

RAPPORT FINAL

link nca

NUTRITION CAUSAL ANALYSIS

District sanitaire de Tokombéré,
Département du Mayo-Sava, Région de l'Extrême-Nord,
Cameroun
Janvier - Septembre 2023



REMERCIEMENTS

L'analyse causale de la sous-nutrition (Link NCA) dans la zone d'intervention du projet CPP 2¹ dans le district sanitaire de Tokombéré, Département du Mayo-Sava, Région de l'Extrême-Nord, Cameroun a été rendue possible grâce au financement de l'Agence Française de Développement (AFD).

L'étude a été menée par *Lenka Blanárová*, Senior Nutrition Assessment Coordinator, Référente Technique Link NCA, Action Contre la Faim Royaume Uni, sous la supervision des points focaux de cette étude: *Joana Cortez Alves*, Responsable de Département Santé Nutrition, Action Contre la Faim, Cameroun et *Olivia Freire*, Référente Technique Opérationnelle Santé Nutrition, Action Contre la Faim, France, avec des contributions importantes de *Patrizia Pajak*, Analyste de données quantitatives, Action Contre la Faim Royaume Uni.

L'équipe Link NCA souhaite adresser ses remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à cette étude et/ou ont facilité son déroulement, notamment:

À la Direction de la Promotion de la Santé, Ministère de Santé Publique du Cameroun, et notamment à Mme *Mahamat Marlyse*, Chef de Service de la Diététique et des Interventions Nutritionnelles, à la Direction Régionale de Santé Publique de l'Extrême Nord, notamment à Mme *Adjourne Fatima*, Point Focal Nutrition et M. *Haminou Adamou*, Point Focal Santé Mentale et à la Direction du District de Santé de Tokombéré, notamment à Dr *Abdal Jean*, Médecin Chef de District pour leur soutien et accompagnement. Aux autorités administratives et coutumières dans les cantons échantillonnés pour l'assurance de sécurité à l'équipe Link NCA; à tous les chefs de villages et aux notables de la zone d'étude pour leur accueil chaleureux et orientations précieuses, et à tous les résidents des localités échantillonnées et/ou croisés au hasard pour leur hospitalité et leur franche collaboration.

À tous les experts techniques et partenaires opérationnels du projet CPP 2 pour le partage de leur riche expertise, assurant ainsi la haute qualité de l'étude.

À Mme *Céline Bernier*, Spécialiste en Nutrition, UNICEF pour le partage de bases de données des enquêtes SMART.

Un remerciement spécial est adressé à toute l'équipe qualitative pour leurs efforts exceptionnels dans les conditions éprouvantes lors de la collecte des données.

Cette étude n'aurait pas été possible sans le travail et l'engagement exceptionnel de toutes les personnes impliquées.

¹ Convention de Partenariat Pluriannuel établie entre Agence Française de Développement et Action Contre la Faim.

ABBREVIATIONS

ACF	Action Contre la Faim
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
CFSVA	Comprehensive Food Security, Nutrition Security, and Vulnerability Analysis
CSI	Centre de Santé Intégré
CPN	Consultation Périnatale
CPP	Convention de Partenariat Pluriannuel (<i>établie entre Agence Française de Développement et Action Contre la Faim</i>)
CNAM	Centre Nutritionnel Ambulatoire Modéré
CNAS	Centre de Nutrition Ambulatoire Sévère
CNTI	Centre de Nutrition Thérapeutique en Interne
DPT3	3 ^{ème} vaccination contre la Diphtérie, Coqueluche et Tétanos
EAH	Eau, Assainissement et Hygiène
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENA	Emergency Nutrition Assessment (Enquête Nutritionnelle d'Urgence)
ESD	Entretien Semi-Directif
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance
FAO	Food and Agriculture Organization
FCS	Food Consumption Score (Score de Consommation Alimentaire)
FEFA	Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes
FGD	Discussion de Groupe
HDDS	Household Dietary Diversity Score (Cf. Score de la Diversité Alimentaire des Ménages)
HHS	Household Hunger Scale (Indice de la Faim des Ménages)
IC	Intervalle de Confiance
IDDS	Individual Dietary Diversity Score (Score de la Diversité Alimentaire d'un Individu)
IP	Insuffisance Pondérale
IPC	Integrated Phase Classification (Cadre intégré de classification de la Sécurité Alimentaire)
IRA	Infections Respiratoires Aigües
ISAr	Indice des Stratégies d'Adaptation réduit (Cf. rCSI)
LCD	Litres per capita par jour
Link NCA	Analyse Causale de la Sous-Nutrition
MA	Malnutrition Aigüe
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAHFP	Months of Adequate Household Food Provisioning (Mois d'Approvisionnement Alimentaire Adéquat pour les Ménages)
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MCG	Malnutrition Chronique Globale
MCM	Malnutrition Chronique Modérée
MCS	Malnutrition Chronique Sévère
MDD	Minimum Dietary Diversity (Diversité Alimentaire Minimale)
MDD-W	Minimum Dietary Diversity-Women (Diversité Alimentaire Minimale-Femmes)
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre Brachial
PCMA	Prise en Charge de Malnutrition Aigue
PPS	Probability Proportionate to Size (Probabilité proportionnelle à la taille)
P/T	Indice Poids/Taille
rCSI	Reduced Coping Strategy Index (Cf. ISAr)
SAME	Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence
SDAM	Score de la Diversité Alimentaire des Ménages (Cf. HDDS)
SMART	Standardized Monitoring for Assessment in Relief & Transitions
SMPS	Santé Mentale et Pratiques de Soins
T/A	Indice Taille/Age
UNICEF	United Nations' Children's Fund

FIGURES

Figure 1	Perceptions communautaires de schémas causaux de la sous-nutrition, District sanitaire Tokombéré
Figure 2	Evolution de la prévalence de la malnutrition aigüe dans la région de l'Extrême Nord dans les 10 dernières années
Figure 3	Evolution de la prévalence du retard de croissance dans la région de l'Extrême Nord dans les 10 dernières années
Figure 4	Evolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale dans la région de l'Extrême Nord dans les 10 dernières années
Figure 5	Evolution de la prévalence de la malnutrition aigüe chez les femmes 20-49 dans la région de l'Extrême Nord dans les 10 dernières années
Figure 6	Schéma causal de la malnutrition aigüe, District sanitaire Tokombéré
Figure 7	Schéma causal du retard de croissance, District sanitaire Tokombéré
Figure 8	Schéma causal de l'insuffisance pondérale, District sanitaire Tokombéré
Figure 9	Synthèse de données disponibles pour trois types de la sous-nutrition, District sanitaire Tokombéré

TABLEAUX

Tableau 1	Résumé des observations disponibles pour la Région de l'Extrême Nord du Cameroun, MICS 2014
Tableau 2	Résumé des observations disponibles pour la Région de l'Extrême Nord du Cameroun, SMART 2017
Tableau 3	Résumé des observations disponibles pour la Région de l'Extrême Nord du Cameroun, EDS 2018
Tableau 4	Cadre d'échantillonnage pour la collecte de données qualitatives Link NCA, District sanitaire Tokombéré
Tableau 5	Résumé des consultations communautaires lors de l'étude qualitative Link NCA, District sanitaire Tokombéré
Tableau 6	Liste de termes locaux utilisés pour décrire la malnutrition aigüe, District sanitaire Tokombéré
Tableau 7	Résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement de deux formes de la malnutrition aigüe, District sanitaire Tokombéré
Tableau 8	Liste de termes locaux utilisés pour décrire le retard de croissance, District sanitaire Tokombéré
Tableau 9	Résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement du retard de croissance, District sanitaire Tokombéré
Tableau 10	Résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement des maladies infantiles, District Sanitaire Tokombéré
Tableau 11	Calendrier saisonnier pour les morbidités infantiles, District Sanitaire Tokombéré
Tableau 12	Résultats de l'exercice participative sur la composition des repas, District Sanitaire Tokombéré
Tableau 13	Exemple de rotation hebdomadaire sur les marchés locaux, District Sanitaire Tokombéré
Tableau 14	Résumé des événements marquants dans le District sanitaire Tokombéré
Tableau 15	Répartition de pouvoir de décision au sein de ménage, District sanitaire Tokombéré
Tableau 16	Synthèse de la catégorisation des facteurs de risque, District sanitaire Tokombéré
Tableau 17	Associations non-ajustées entre les facteurs de risque et la classification binaire de l'émaciation, du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale démontrées par régression logistique, MICS 2014
Tableau 18	Associations non-ajustées entre les facteurs de risque et la classification binaire de l'émaciation, du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale démontrées par régression linéaire, MICS 2014
Tableau 19	Associations non-ajustées entre les facteurs de risque et la classification binaire de l'émaciation, du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale et de l'anémie démontrées par régression logistique, EDS 2018

Tableau 20	Associations non ajustées entre les facteurs de risque et la classification binaire de l'émaciation, du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale et de l'anémie démontrées par régression linéaire, EDS 2018
Tableau 21	Associations non-ajustées entre les facteurs de risque et la classification binaire de l'émaciation, du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale démontrées par régression logistique, SMART 2017
Tableau 22	Associations non ajustées entre les facteurs de risque et la classification binaire de l'émaciation, du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale démontrées par régression linéaire, SMART 2017

TABLE DES MATIERES

SYNTHESE EXECUTIVE.....	7
I. INTRODUCTION.....	11
II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	12
III. METHODOLOGIE.....	12
IV. RÉSULTATS.....	21
SOUS-NUTRITION.....	21
SANTÉ ET NUTRITION.....	29
SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS.....	52
SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS D'EXISTENCE.....	63
EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE.....	82
GENRE.....	87
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	102
Annexes.....	109

SYNTHÈSE EXECUTIVE

La Région de l'Extrême-Nord est la province la plus septentrionale de la République du Cameroun. Elle est limitée par le Lac Tchad au Nord-Est et par le Nigeria à l'Ouest. Le réseau hydrique dense du Lac Tchad confère à la zone deux avantages distincts: des pâturages riches et des sols argileux et limoneux humides et fertiles qui soutiennent des cultures principales en saison sèche ainsi qu'en saison pluvieuse.² La situation humanitaire dans la région de l'Extrême Nord Cameroun reste préoccupante en raison de la persistance de l'insécurité liée aux violences de groupes [...] armés [non-étatiques]. Cela entraîne d'importants mouvements de population à l'intérieur de la région, les populations des zones frontalières se déplaçant vers des zones plus sûres plus à l'intérieur.³ La région est l'une des plus diversifiées du Cameroun sur le plan ethnique et culturel. Plus de 50 groupes ethniques différents peuplent la région.

