles en cas de la malnutrition.....	90
IV.1.1. Les soins domestiques de la malnutrition en automédication.....	90
IV.1.2. Le choix des pratiques de la médecine moderne.....	92
IV.1.3. Le choix de recours à la médecine traditionnelle.....	94
IV.2. Les différents types de traitement de la malnutrition des enfants et des femmes enceintes dans la ville N'Djamena.....	96
IV.2.1. Les traitements élaborés et administrés par les parents au sein de la famille .....	96
IV.2.2. La prise en charge de la malnutrition au sein de l'hôpital mère et enfant de N'Djamena .....	103
IV.2.3. La prise en charge de la malnutrition par la médecine traditionnelle .....	111
<b>CHAPITRE V : REGARD ANALYTIQUE ET INTERPRETATION ANTHROPOLOGIQUE DE LA MALNUTRITION DES ENFANTS ET DES FEMMES ENCEINTES DANS LA VILLE DE N'DJAMENA AU TCHAD.....</b>	<b>115</b>
V.1. De la culture des personnes malnutries dans la ville de N'Djamena .....	116
V.2. De la culture dans la malnutrition .....	117
V.3. Les représentations sociales de la malnutrition.....	117

V.4. Les croyances culturelles .....	118
V.5. L'automédication en cas de prise en charge de la malnutrition infantile et des femmes enceintes.....	118
V.6. Les alicaments.....	119
V.7. La médecine traditionnelle.....	120
V.8. La médecine moderne .....	121
V.9. La relation entre l'ethnomédecine et la biomédecine .....	121
V.10. Les causes surnaturelles de la malnutrition.....	123
V.11. La valeur des médicaments consommés par les malnutris .....	123
V.12. Les pratiques préventives de la malnutrition à l'hôpital mère et enfant de N'Djamena .....	126
V.12.1. L'allaitement maternel exclusif et alimentation de complément .....	126
V.12.2. La participation à la consultation prénatale (CPN) .....	127
V.12.3. L'observation de l'abstinence sexuelle pendant l'allaitement .....	127
V.12.4. L'Arrêt de la conception pendant l'allaitement.....	128
V.13. Les feuilles de moringa .....	129
V.14. Les stratégies développées par les familles pour la prise en charge de la malnutrition .....	130
V.15. La consommation des aliments .....	130
V.16. Le niveau économique du ménage et la malnutrition .....	131
V.17. Les thérapies endogènes naturelles de la malnutrition.....	132
V.18. La notion d'interculturalité dans la prise en charge de la malnutrition.....	132
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>134</b>
<b>SOURCES.....</b>	<b>141</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>157</b>