La population du district sanitaire de Tokombéré est estimée à 162.668⁴ individus, composée de plusieurs groupes ethniques dont les plus importants sont les Mada, les Zoulgo, les Mouyang, les Molko, les Mandara, les Gemjeck, les Guiziga, les Ouldémé, les Bokou et les Bornoua. Les différents groupes ethniques entretiennent de bonnes relations entre elles et avec les autorités administratives. Les religions dominantes sont le christianisme, l'animisme et l'islam. Les principales activités économiques identifiées dans la commune sont : l'agriculture, l'élevage (bovins, ovins, caprins), l'artisanat, la transformation des produits agricoles, et le petit commerce.⁵

Action Contre la Faim (ACF) intervient dans la région de l'Extrême Nord depuis 2016. En réponse aux crises du bassin du Lac Tchad, l'organisation a mis en œuvre des projets dans des domaines d'actions divers relevant de son expertise: Sécurité Alimentaire, Santé/Nutrition, Santé Mentale et Pratiques de Soins, Eau, Hygiène & Assainissement. Ces interventions sont réalisées dans les départements du Logone et Chari, Mayo Sava, Mayo Tsanaga et le Mayo Kani et s'inscrivent dans un contexte d'urgence et de développement. Dans le district sanitaire de Tokombéré, Action Contre la Faim a mis en œuvre multiples projets, y compris le CPP 2¹ dont un des objectifs spécifiques est d'améliorer la prise en considération des facteurs sous-jacents de la sous-nutrition dans les programmes et politiques d' ACF, de la société civile et de l'Etat. La réalisation de l'étude Link NCA a permis de mieux comprendre ces facteurs de risque multi-sectoriels et de prioriser les interventions du projet, en s'assurant l'engagement communautaire à toutes ces phases.

Résultats clés

Les analyses entreprises au cours de cette étude Link NCA ont permis de catégoriser 20 facteurs de risque, susceptibles d'avoir de l'effet sur la prévalence de la sous-nutrition (malnutrition aigüe, malnutrition chronique et insuffisance pondérale) dans la zone d'étude. Suite à une triangulation de données provenant de sources diverses, cinq (5) facteurs de risque ont été identifiés comme ayant un impact majeur, sept (7) facteurs de risque ont été classés comme ayant un impact important et huit (8) facteurs de risque ont été considérés comme ayant un impact mineur. Parmi les facteurs de risque majeurs, deux ont été identifiés dans le secteur de la santé, à savoir le faible espacement de naissance, grossesses précoces, répétitives ou non-désirées et le faible état nutritionnel des femmes, un facteur de risque a été identifié dans le secteur de la santé mentale et pratiques de soins, à savoir les pratiques d'alimentation des enfants 6-23 mois non-optimales, un facteur de risque a été identifié dans le secteur de la

² Action Contre La Faim, 'Enquête Nutritionnelle et De Mortalité Smart Dans Quatre Aires De Santé Des Districts Sanitaires De Gouffey, De Makary et Kousseri. Département Du Logone-Chari, Région De L'extrême Nord - Cameroun'.

³ Action Contre La Faim.

⁴ Estimation du District Sanitaire de Tokombéré pour l'année 2023, tenant compte du taux d'accroissement annuel.

⁵ République du Cameroun, 'Plan Communal de Développement (PCD) de La Commune De Tokombere'.

sécurité alimentaire et les moyens d'existence, à savoir le faible accès aux sources de revenu, un facteur a été identifié dans le secteur de genre, à savoir le faible support social des femmes.

D'après la population, la sous-nutrition est provoquée par le faible accès aux revenus dû à l'indisponibilité des activités génératrices de revenu dans la zone d'étude et/ou le changement de leur capacité de générer le revenu par rapport aux années antérieures. Parmi les raisons les plus citées figurent l'indisponibilité de terres cultivables sous la pression démographique et l'infertilité de ces terres causée par la surutilisation. Par conséquent, l'accès à l'alimentation de qualité est considérablement réduit avec un effet direct sur l'état nutritionnel des femmes - et leurs capacités d'allaiter les enfants - et/ou sur les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

En parallèle, le faible accès aux revenus diminue le niveau du support accordé aux femmes qui ensuite augmente leur charge de travail et joue sur leur bien-être mental, surtout pendant la saison pluvieuse quand la charge de travail est particulièrement élevée et la disponibilité des aliments réduite. En d'autres mots, les femmes sans soutien approprié se trouvent à jongler entre des responsabilités au sein de ménage et des nouvelles responsabilités liées à la génération de revenu pour combler les besoins de leurs enfants. Ceci les éloigne du foyer avec des conséquences importantes sur leurs pratiques de soins. Dans les communautés chrétiennes/animistes, la population associe le faible support aux femmes à la propagation de la polygamie, les relations extraconjugales et la déresponsabilisation graduelle des hommes envers leurs épouses.

Le faible accès aux revenus influe aussi les stratégies de résilience du ménage qui peuvent transmuier vers leur forme négative si le ménage épuise d'autres options disponibles au cours des années. Entre autres, les femmes tentent de sécuriser leur survie à travers leur progéniture, supposant qu'un nombre croissant d'enfants qu'elles accouchent augmente leurs chances d'être convenablement prise en charge lors de leur vieillesse. Ceci se traduit en absence de la planification familiale qui est d'ailleurs imposée par un désir des maris d'avoir une grande lignée des héritiers. Il va sans dire que les naissances répétitives affaiblissent l'état nutritionnel des femmes et augmentent leur charge de travail. Il est aussi important à noter que la consommation d'alcool en tant que stratégie de résilience, surtout pour les hommes, joue négativement sur la disponibilité de ressources financières dans le ménage aux fins de la prise en charge optimale de ses membres.

Ces perceptions ont été confirmée lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis de leurs frères ou sœurs non-malnutris, pendant laquelle les mères ont constaté un manque de support et une surcharge de travail, surtout pendant la grossesse. La majorité se sont plaintes des complications pendant la grossesse, lors de l'accouchement et/ou pendant la période post-partum, tandis que presque une moitié a admis d'avoir subi des difficultés de bien-être mental pendant ces périodes. Un tiers des femmes a signalé des chocs au niveau de ménage pendant la grossesse, y compris le départ du mari en migration, la perte de l'activité génératrice de revenu (chômage), le décès du mari ainsi que des problèmes conjugaux. Une quasi moitié d'enfants dans l'échantillon ont été nés plus petit que la moyenne et décrits « malades » dans les heures et/ou jours suivant leur naissance. Plus de trois quarts des mères ont jugé qu'elles n'ont pas consommé des aliments en quantité et qualité suffisantes pendant la période de grossesse, aucune mère n'a pensé qu'elle a consommé des aliments en qualité suffisante pendant la période d'allaitement. Plus d'une moitié d'enfants malnutris n'a pas été allaité exclusivement, un cinquième des femmes a signalé des problèmes de production du lait maternel. Parmi les femmes qui ont introduit des aliments de complément précocement ou tardivement figurent les femmes qui devaient sevrer leurs enfants dû à la nouvelle grossesse et les femmes traversant des périodes difficiles, y compris le divorce.

Il est important à noter que la situation actuelle est influencée par des multiples chocs auxquelles les communautés ont dû faire face dans les derniers 10-20 ans, y compris la crise

sécuritaire déclenchée par les groupes armés non-étatiques. Par conséquent, les communautés évitent de « sortir la tête de la foule », de démontrer leur richesse par peur d'attirer l'attention et surtout la jalousie de personnes qui pourraient les déposséder de leurs biens. Ainsi, la communauté maintient un niveau de pauvreté ambiant et freine son potentiel au développement afin de protéger leur survie. Au niveau du ménage, les hommes se noient sous la pression de leurs responsabilités de plus en plus pesantes tandis que les femmes se trouvent en situation de dépendance.

Sur la base de données disponibles (MICS 2014, SMART 2017 et EDS 2018), les associations statistiques par le biais des régressions logistiques et linéaires ont permis d'observer des similitudes ainsi que des différences entre les facteurs de risque de la malnutrition aigüe (émaciation), du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale.

Les facteurs de risque communs pour l'*émaciation* sur la base de l'indice Poids/Taille, le *retard de croissance* sur la base de l'indice Taille/Âge et l'*insuffisance pondérale* sur la base de l'indice Poids/Âge comprennent la fièvre, un nombre de naissances dans le ménage, et la consommation des céréales et d'autres légumes. Les facteurs de protection communs pour ces trois déficits nutritionnels incluent l'indice de Masse Corporelle (IMC) de la mère et l'accès à l'électricité dans le ménage.

Aucun facteur de risque et/ou de protection commun n'a été identifié pour l'*émaciation* et le *retard de croissance*. Deux facteurs de protection communs, à savoir le score de richesse combiné et un nombre de visites prénatales, a été identifié pour l'*émaciation* et l'*insuffisance pondérale*.

Une majorité de chevauchements a été observée entre le retard de croissance et l'insuffisance pondérale. Les facteurs de risque communs pour ces deux déficits nutritionnels comprennent le lieu d'accouchement (domicile), un nombre de mois d'allaitement (bas), le père ayant d'autres épouses, l'argent étant une barrière d'accès aux services de santé ainsi que la consommation des légumes à feuilles vertes et des légumineuses. D'ailleurs, le risque plus élevé de retard de croissance et d'insuffisance pondérale s'appliquait également aux enfants dont les mères n'ont pas pu manger des aliments nutritifs et sains au cours des 12 mois précédant l'enquête, aux enfants dont les mères ont presque toujours mangé la même chose et aux enfants dont les mères se sont inquiétées de ne pas avoir assez à manger. Les facteurs de protections communs pour le retard de croissance et l'insuffisance pondérale incluent l'âge de l'enfant (<24 mois), l'enfant étant mis au sein dans la première heure après l'accouchement, l'enfant encore allaité, la taille de la mère, le niveau d'instruction du chef de ménage et/ou le niveau d'instruction de la mère (primaire), l'estimation de la joie de la mère (assez ou très joyeuse), la possession d'une télévision et/ou l'accès aux informations à travers la radio et/ou la télévision.

Recommandations

Sur la base de ces résultats, les activités suivantes sont recommandées d'être incorporées dans le cadre du projet CPP 2 et/ou dans les projets complémentaires mis en œuvre dans la zone d'étude:

- Diffuser les principaux résultats de cette étude Link NCA auprès de tous les partenaires étatiques, non-étatiques et communautaires actifs dans le district sanitaire de Tokombéré afin d'encourager leur prise en compte dans les politiques, stratégies et plans d'actions respectifs⁶, en appuyant spécifiquement les groupements villageois dans le développement des interventions bénéficiant aux femmes surtout pendant la saison pluvieuse;

⁶ Recommandations issues de l'atelier technique final qui a eu lieu le 11 Septembre 2023 à Tokombéré se trouve en Annexe I.

- Renforcer les activités du plaidoyer, notamment auprès du Ministère de Mines, Eau et Energie (MINEE), sur les besoins en électricité dans les zones hors réseau, ainsi qu'auprès d'autres partenaires d'investir dans les interventions transversales, telles que l'installation des panneaux solaires, etc;
- Accentuer des actions communautaires de gestion locale de la sécurité associée à un plaidoyer auprès des autorités administratives locales dans la gestion des menaces sécuritaires sur les moyens d'existence des populations.
- Stimuler le dialogue communautaire pour évaluer les rôles et responsabilités au sein des ménages par rapport aux pressions socio-économiques actuelles afin de rééquilibrer les rôles, responsabilités et le pouvoir de décision des hommes et des femmes dans le ménage, tout en respectant leurs positionnements culturels et religieux. L'enjeu sera de créer un environnement favorable qui permettra aux femmes de construire une plus grande indépendance économique, les habilitant à sécuriser des moyens économiques pour les soins d'enfants et prendre des décisions à cet égard, sans déstabiliser davantage le positionnement de l'homme en tant que chef de ménage et ses responsabilités envers les membres de son ménage. Ceci devrait inclure les discussions sensibles sur la planification familiale afin de permettre aux femmes et aux hommes de prendre des décisions éclairées par rapport à la taille de leur ménage, en assurant la bonne santé de tous les membres ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge dans les structures sanitaires des femmes enceintes, parturientes et post-partum, notamment celles qui subissent des complications de santé et/ou leur état nutritionnel et mental est perturbé par des difficultés vécues au niveau du ménage. Encourager le développement des stratégies de support social et/ou communautaire pendant la période des 1000 jours.

I. INTRODUCTION

Le Cameroun, pays d'Afrique Centrale, a une superficie de 475 650 km². Il est limité à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine, au Nord-Est par le Tchad. Depuis 2015, le Cameroun compte 10 régions, 58 départements et 360 arrondissements.⁷ Le Cameroun est souvent présenté comme l'Afrique en miniature avec une grande diversité autant socio-culturelle qu'agroécologique. Du lac Tchad jusqu'au golfe de Guinée et des forêts équatoriales de l'Est et du Sud jusqu'au haut plateau de l'Ouest, le pays offre une grande diversité et disponibilité alimentaire.⁸

La Région de l'Extrême-Nord est la province la plus septentrionale de la République du Cameroun. Elle est limitée par le Lac Tchad et le Tchad au Nord-Est et par le Nigeria à l'Ouest. La province est l'une des plus diversifiées du Cameroun sur le plan ethnique et culturel. Plus de 50 groupes ethniques différents peuplent la région, y compris les Arabes Choa et les Kotoko. La zone constitue la bordure sud du bassin du Lac Tchad et elle est richement drainée par les affluents du Lac. La rivière El Beid coule au nord-ouest du parc national de Kalamalou et forme le tronçon de la frontière entre le Cameroun et le Nigéria. Le Logone s'élève à l'ouest du territoire et s'écoule vers le nord pour former la majeure partie de la frontière entre l'Extrême-Nord et le Tchad. Il rencontre finalement le Chari, qui monte également au Tchad. Le Chari forme le reste de la frontière Tchad-Cameroun en commençant à Kousséri avant de se jeter dans le lac Tchad. Ce réseau hydrique dense confère à la zone deux avantages distincts une fois que l'eau se retire après les pluies: des pâturages riches et des sols argileux et limoneux humides et fertiles qui soutiennent une culture principale de sorgho en saison sèche, ainsi que du maïs et des produits maraîchers.⁹

Le climat est de type sahélien, chaud et sec avec une longue période sèche suivie d'une courte saison de pluies (3 mois de Juin à Août) dont les 400-600 mm de précipitations annuelles sont suffisantes pour permettre la production de sorgho et de maïs pluviaux, ainsi que de niébé et de riz pluvial. Dans le même temps, la production de riz irrigué est importante, avec deux récoltes dans des localités particulièrement favorables.¹⁰

La situation humanitaire dans la région de l'Extrême Nord Cameroun reste toujours préoccupante en raison de la persistance de l'insécurité liée aux violences de groupes extrémistes armés. Cela entraîne d'importants mouvements de population. Ces déplacements concernent essentiellement des mouvements à l'intérieur du Cameroun, les populations des zones frontalières se déplaçant vers des zones plus sûres plus à l'intérieur du département ou à proximité d'une caserne militaire.¹¹

La population du district sanitaire de Tokombéré est estimée à 162.668⁴ individus, composée de plusieurs groupes ethniques dont les plus importants sont les Mada, les Zoulgo, les Mouyang, les Molko, les Mandara, les Gemjeck, les Guiziga, les Ouldémé, les Bokou et les Bornoua. Les différents groupes ethniques entretiennent de bonnes relations entre elles et avec l'autorité administrative. Les religions dominantes sont le christianisme, l'animisme et l'islam. Les principales activités économiques identifiées dans la commune sont : l'agriculture, l'élevage (bovins, ovins, caprins), l'artisanat, la transformation des produits agricoles, et le petit commerce.¹²

⁷ République du Cameroun, 'Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) Au Cameroun'.

⁸ United Nations International Children's Emergency Fund and Ministère de la Santé Publique Cameroun, 'Enquête Nutritionnelle SMART 2015. Régions de l'Extrême Nord, Du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est Du CAMEROUN'.

⁹ Action Contre La Faim, 'Enquête Nutritionnelle et De Mortalité Smart Dans Quatre Aires De Santé Des Districts Sanitaires De Gouffey, De Makary et Kousséri. Département Du Logone-Chari, Région De L'extrême Nord - Cameroun'.

¹⁰ Action Contre La Faim.

¹¹ Action Contre La Faim.

¹² République du Cameroun, 'Plan Communal de Développement (PCD) de La Commune De Tokombere'.

Action Contre la Faim (ACF) intervient dans la région de l'Extrême Nord depuis 2015. En réponse aux crises du bassin du Lac Tchad, l'organisation a mis en œuvre des projets dans des domaines d'actions divers relevant de son expertise: Sécurité Alimentaire, Santé/Nutrition, Santé Mentale et Pratiques de Soins, Eau, Hygiène & Assainissement. Ces interventions sont réalisées dans les départements du Logone et Chari, Mayo Sava, Mayo Tsanaga et le Mayo Kani et s'inscrivent dans un contexte d'urgence ou de développement. Dans le district sanitaire de Tokombéré, Action Contre la Faim a mis en œuvre multiples projets, y compris le CPP 2 dont un des objectifs spécifiques est d'améliorer la prise en considération des facteurs sous-jacents de la sous-nutrition dans les programmes et politiques d' ACF, de la société civile et de l'Etat. La réalisation de l'étude Link NCA permettra de mieux comprendre les facteurs de risque multi-sectoriels de la sous-nutrition et de renforcer les réponses programmatiques. L'étude permettra de prioriser les interventions du projet et d'assurer un engagement communautaire fort dans toutes ses phases.

II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

OBJECTIF GLOBAL

Comprendre les mécanismes de la sous-nutrition au niveau local en vue de contribuer à l'amélioration de la pertinence et l'efficacité des stratégies de prévention de la sous-nutrition et plus largement des programmes de sécurité nutritionnelle dans la zone d'intervention d'Action Contre la Faim dans le cadre du projet CPP 2 dans le district sanitaire de Tokombéré, Département de Mayo Savo, Région de l'Extrême-Nord, Cameroun.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Catégoriser les facteurs de risque responsables de la sous-nutrition parmi la population de la zone d'étude;
- Comprendre comment les facteurs de risque responsables de la sous-nutrition interagissent afin de déterminer les schémas causaux de la sous-nutrition susceptibles d'expliquer la plupart des cas de sous-nutrition dans la zone d'étude, y compris l'identification, dans la mesure du possible, des différences potentielles entre les mécanismes causaux de la malnutrition aigüe, de la malnutrition chronique et de l'insuffisance pondérale;
- Identifier les groupes vulnérables à la sous-nutrition (malnutrition aigüe, malnutrition chronique, insuffisance pondérale) parmi la population de la zone d'étude;
- Sur la base des observations communautaires, décrire comment les facteurs de risque responsables de la sous-nutrition au sein de la population de la zone d'étude ont évolué au fil du temps et/ou évoluent au cours des différentes saisons;
- Identifier, via un processus participatif avec les communautés, les leviers et les barrières susceptibles d'influencer les principaux mécanismes causaux de la sous-nutrition, y compris leurs besoins et leurs capacités à y répondre;
- Élaborer des recommandations pour améliorer les programmes de sécurité nutritionnelle dans la zone d'étude.

III. METHODOLOGIE

TYPE DE METHODOLOGIE

Une analyse causale de la sous-nutrition (Link NCA) étudie les multiples facteurs responsables de la sous-nutrition. Elle représente un point de départ pour améliorer l'efficacité et la pertinence des programmes de sécurité nutritionnelle dans un contexte donné¹³. La Link NCA est une étude structurée, participative et holistique qui s'appuie sur le schéma causal de

¹³ Pour plus d'informations sur la méthodologie, veuillez consulter www.linknca.org.

l'UNICEF, ayant pour objectif l'élaboration d'un consensus basé sur les causes plausibles de la sous-nutrition dans un contexte local.

La méthode utilisée dans le cadre de la présente étude est une méthode mixte, combinant un volet qualitatif avec une analyse quantitative, visant à répondre aux questions de recherche suivantes:

- Quels facteurs de risque démontrent des associations statistiques significatives avec la sous-nutrition (malnutrition aigüe, retard de croissance et insuffisance pondérale)?
- Quels mécanismes causaux sont susceptibles d'expliquer la plupart des cas de sous-nutrition?
- Comment l'état et les causes de la sous-nutrition dans cette population ont évolué a) avec le temps du fait de tendances historiques, b) de manière saisonnière du fait d'épisodes cycliques, c) du fait de chocs récents?
- En se basant sur les résultats de l'analyse causale, quelles recommandations peuvent-être émises pour améliorer les programmes de sécurité nutritionnelle? Quel ensemble de facteurs de risque et mécanismes causaux sont susceptibles de pouvoir être influencés par l'action des acteurs en présence, dans un contexte et à une période donnée? Comment relier l'analyse à une réponse programmatique?

ETAPES CLES

A. Phase préparatoire (Janvier – Avril 2023)

La phase préparatoire de l'étude a permis de déterminer les paramètres clés, la couverture géographique et la faisabilité de l'étude Link NCA. Cette phase a compris également les étapes de préparation nécessaire à tout type d'étude, c'est-à-dire le développement de la note conceptuelle, l'identification et la sécurisation des ressources ainsi que l'autorisation du Ministère de la Santé à Yaoundé.

Ensuite, l'Analyste Link NCA a réalisé une revue systématique de la littérature (en utilisant le module Link NCA « Mécanismes de la sous-nutrition » et la littérature grise disponible localement) et de données secondaires. La revue de données secondaires a compris plus de 80 documents de multiples domaines (Santé et Nutrition, Santé Mentale et Pratiques de Soins, Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence, Eau, Assainissement et Hygiène, Genre). La revue de données secondaires a été enrichie par les analyses de données disponibles, notamment les données de l'enquête MICS 2014, SMART 2017 et ESD 2018.

La synthèse de la revue de données secondaires, y compris les analyses de données secondaires, a été présentée aux parties prenantes et experts techniques lors d'un atelier technique initial qui a eu lieu le 19 Avril 2023 à Tokombéré. Les participants de l'atelier ont été sollicité d'apporter leurs contributions par facteur de risque et ensuite de catégoriser les facteurs de risque selon leur appréciation de l'effet de chaque facteur sur la prévalence de la sous-nutrition dans le DS Tokombéré.

B. Analyse de données quantitatives secondaires (Mars - Juin 2023)

De manière générale, l'analyse des données quantitatives secondaires dans le cadre de l'étude Link NCA se focalise sur l'établissement des associations statistiques par le biais des régressions logistiques et linéaires entre l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et différents facteurs de risque évalués à travers des indicateurs individuels et les indicateurs de ménage. Ce type d'analyse permet aussi de différencier entre les facteurs de risque associés à la malnutrition aigüe, le retard de croissance et l'insuffisance pondérale, tout en identifiant des similarités entre ces différentes formes de la sous-nutrition. Dans le cadre de cette étude, l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) de 2014, l'enquête SMART de 2017 et l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2018 ont été utilisées pour l'analyse de données quantitatives secondaires. Les bases de données respectives ont été requises et

obtenues de la part de l'équipe MICS de l'UNICEF¹⁴, de la part de l'équipe SMART d'Action Contre la Faim Canada, et des archives du Programme des Enquêtes Démographiques et de Santé¹⁵, respectivement.

Les bases de données de chaque enquête comprenaient une série d'indicateurs relatifs à l'enfant (6-59 mois) et sa mère, y compris l'anthropométrie, suivi d'une série d'indicateurs sur les pratiques de soins et les conditions de vie dans le ménage. Les variables spécifiques diffèrent d'une enquête à l'autre car elles ont été collectées par des agences différentes.

Dès réception de données, les bases de données ont été filtrés par la région d'intérêt, fusionnés et nettoyés. Les enfants de moins de 5 ans ont été sélectionnés comme l'unité d'analyse principale. Une fois que les bases de données complètes ont été créés, les variables pertinentes pour chaque facteur de risque étudié dans le cadre de cette étude ont été sélectionnés. Les variables présentant un pourcentage élevé (>60%) de données manquantes (codées comme N/A) ont été exclus. Pourtant, en raison de la disponibilité limitée de données, certaines variables avec des données manquantes ont été utilisées avec des limitations de l'utilisation dument reconnues dans les tableaux d'analyse.

Les données signalées comme aberrantes (+/- 5 SD) selon les recommandations de l'OMS ont été exclues des analyses statistiques. Les données signalées comme aberrantes (+/- 3 SD) selon la méthodologie SMART ont été exclues uniquement dans le cas de données SMART 2017. Le nombre d'observations, c'est-à-dire un nombre d'enfants de 6 à 59 mois pour lesquels des informations pertinentes sont disponibles, sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

MICS 2014 : Nombre d'observations pour la Région de l'Extrême-Nord du Cameroun				
Indice	No. enfants avec le déficit nutritionnel	No. enfants sans déficit nutritionnel	Total	Données aberrantes (+/-5 SD)
Taille/Âge	363	550	913	19
Poids/Taille	74	841	915	0
Poids/Âge	251	667	918	3
Poids/Taille + Taille/Âge ⁵⁶	31	876	907	0

Tableau 1 : Résumé des observations disponibles pour la Région de l'Extrême Nord du Cameroun, MICS 2014

SMART 2017 : Nombre d'observations pour la Région de l'Extrême-Nord du Cameroun				
Indice	No. enfants avec le déficit nutritionnel	No. enfants sans déficit nutritionnel	Total	Données aberrantes (+/-3 SD)
Taille/Âge	104	210	314	60
Poids/Taille	8	306	314	2
Poids/Âge	30	284	314	2

Tableau 2 : Résumé des observations disponibles pour la Région de l'Extrême Nord du Cameroun, SMART 2017

EDS 2018 : Nombre d'observations pour la Région de l'Extrême-Nord du Cameroun				
Indice	No. enfants avec le déficit nutritionnel	No. enfants sans déficit nutritionnel	Total	Données aberrantes (+/-5 SD)
Taille/Âge	217	405	622	10
Poids/Taille	54	564	618	0
Poids/Âge	144	482	626	3
Poids/Taille + Taille/Âge ⁵⁶	17	599	616	0

Tableau 3 : Résumé des observations disponibles pour la Région de l'Extrême Nord du Cameroun, EDS 2018

Dans la mesure du possible, les données ont été codées en 0 et 1 pour permettre la régression logistique. Par exemple, le sexe de l'enfant a été codé 1 pour le sexe masculin et 0 pour le sexe

¹⁴ <https://mics.unicef.org/surveys>

¹⁵ <https://dhsprogram.com/Data/>

féminin. Les enfants souffrant des maladies infantiles, tels que la diarrhée, la toux, la fièvre ou l'anémie, ont été codés 1 tant que les enfants ne souffrant pas de ces maladies ont été codés 0. Les ménages possédant des biens ont été codés 1 s'ils possédaient n'importe quel bien ou 0 s'ils ne possédaient aucun. La résidence du ménage a été codé 1 pour le milieu rural et 0 pour le milieu urbain. Les ménages disposant de toilettes, de savon ou traitant l'eau ont été codés 1 tant que les ménages ne possédant pas de ces dispositifs ont été codés 0. Les sources d'eau et les toilettes améliorées ont été codés 0, non améliorés comme 1. Les variables relatives à l'allaitement des enfants et/ou à la diversité alimentaire ont été codées comme 1 si l'enfant a consommé un aliment en question ou 0 s'il n'a pas consommé l'aliment au cours de la période de rappel. Pour les variables continues, tels que l'âge de l'enfant et de la mère, le poids de l'enfant ou l'indice de richesse du ménage, une régression linéaire a été effectuée.

A part des variables liées aux indices Taille/Âge, Poids/Taille, Poids/Âge et Poids/Taille + Taille/Âge, les bases de données EDS 2018 ont aussi permis d'évaluer les niveaux d'anémie pour les enfants de moins de 5 ans et ainsi cette variable a été incluse dans les analyses des données EDS 2018. Ce type d'analyse n'a pas été possible pour les données MICS 2014 et SMART 2017.

C. Collecte de données qualitatives primaires (Avril - Mai 2023)

La collecte de données qualitatives a duré quatre semaines, de 24 Avril au 19 Mai 2023. Elle a consisté en une étude approfondie de tous les facteurs de risque identifiés et validés à l'étape précédente par le biais d'entretiens semi-directifs et de discussions de groupe, constituant deux méthodes principales de collecte de données.

Cadre d'échantillonnage

L'objectif du cadre d'échantillonnage de l'étude qualitative Link NCA n'est pas d'être statistiquement représentatif de la population cible, mais plutôt d'être qualitativement représentatif des différents segments de la population vivant dans la zone d'étude. Afin que les données qualitatives collectées représentent les réalités de la majorité des ménages, un échantillonnage raisonné a été utilisé pour sélectionner des cantons et des villages. Une attention particulière a été accordée à la représentativité des activités économiques, à la composition ethnique et religieuse ainsi qu'au taux d'admissions au CNAS.

Les lignes directrices de la méthodologie Link NCA préconisent la sélection de quatre localités, généralement jugées suffisantes d'achever la saturation des données par suffisance théorique. Les cantons et les villages sélectionnés dans le cadre de cette étude, y compris la raison de leur sélection, se trouvent en Tableau 4 ci-dessous.

Canton	Villages	Aire de santé	Composition ethnique	Caractéristiques	Village échantillonné	Quartier échantillonné	Commentaires
Ouldémé	Dibong Dlongue Kete Dalamvar Mayo-Plata	CSI Mayo Ouldémé & Mbrémé	Ouldémé, Mada	*Majoritairement homogène *Agriculture, élevage, Vannerie, Petit commerce *Animiste, Chrétien	Dibong	Mayo Ouldémé	Test pilote
Mada	Bzoukoudou Mada-Kolkoch Tazang Bzazago Bejeskawé Ldedine	CSI Mayo Ouldémé & Tokombéré 1 CMA Mada Kolkoch	Zoulgo, Mandara, Ouldémé	*Majoritairement homogène *Agriculture, élevage, Petit commerce *Animiste, Chrétien, Musulman			
Serawa	Mbele-Ndouba Guirziga Kojing	CSI Kotraba, Meri, Tokombéré	Bogo, Peul, Zoulgo, Guemzeck, Mandara	*Hétérogène *Agriculture, élevage, Petit commerce	Serawa	Ngouringa Bije I	Communauté pluriethnique

	Gadoua Serawa Dalazoulgo Blar Kotraba	1 et Mada Massif		*Animiste, Chrétien, Musulman			
Makalingai	Moundouvay a Baka- Wandala Mokio Ouro- Kourkro Doumkala Lalawai Digaya Makalingai Mbedime Mangave- Dalil Seradjoue Wolorde Ftak	HD Tokombéré CSI Tokombéré 2, Mokio, Makalingai et Mangavé- Dalil	Molko, Mouyang, Peul, Mandara, Zoulgo, Kanouri, Mboko	*Hétérogène *Agriculture, élevage, Petit commerce *Animiste, Chrétien, Musulman	Lalawai	Digaya I Digaya II	Communauté Molko, réputée d'être vulnérable sur le plan nutritionnel
Mouyengue	Giling Bzagambai Tindreme Gazaika	HD Tokombéré CSI Tokombéré 2 et Palbara	Mouyang, Peul, Mada	*Majoritairemen t homogène *Agriculture, élevage *Animiste, Chrétien, Musulman			
Palbara	Mouvarai Lahma Houmpatak	CSI Palbara	Mouyang	*Homogène *Agriculture, élevage *Animiste, Chrétien	Lahma	Makdavar Dobo	Admissions CNAS élevées
Warba	Jilvé Warba Djamakia Dargala Tala Manda Koudbo	CSI Warba	Hourza, Ouldémé, Mbrémé, Mada, Mandara	*Hétérogène *Agriculture, élevage, Petit commerce *Animiste, Chrétien, Musulman	Warba	Warba I	Admissions CNAS élevées

Tableau 4: Cadre d'échantillonnage pour la collecte de données qualitatives Link NCA, District sanitaire Tokombéré

La brève description des différents groupes ethniques, consultées lors de l'étude qualitative, et/ou leurs traditions, basée sur les études de cas réalisés dans les localités échantillonnées, se trouve en Annexe H.

Au niveau de quartiers, les catégories suivantes de participants ont été sélectionnées pour participer aux entretiens semi-structurés ou discussions de groupe :

- a. Leaders communautaires (chefs de quartier, chefs religieux et autres personnalités clés de la communauté);
- b. Guérisseurs ou accoucheuses traditionnels;
- c. Personnel des centres de santé (médecins, infirmières, relais communautaires);
- d. Représentants d'organisations communautaires;
- e. Mères et pères d'enfants de moins de 5 ans, y compris les parents d'enfants malnutris;
- f. Grands-parents d'enfants de moins de 5 ans.

Taille d'échantillon

Quartier	Village	Canton	Discussions de groupe / Exercices participatifs	Entretiens semi-directifs ¹⁶	Observations	Restitution comm.	Jours	No. participants (total)	No. participants (fém.)
Digaya I Digaya II	Lalawai	Makalingai	14	14	2	1	6	119 (+45)	70 (+ 18)
Makdavar Dobo	Lahma	Palbara	13	13	2	1	6	123 (+ 35)	69 (+ 25)
Ngouringa Bije I	Serawa	Serawa	12	16	2	2	6	112 (+33)	71 (+ 19)
Warba I	Warba	Warba	10	17	2	0	5	92	71
TOTAL			49	60	7	4	23	446 (+ 113)	281 (+ 62)

Tableau 5: Résumé des consultations communautaires lors de l'étude qualitative Link NCA, District sanitaire Tokombéré

L'équipe d'étude qualitative a passé environ 6 jours consécutifs dans chaque village échantillonné. La durée des entretiens semi-structurés ou des discussions de groupe a été limitée à 1h ou 1h15 maximum. Les discussions de groupe ont eu lieu entre 9h du matin et 15h après-midi afin de s'adapter à la disponibilité de la communauté et à son quotidien.

Le dernier jour de la collecte de données dans chaque communauté échantillonnée a été consacré à la restitution des résultats aux représentants de la communauté dans le but de solliciter leurs commentaires sur l'interprétation des données collectées et, plus important encore, de les impliquer dans le développement de solutions communautaires aux problèmes identifiés et à leur hiérarchisation. Cette restitution n'a pas été possible dans la dernière communauté du à l'indisponibilité de la population.

Outils de la collecte de données

L'équipe d'étude qualitative a utilisé des entretiens semi-directifs et des discussions de groupe comme deux méthodes principales de la collecte de données. Toutefois, afin d'éviter un biais d'information dû à une longue histoire d'interventions humanitaires dans la zone créant potentiellement une dépendance de la communauté à l'égard de l'assistance extérieure, l'équipe d'étude qualitative a utilisé divers outils participatifs visant à révéler les véritables déterminants de la sous-nutrition dans la zone d'étude. La sélection des outils participatifs comprenait, sans toutefois s'y limiter :

- a. Calendrier historique
- b. Calendrier saisonnier
- c. Classement
- d. Narration
- e. Chronogramme 1000 jours
- f. Activités quotidiennes
- g. Composition des repas
- h. Dépenses ménagères
- i. Itinéraire thérapeutique

Les entretiens semi-structurés et les discussions de groupe ont été guidés par des guides d'entretien couvrant les principaux thèmes liés aux facteurs de risque pré-identifiés lors de la revue de données secondaires. Le contenu des guides d'entretien a tenu compte des données disponibles pour le district sanitaire Tokombéré et, au lieu de répéter certains questionnements, il a visé à approfondir la compréhension des facteurs de risque individuels et de leurs interactions dans la zone cible.

¹⁶ Y compris l'étude comparative des enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris (n=23).

Pour plus d'informations sur les méthodes et les outils de l'étude qualitative, veuillez-vous référer au Guide qualitatif en Annexe G.

Composition de l'équipe et formation

La collecte de données qualitatives a été dirigée par une Analyste Link NCA avec l'aide de deux assistants de recherche, deux facilitateurs communautaires et d'un mobilisateur communautaire, souvent un relai communautaire, recruté localement dans chaque quartier. Le rôle principal des mobilisateurs communautaires était d'assurer une sélection équitable des participants à chaque discussion de groupe et à assumer toutes les fonctions d'appui, selon besoin.

Avant le début de la collecte des données, les membres de l'équipe d'étude qualitative ont suivi une formation de deux jours, qui s'est déroulée à Maroua de 20 au 21 Avril 2023. La formation comprenait, entre autres, des modules sur la méthodologie Link NCA et les outils de la collecte de données, ainsi qu'une explication des considérations éthiques à respecter lors de l'étude. Une série de simulations a été intégrée dans un processus d'apprentissage afin de vérifier le niveau de compréhension des concepts et des pratiques clés des membres de l'équipe et de garantir un haut niveau de qualité de la collecte des données. La formation a été suivie par un test pilote qui a été organisé le 22 Avril 2023 dans le canton d'Ouldémé.

D. Synthèse des résultats (Aout - Septembre 2023)

Une fois les données collectées, toutes les données collectées ont été dûment analysées et triangulées afin de catégoriser les facteurs de risque en fonction de leur impact relatif sur la sous-nutrition dans la zone d'étude. La catégorisation des facteurs de risque a pris en compte toutes les sources d'information recueillies au cours de l'étude. Les résultats ont été présentés aux principales parties prenantes et partenaires opérationnels au cours de l'atelier technique final organisé le 11 Septembre 2023. L'Analyste Link NCA a également animé un processus participatif autour des recommandations basées sur l'évidence afin d'établir un plan d'utilisation des résultats de l'étude Link NCA pour améliorer la programmation de la sécurité nutritionnelle.

TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Les données qualitatives ont été enregistrées manuellement dans un cahier et reproduites électroniquement à la fin de chaque période de la collecte de données dans une communauté échantillonnée. Les données ont été compilées dans le logiciel NVivo et codées par thèmes pour une analyse plus efficace, garantissant la confidentialité des locuteurs. Toutes les vues ont ensuite été analysées à l'aide de méthodes qualitatives d'analyse de contenu.

CONSIDERATIONS ETHIQUES

Les dispositions suivantes ont été respectées au cours de cette étude Link NCA:

- a. Le Ministère de la Santé, Direction de la Promotion de la Santé, ainsi que la Délégation Régionale de l'Extrême Nord et le District sanitaire à Tokombéré ont été tenus informés au préalable de l'objectif et des modalités de l'étude Link NCA. Leur autorisation et leur collaboration ont été requises et accordées le 31 janvier 2023;
- b. Les représentants des autorités coutumières au niveau de chaque canton échantillonné ont été visités et informés de l'objectif et des modalités de l'étude Link NCA lors de l'arrivée des équipes sur le territoire de leurs cantons. Leur autorisation et leur collaboration ont été requises et accordées le 24 Avril 2023 (Canton de Makalingai), le 29 Avril 2023 (Canton de Palbara), le 6 Mai 2023 (Canton de Serawa) et le 15 Mai 2023 (Canton de Warba);
- c. Les chefs de quartiers ont été informés de la sélection de leur communauté aux fins de l'étude qualitative lors de la réunion initiale, pendant laquelle ils ont reçu un planning détaillé des activités de recherche dans leur quartier afin de faciliter le processus de

sélection des participants et d'assurer leur disponibilité à des moments définis. La planification détaillée a pu être modifiée si les membres de quartier l'exigeaient. L'équipe qualitative s'est adaptée à sa routine autant que possible, en tenant compte des contraintes de temps de l'étude;

- d. Les participants ont été sélectionnés de manière équitable et leur consentement éclairé a été recherché afin de s'assurer qu'ils participent volontairement à l'étude ;
- e. Les participants ont pu participer à plus d'une discussion de groupe, s'ils le souhaitaient, mais compte tenu de leur lourde charge de travail, il a été conseillé aux relais communautaires de répartir la sélection des participants sur l'ensemble de quartier;
- f. La durée des discussions de groupe a été limitée à 1h15 au maximum. L'équipe qualitative a clôturé toutes les discussions du groupe de discussion à l'heure convenue et organisé des discussions complémentaires avec les participants, si nécessaire ;
- g. L'anonymat des participants a été assuré à toutes les étapes de l'étude (collecte de données, analyse de données et stockage de données). Leurs noms n'ont été ni recueillis ni partagés;
- h. L'équipe qualitative a organisé une discussion de synthèse au cours de la dernière journée de la collecte de données afin de permettre aux communautés de réviser et valider leurs conclusions, de classer les facteurs de risque identifiés et de hiérarchiser les actions à suivre;

LIMITES DE L'ETUDE

- Indisponibilité de certains indicateurs clés standard Link NCA: Bien que l'utilisation de données MICS 2014 et EDS 2018 ait offert un aperçu précieux de la différenciation des facteurs de risque entre les différentes formes de la sous-nutrition, les bases de données n'incluaient pas tous les indicateurs utilisés au cours d'une étude Link NCA impliquant une collecte de données quantitatives primaires. Pour cette raison, certains facteurs de risque n'ont pas pu être suffisamment triangulés en raison d'analyses manquantes. Par conséquent, la catégorisation de ces facteurs de risque a été impactée car ils se classent généralement plus bas que les autres facteurs de risque, pour lesquels des analyses quantitatives ont pu être menées. Par conséquent, l'interprétation de la catégorisation des facteurs de risque doit être faite avec prudence car l'indisponibilité des données ne suggère pas un manque de contribution d'un facteur de risque respectif à la sous-nutrition dans la zone d'étude. Dans de tels cas, les données qualitatives disponibles doivent être dûment prises en compte pour inspirer des décisions éclairées pour une programmation sensible à la nutrition dans la zone d'étude.
- Associations statistiques: Il est conseillé d'évaluer les associations statistiques avec précaution car les liens observés ne prouvent pas nécessairement la causalité, tandis que les liens non observés ne signifient pas que la causalité n'existe pas. Les corrélations doivent donc être considérées dans un cadre plus large, triangulées avec d'autres sources de données, et à ce titre peuvent être utilisées pour hiérarchiser les interventions actuelles et futures. Dans le cadre de ce rapport, toutes les associations statistiques avec la valeur $p < 0,05$ sont qualifiées comme « significatives » en lien avec le résultat d'intérêt, c'est-à-dire la malnutrition aigüe, le retard de croissance, l'insuffisance pondérale, l'émaciation et le retard de croissance simultanés⁵⁶ et l'anémie dans le but d'inspirer de futures recherches sur les relations entre lesdits facteurs de risque et les déficits nutritionnels.
- Variables de confusions: Les analyses statistiques réalisées dans le cadre de cette étude sont basées sur des modèles de régression non ajustés qui ne tiennent pas compte des effets des variables de confusion. Le but de ces analyses est de déterminer les relations entre l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et une variété d'indicateurs individuels et relatifs aux ménages en fonction de leurs associations significatives indépendantes afin d'enrichir la triangulation avec d'autres sources de données. Cependant, ces associations doivent être considérées avec prudence car elles pourraient changer dans les modèles de régression multiple.

- Limitations temporelles: Bien qu'extrêmement précieux, les bases de données MICS 2014, SMART 2017 et EDS 2018 utilisées pour les analyses de données quantitatives secondaires pourraient être considérées comme assez obsolètes en raison de changements dramatiques, qui ont été potentiellement causés par la pandémie de Covid-19 et les événements connexes. Considérant qu'il n'a pas été possible d'effectuer des régressions sur des données plus récentes mises à disposition pour cette étude en raison de problèmes de fusion de bases de données partielles (SMART 2018, SMART 2019, SMART 2021 et SMART 2022), les associations statistiques présentées dans ce rapport ne tiennent pas compte des changements temporels potentiellement encourus depuis 2018 et, par conséquent, ne peuvent pas témoigner leurs impacts potentiels sur la sous-nutrition.

IV. RÉSULTATS

SOUS-NUTRITION

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Perceptions communautaires des schémas causaux de la sous-nutrition

D'après la population, la sous-nutrition est provoquée par le faible accès aux revenus dû à l'indisponibilité des activités génératrices de revenu dans la zone d'étude et/ou le changement de leur capacité de générer le revenu par rapport aux années antérieures. Parmi les raisons les plus citées figurent l'indisponibilité de terres cultivables sous la pression démographique et l'infertilité de ces terres causée par la surutilisation. Par conséquent, l'accès à l'alimentation de qualité est considérablement réduit avec un effet direct sur l'état nutritionnel des femmes - et leurs capacités d'allaiter les enfants - et/ou sur les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

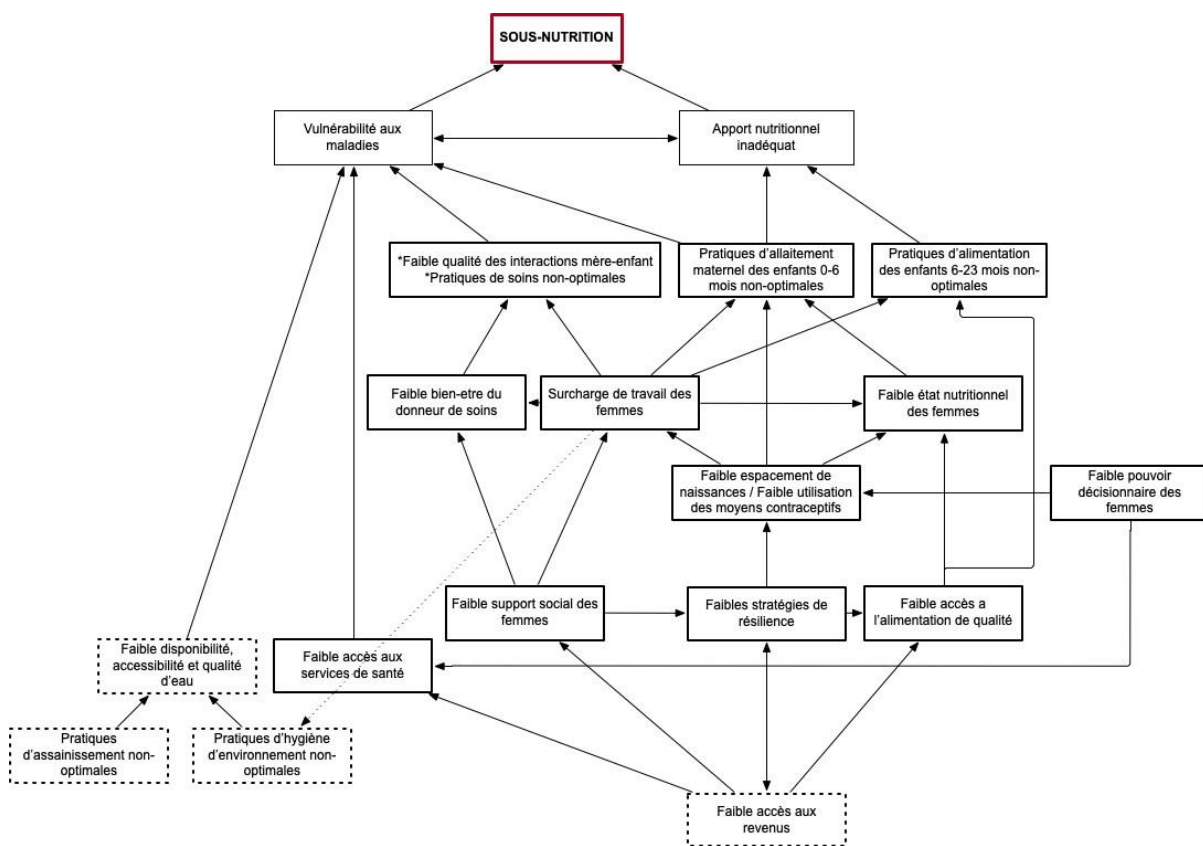


Figure 1: Perceptions communautaires des schémas causaux de la sous-nutrition, District sanitaire Tokombéré¹⁷

En parallèle, le faible accès aux revenus diminue le niveau du support accordé aux femmes qui ensuite augmente leur charge de travail et joue sur leur bien-être mental, surtout pendant la saison pluvieuse quand la charge de travail est particulièrement élevée et la disponibilité des aliments réduite. En d'autres mots, les femmes sans soutien approprié se trouvent à jongler avec des responsabilités au sein du ménage et des nouvelles responsabilités liées à la génération de revenu pour combler les besoins de leurs enfants. Ceci les éloigne du foyer avec des conséquences importantes sur leurs pratiques de soins. Dans les communautés chrétiennes/animistes, la population associe le faible support aux femmes à la propagation de

¹⁷ Les cellules en ligne discontinue représentent les facteurs de risque qui sont applicables seulement pour certaines communautés, surtout celles avec l'accès aux points d'eau non-améliorés. Tous les autres facteurs de risque sont applicables pour toute la zone d'étude.

la polygamie, les relations extraconjugales et la déresponsabilisation graduelle des hommes envers leurs épouses.

Le faible accès aux revenus influe aussi les stratégies de résilience du ménage qui peuvent transmuier vers leur forme négative si le ménage épuise d'autres options disponibles au cours des années. Entre autres, les femmes tentent de sécuriser leur survie à travers leur progéniture, supposant qu'un nombre croissant d'enfants qu'elles accouchent augmente leurs chances d'être convenablement prise en charge lors de leur vieillesse. Ceci se traduit en l'absence de la planification familiale qui est d'ailleurs imposée par un désir des maris d'avoir une grande lignée d'héritiers. Il va sans dire que les grossesses et naissances répétitives affaiblissent l'état nutritionnel des femmes et augmentent leur charge de travail. Dans certaines communautés, la surcharge de travail des femmes débouche sur des pratiques d'hygiène d'environnemental non-optimales qui compromettent la qualité de l'eau potable dans leur milieu et ainsi augmentent un risque des maladies hydriques infantiles. Dans le cas de faible accès aux services de santé, le recours aux soins appropriés peut être considérablement retardé.

Il est aussi important à noter que la consommation d'alcool en tant que stratégie de résilience, surtout parmi les hommes, joue négativement sur la disponibilité de ressources financières dans le ménage aux fins de la prise en charge optimale de ses membres.

MALNUTRITION AIGUE (MA)

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

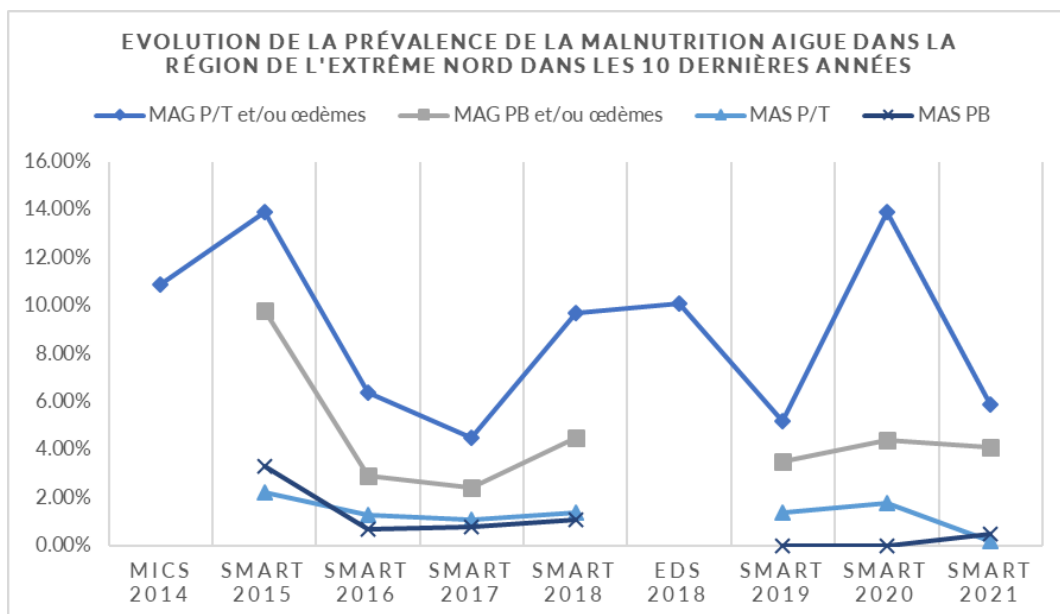


Figure 2: Evolution de la prévalence de la malnutrition aigüe dans la région de l'Extrême Nord dans les 10 dernières années

¹⁸ Les données incluses dans cette section ne sont pas exhaustives et ne représentent qu'un aperçu de données disponibles au moment de la phase préparatoire de l'étude. Il est possible que les nouvelles sources de données aient été publiées depuis. D'ailleurs, il est important à noter que l'inclusion de ces données dans le rapport Link NCA ne signifie ni l'approbation ni la comparabilité comme certaines données ne sont pas automatiquement comparables. Il est ainsi conseillé d'évaluer ces données avec précaution et se référer aux sources citées pour plus d'information.

Facteurs de risque¹⁹: Age de l'enfant (6-23 mois)^{20 21 22}, Age de l'enfant (12-24 mois)²³, Sexe de l'enfant (masculin)²⁴, Anémie de l'enfant^{25, 26}

- Pic de la malnutrition aigüe en Juin, Juillet, Aout ; la prévalence la plus basse en Décembre-Janvier ;
- Croyances culturelles²⁷: l'enfant devient malnutri et le traitement à l'hôpital n'est pas possible lorsque a.) la nouvelle grossesse (« lait gâté), b.) le mariage sans avis des vieux du village (pas de renseignement sur le passé des parents de leurs époux) – l'enfant souffre d'un sort jeté sur ses parents, c.) le comptage de cheptel (exigé par les autorités administratives) parce que cela attire le malheur et les enfants tombent malades même s'ils mangent bien;
- Techniques endogènes de prévention de la malnutrition²⁸: a.) ablation de la lchette : à exciser trois mois après la naissance (devenue norme comme la circoncision des garçons), b.) port du talisman (*grigri*) : protection contre toutes les maladies « diaboliques », ex. le gros ventre ou la grosse tête de l'enfant symbolise un sort jeté, c.) coiffure en crête : tradition ancestrale – paravent contre la fontanelle (enfant ne doit pas être complètement coiffé car on risque d'exposer le milieu de sa tête qui est perçue comme très fragile et ainsi peut être une source des maladies), d.) pièces d'argent et couteau sous oreiller de l'enfant : protection contre les cauchemars et les sorciers, e.) scarifications corporelles (chez les Massa, les Mousgoum, les Moussey, les Toupouri, les Peuhls, les Guiziga).

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

La régression logistique de données MICS 2014 a indiqué que les enfants de moins de 24 mois avaient un risque plus élevé d'émaciation ($p=0.000$) (Cf. Annexe A). D'après la régression linéaire de données EDS 2018, l'âge du père de l'enfant a été négativement associé à l'émaciation, c'est-à-dire que les enfants de pères plus jeunes étaient plus susceptibles d'être émaciés ($p=0.007$) (Cf. Annexe D). Par contre, le niveau d'éducation du père de l'enfant a été positivement associé à l'émaciation, c'est-à-dire que le niveau croissant de l'éducation du père de l'enfant a diminué son risque d'être émacié ($p=0.004$) (Cf. Annexe D).

Malgré la disponibilité d'indicateurs relatifs aux caractéristiques démographiques dans les bases de données SMART 2017, les associations statistiques significatives avec l'émaciation n'ont pas été observées (Cf. Annexe E & F).

¹⁹ Dans le cadre de ce rapport Link NCA, un **facteur de risque** signifie un facteur qui augmente un risque de la sous-nutrition chez l'enfant alors qu'un **facteur de protection** signifie un facteur qui diminue ce risque. Par exemple, d'après les sources citées, les enfants âgés de 6 à 23 mois avaient un risque plus élevé de la malnutrition aigüe.

²⁰ United Nations International Children's Emergency Fund and Ministère de la Santé Publique Cameroun, 'Enquête Nutritionnelle SMART 2015. Régions de l'Extrême Nord, Du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est Du CAMEROUN'.

²¹ United Nations International Children's Emergency Fund and Ministère de la Santé Publique, 'Enquête Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective SMART 2016'.

²² United Nations International Children's Emergency Fund, Coopération Allemande, and République du Cameroun, 'Enquête Nutritionnelle SMART et de Mortalité Rétrospective Chez Les Femmes, Les Adolescentes et Les Enfants Au Cameroun (Est, Adamaoua, Nord et Extrême Nord)'.

²³ Ndié et al., 'Médecine d'Afrique Noire 1ère Revue Médicale Internationale Panafricaine Aspects Épidémiologiques de La Malnutrition Aiguë Sévère Au Centre Nutritionnel et Thérapeutique Interne (CNTI) Du District de Santé de Tcholliré'.

²⁴ Ndié et al.

²⁵ Benjamin et al., 'Pratiques Alimentaires Des Mères Et Malnutrition Infantile Dans Le District De Santé De Pitoa: Etude Cas-Témoin'.

²⁶ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

²⁷ Voudina Nicodeme, Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun), https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m_Representations-sociales-et-itineraires-therapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html

²⁸ Voudina Nicodeme, Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun), https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m_Representations-sociales-et-itineraires-therapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Perceptions communautaires de la malnutrition aigüe

Lors de l'étude qualitative Link NCA il a été considéré essentiel de tracer les représentations locales de la malnutrition aigüe dans la zone d'étude ainsi que les interactions des communautés avec cette condition. En d'autres mots, la terminologie locale utilisée pour décrire la malnutrition aigüe révèle comment les communautés la perçoivent et l'abordent. L'étude de la terminologie locale est un point d'entrée crucial pour la compréhension d'un contexte socioculturel local, dans lequel le phénomène apparaît et dans lequel le programme de la prise en charge et de la prévention de la malnutrition aigüe fonctionne.

La population dans les communautés échantillonnées a fait référence à la malnutrition aigüe en utilisant plus de 26 termes, dont 16 ont été utilisés pour identifier l'émaciation et 10 pour décrire le kwashiorkor. Généralement, la population a fait la distinction entre la maigreur (marasme) et le gonflement du corps (kwashiorkor). Au moins deux (2) termes ont été associés à une connotation négative avec l'objectif de stigmatiser des enfants ou de leurs parents.

Malnutrition aigüe – émaciation	
(M)Bidou ^{FU 29}	famine, enfant affamé dû à la famine (connotation négative)
Yamdouwala ^{FU}	manque de nourriture
Tchewguel ^{FU}	très mince
Guldi ^{FU}	vers dans le ventre
Akzanva ^{MO}	amaigrissement excessif
Meguizenga ^{MO}	mince
Nuel ^{MY}	faim
May ^{MY}	faim (connotation négative)
Liwir ^{MY}	amaigrissement excessif dû au manque de nourriture ou dû à la diarrhée
Enenté ^{FU}	enfant dont la mère est tombée enceinte tandis qu'il était encore petit moins d'un an et qui a été sevré précocement du fait de la nouvelle grossesse
Hene ^{MO}	gros ventre, enfant dont la naissance a été rapprochée de son frère/sœur
Waya ^{MA}	enfant affamé parce qu'il a été sevré brusquement dû à la nouvelle grossesse
Wawa ^{MA}	gros ventre dû à l'inflammation de la rate, enfant qui mange des repas froid ou mal cuit
Nano ^{FU}	inflammation de la rate, ventre ballonné
Chéténé ^{MY}	sort jeté par le <i>kouli</i> (ancêtres)
Dadamako souklanayno ^{FU}	maman n'a pas pris l'enfant en charge / ne l'a pas suivi (souvent pour des raisons compliquées)
Malnutrition aigüe – kwashiorkor	
Boulée/Booley ^{FU}	œdèmes
lam fandi ^{FU}	« sang faible », anémie qui se manifeste par des gonflements et la pâleur
Mbandou oupoudo ^{FU}	corps gonflé (connotation négative)
Soynde ^{FU}	manque
Agoumva ^{MY}	enfant avec un gros ventre et les grosses joues
Ngouesh ^{MO}	enfant qui a été sevré brusquement à cause de la nouvelle grossesse de sa mère
Poubous baka ^{MA}	anémie, manque de sang (« les sorciers ont sucé son sang »)
Meguibega ^{MA}	gonflé
Pravi ^{MY}	enfant dont la mère a ramassé les bois fracassés par la chute d'une pierre du haut de la montagne et si elle a touché seulement cet arbre
Tandao ^{MA}	enfant avec les fesses rouges

Tableau 6: Liste de termes locaux utilisés pour décrire la malnutrition aigüe, District sanitaire Tokombéré

Alors que le marasme a été correctement associé à la maigreur, les participants aux groupes de discussion ont souvent cité l'inflammation de la rate, l'augmentation de la lchette et/ou la poussée dentaire comme une cause de cet amaigrissement. Etant donné que toutes ces conditions sont préférablement traitées chez les tradipraticiens, le recours aux soins dans les structures sanitaires dans le cadre du programme de prise en charge de la malnutrition aigüe n'est pas garanti – sauf dans le cas d'échec de traitement du premier. Le même est applicable pour les enfants issus de naissances rapprochées. D'ailleurs, vu qu'un bon nombre des maladies infantiles récurrentes (Cf. Maladies infantiles) est traité par la médecine traditionnelle et/ou l'automédication, l'acheminement des enfants potentiellement malnutris vers les structures

²⁹ Les abréviations en exposant font référence à la langue du terme utilisé, ex. FU=fulfuldé, MA=Mandara, MO=Molko, MY=Mouyang.

sanitaires est souvent retardé. Les enfants dont la maigreur est liée à la faim/famine peuvent être d'abord traités à la maison, bénéficiant des repas enrichis, et référés aux structures sanitaires quand ils n'arrivent pas à reprendre du poids.

D'après les observations des participants aux échanges communautaires, les enfants les plus vulnérables à la forme marasmique de la malnutrition aigüe sont les enfants de bas âge (0-3 ans), vivant dans les ménages polygames et/ou ménages qui n'arrivent pas manger à leur faim, dont les mères sont célibataires, divorcées ou veuves, potentiellement sous garde d'un autre donneur de soins. La communauté ne perçoit pas de différence en vulnérabilité entre les filles et les garçons mais estime que les garçons pourraient être légèrement plus vulnérables à cause des besoins alimentaires plus élevés.

Ces observations n'ont pas été entièrement confirmées par l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis de leurs frères ou sœurs non-malnutris, lors de laquelle deux tiers d'enfants malnutris dans l'échantillon (N=23) étaient des filles (n=14) et deux tiers de femmes (n=14) étaient mariées monogames et/ou sans précision de type de l'union. Six femmes ont confirmé l'union polygame et trois femmes étaient divorcées. Elles étaient âgées de 18 à 38 ans avec l'âge moyen de 27 ans. Les enfants étaient âgés de 5 à 48 mois avec l'âge moyen de 17 mois.

De l'autre côté, le kwashiorkor n'est quasiment pas reconnu. Les participants l'ont adéquatement décrit par le gonflement, sans nécessairement connaître des causes potentielles de ces œdèmes. Certains ont suggéré que le gonflement est dû à un manque de sang, d'autres ont mentionné l'inflammation de la rate – comme dans le cas du marasme – le premier recours aux soins étant le tradipraticien.

Un résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement de deux formes de la malnutrition aigüe se trouve dans le tableau 7 ci-dessous.

MALNUTRITION AIGÛE – MARASME	
Causes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maladies (« <i>djoumma</i> »³⁰, paludisme, vers intestinaux, inflammation de la rate, poussée dentaire, augmentation de la lulette, VIH/SIDA) ; ▪ Allaitement maternel inadéquat du a la faible production du lait maternel et/ou occupation de la mère au champ pendant la saison pluvieuse ; ▪ Lait gâté dû aux rapports sexuels et/ou à la consommation du manioc, aubergines, papaye lors de l'allaitement et/ou le piétinement des enveloppes d'arachides à pieds nus ; ▪ Naissances rapprochées → Sevrage précoce à cause de la grossesse précoce de la mère; ▪ Alimentation inadéquate de l'enfant (en quantité (l'enfant ne mange pas à sa faim) et en qualité), consommation des aliments mal cuits ou préparés à la hâte, consommation des pousses de nouvelles plantes après la première pluie, consommation d'eau sale ; ▪ Sous-alimentation de la mère pendant la grossesse ; ▪ Faibles pratiques de soins, y compris faibles pratiques d'hygiène (personnelle et environnementale) à cause de l'absence des parents (surcharge de travail des femmes) / manque de surveillance (les enfants abandonnés à eux-mêmes car les mères estiment que les enfants 9-15 mois présentent une charge supplémentaire à porter quand elles vont au champ et/ou chercher le bois de chauffe pour la vente) ; ▪ Sortilège (les sorciers ont mangé le cordon ombilical de l'enfant) / Ramassage des bois fracassés par la chute d'une pierre du haut de la montagne si la mère touche seulement cet arbre ; ▪ Malédiction des ancêtres (cas des filles qui accouchent hors mariage).
Vulnérabilité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de différence de sexe évidente mais légèrement plus grande vulnérabilité chez les garçons observée (« <i>Cette maladie attaque aussi les garçons que les filles mais les garçons sont les plus vulnérables car ils têtent beaucoup et dès qu'ils n'en trouvent plus assez, les signes liés à ce manque sont rapidement perceptibles. Pour cela, le garçon est souvent sevré plus tard que la fille pour éviter que cette maladie survienne. Aussi, les bébés garçons guérissent plus lentement que les filles quand ils tombent malades.</i> »); ▪ Enfant âgé de 0 à 3 ans ; ▪ Enfant issu de ménage polygame ; ▪ Enfant d'une mère jeune (≤18 ans), célibataire, divorcée ou veuve ; ▪ Enfant d'un père qui consomme l'alcool sans modération ; ▪ Enfant qui ne bénéficie pas des soins de sa mère / enfant qui grandit avec sa grand-mère, 1^{ère} épouse de son père ou autre donneur de soins ;

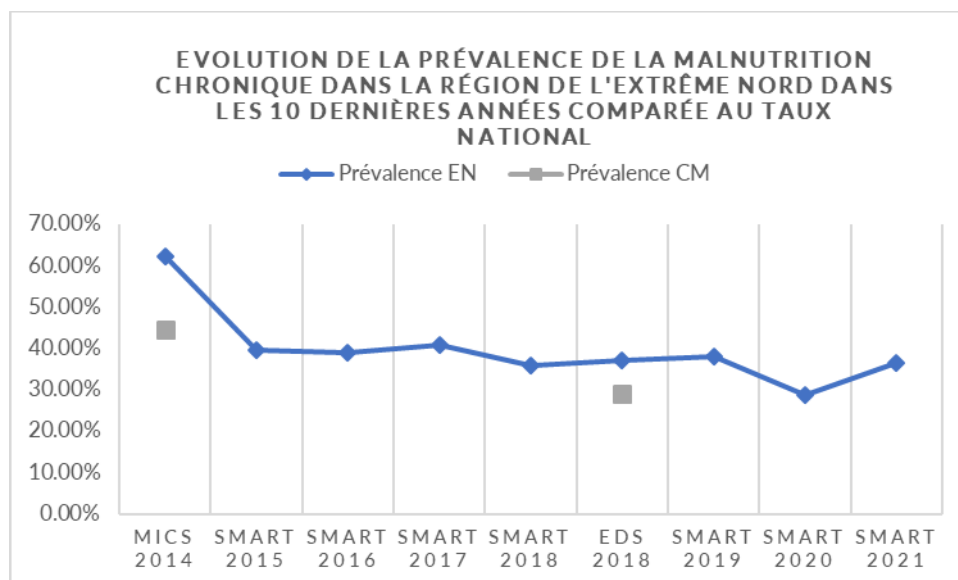
³⁰ "Maladie qui suce le sang."

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfant d'une mère avec une charge de travail élevée et/ou enfant d'une mère active (commerçante, institutrice, etc.) ; ▪ Enfant de parents faiblement instruits ; ▪ Enfant vivant dans le ménage avec des faibles sources de revenu qui « n'arrive pas à manger à leur faim », enfant dans le ménage sans accès aux terres cultivables et/ou le ménage qui doit acheter du mil pour la consommation sur le marché ; ▪ Enfant issu de ménage animiste ou conservateur des cultures (dû aux restrictions alimentaires) ;
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rite de « <i>soumay</i> » qui consiste à bruler des écorces pour parfumer les enfants (en cas de sortilège)
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soins au centre de santé (PlumpyNut®, soja) ; ▪ Bouillie enrichie (avec les arachides, le natron, le chiendent³¹, le sésame) ; ▪ Nourriture riche en protéine animale ; ▪ Traitement chez le tradipraticien (scarifications sur le ventre – pour faire sortir le « mauvais sang ») ; ▪ Automédication (Paracétamol, Medik 55 et Efferalgan) ; ▪ Administration de produits à base de plantes médicinales ; ▪ Prière
MALNUTRITION AIGÛE – KWASHIORKOR	
Causes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de sang / anémie ; ▪ Inflammation de la rate et du foie ; ▪ Consommation en excès des aliments (après n'avoir pas mangé suffisamment) / consommation des aliments souillés ou inadaptés aux enfants, les aliments mal conservés.
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traitement chez le tradipraticien (scarifications sur le ventre) ; ▪ Administration des produits à la base de plantes médicinales, ex. feuilles de neemier³², « <i>ndaleyel</i>³³ » et « <i>kangar</i>³³ » qu'on bouillit à haute température afin de faire ingurgiter à l'enfant et à le laver avec; feuilles de manioc pilées pour extraire le jus qui est appliqué sur le corps du bébé, puis les feuilles servis comme légumes à consommer avec du couscous) (en cas d'anémie comme cause principale), jus d'oseille de Guinée, écorces de <i>toursoudjé</i>⁵⁸ ; ▪ Recours au CSI (transfusion sanguine, administration de l'acide folique et du fer)

Tableau 7: Résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement des deux formes de la malnutrition aigüe, District sanitaire Tokombéré

▪ RETARD DE CROISSANCE (RC)

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸



³¹ *Cynodon dactylon*, <https://ijpmr.org/pdf/Medicinal-and-Versatile-Uses-of-an-Amazing-Obtainable-and-Valuable-Grass-Cynodon-dactylon.pdf>

³² Le margousier (*Azadirachta indica*).

³³ Nom scientifique indisponible au moment de la rédaction de ce rapport.

Figure 3: Evolution de la prévalence du retard de croissance dans la région de l'Extrême Nord dans les 10 dernières années

Facteurs de risque¹⁹: Age de l'enfant (24-59 mois)^{34 35 36}, Age de l'enfant (18-23 mois)³⁷, Sexe de l'enfant (masculin)³⁸, Lieu de résidence (rural)³⁹

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les régressions linéaires des données MICS 2014 et EDS 2018 ont indiqué que l'âge de l'enfant était négativement associé au retard de croissance, c'est-à-dire que l'âge croissant de l'enfant a augmenté son risque de retard de croissance ($p=0.000$ et $p=0.008$, respectivement) (Cf. Annexe B & D). De même manière, la régression logistique des données MICS 2014 a indiqué que les enfants de moins de 24 mois avaient un risque moins élevé de retard de croissance ($p=0.000$) (Cf. Annexe A). D'ailleurs, les régressions logistiques de données MICS 2014 et EDS 2018 ont démontré que les enfants résidant dans le milieu rural avaient un risque plus élevé de retard de croissance ($p=0.026$ et $p=0.0255$, respectivement) (Cf. Annexe A & C). Les régressions linéaires de données MICS 2014 et EDS 2018 ont aussi démontré que le poids de l'enfant était positivement associé au retard de croissance ($p=0.003$ et $p=0.000$, respectivement), c'est-à-dire que le poids croissant de l'enfant a diminué son risque de retard de croissance (Cf. Annexe B & Annexe D). Cette observation a été aussi confirmée dans les données SMART 2017 ($p=0.000$) (Cf. Annexe F).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Perceptions communautaires de retard de croissance

La population dans les communautés échantillonnées a fait référence au retard de croissance en utilisant 7 termes. Généralement, la population a associé le retard de croissance de l'enfant à sa taille inférieure par rapport aux autres enfants de sa catégorie d'âge. Aucun terme n'a été associé à une connotation négative avec l'objectif de stigmatiser et/ou se moquer des enfants ou de leurs parents.

Retard de croissance	
Doupiga ^{FU}	très court
Doupoudo ^{FU}	enfant de poids et de taille inférieur par rapport aux enfants de son âge
Goudeleva ^{MY}	court
Maguiltani ^{MY}	enfant qui ne grandit pas
Haina ^{MY}	non-espacement de naissances
Niamodji	enfant mange bien mais ne grandit pas car il a des parasites dans le ventre
Aguetche abounaga ^{MA}	enfant qui ne grandit pas
Gedjere ^{MA}	enfant plus petit pour son âge

Tableau 8: Liste de termes locaux utilisés pour décrire le retard de croissance, District sanitaire Tokombéré

De manière générale, le retard de croissance ne représente pas une préoccupation majeure de santé pour les communautés étudiées. Les enfants atteints de cette condition ne sont pas perçus malades et ainsi aucun traitement n'est entamé. Les causes de la croissance retardée sont généralement inconnues, parfois expliquées par un petit poids de l'enfant à la naissance qui ralentit son développement. Un résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes du retard de croissance se trouve dans le tableau 9 ci-dessous.

³⁴ United Nations International Children's Emergency Fund and Ministère de la Santé Publique Cameroun, 'Enquête Nutritionnelle SMART 2015. Régions de l'Extrême Nord, Du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est Du CAMEROUN'.

³⁵ United Nations International Children's Emergency Fund and Ministère de la Santé Publique, 'Enquête Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective SMART 2016'.

³⁶ United Nations International Children's Emergency Fund, Coopération Allemande, and République du Cameroun, 'Enquête Nutritionnelle SMART et de Mortalité Rétrospective Chez Les Femmes, Les Adolescentes et Les Enfants Au Cameroun (Est, Adamaoua, Nord et Extrême Nord)'.

³⁷ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

³⁸ Action Contre La Faim, 'Enquête Nutritionnelle et De Mortalité Smart Dans Quatre Aires De Santé Des Districts Sanitaires De Gouffey, De Makary et Kousseri. Département Du Logone-Chari, Région De L'Extrême Nord - Cameroun'.

³⁹ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

RETARD DE CROISSANCE	
Causes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Causes inconnues (enfant mange bien, pourtant ne grandi pas) ; ▪ Petit poids à la naissance ; ▪ Soins d'enfants non-optimaux ; ▪ Maladies infantiles.

Tableau 9: Résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement du retard de croissance, District sanitaire Tokombéré

■ INSUFFISANCE PONDÉRALE (IP)

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

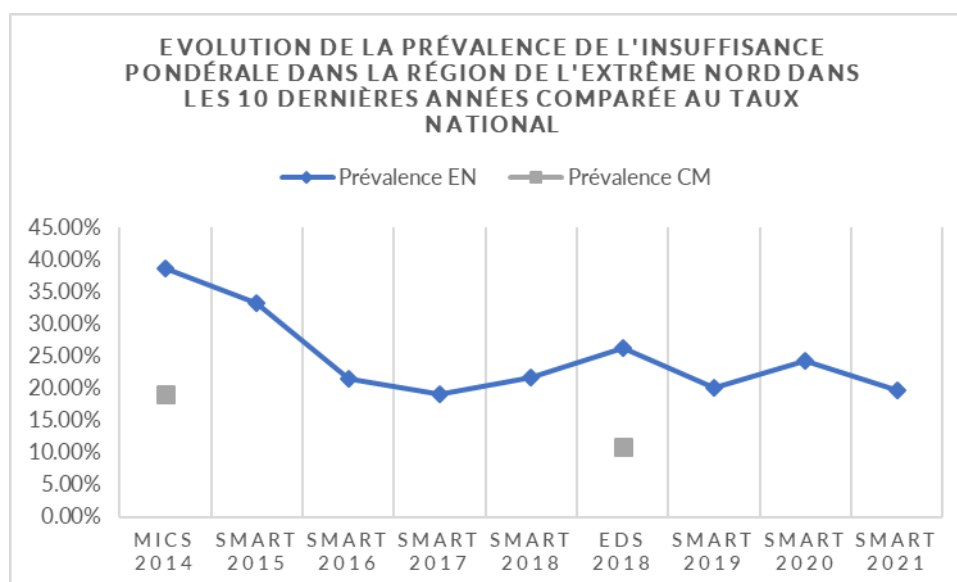


Figure 4: Evolution de la prévalence de l'insuffisance pondérale dans la région de l'Extrême Nord dans les 10 dernières années

Facteurs de risque¹⁹: Age de l'enfant (12-23 mois)⁴⁰, Sexe de l'enfant (masculin)⁴¹, Lieu de résidence (rural)⁴², Religion musulmane⁴³, Religion animiste⁴⁴, Religion autre (christianisme mais pas catholicisme)⁴⁵

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les régressions linéaires de données MICS 2014 et EDS 2018 ont indiqué que l'âge de l'enfant était négativement associé à l'insuffisance pondérale, c'est-à-dire l'âge croissant de l'enfant a augmenté son risque d'insuffisance pondérale ($p=0.000$ et $p=0.009$, respectivement) (Cf. Annexe B & D). De même manière, la régression logistique de données MICS 2014 a indiqué que les enfants de moins de 24 mois avaient un risque moins élevé d'insuffisance pondérale ($p=0.004$) (Cf. Annexe A). D'ailleurs, les régressions logistiques de données EDS 2018 ont démontré que les enfants vivant dans les ménages avec une femme en tant que chef de ménage et les enfants vivant dans les ménages musulmans avaient un risque élevé d'insuffisance pondérale ($p=0.019$ et $p=0.005$, respectivement). Par contre, les enfants vivant dans les ménages chrétiens et animistes avaient un risque moins élevé d'insuffisance pondérale ($p=0.133$ et $p=0.018$, respectivement) (Cf. Annexe C)⁴⁶. Les régressions linéaires de données EDS 2018 ont aussi démontré que la taille de l'enfant, le taux d'hémoglobine de l'enfant ainsi

⁴⁰ Tanang Tichoula, 'Facteurs Explicatifs De La Malnutrition Des Enfants De Moins De Cinq Ans Au Cameroun'.

⁴¹ Tanang Tichoula.

⁴² Tanang Tichoula.

⁴³ Tanang Tichoula.

⁴⁴ Tanang Tichoula.

⁴⁵ Tanang Tichoula.

⁴⁶ Il est important à noter que ces résultats se trouvent en contradiction avec les résultats de l'étude qualitative qui ont constaté une plus grande vulnérabilité des ménages chrétiens/animistes.

que le niveau d'éducation du père de l'enfant étaient positivement associés à l'insuffisance pondérale ($p=0.003$, $p=0.021$ et $p=0.001$, respectivement). En d'autres mots, le niveau croissant de l'éducation du père de l'enfant a diminué son risque d'insuffisance pondérale (Cf. Annexe D).

Malgré la disponibilité d'indicateurs relatifs aux caractéristiques démographiques dans les bases de données SMART 2017, les associations statistiques significatives avec l'insuffisance pondérale n'ont pas été observées (Cf. Annexe E & F).

■ ANÉMIE

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
Anémie <i>Enfants 6-59 mois</i>	57.4% (EDS 2018)	63.0% (EDS 2018)	64.0% (EDS 2018) 63.5% (MICS 2011)

Facteurs de protection¹⁹: Instruction de la mère, ménage de plus haut quintile⁴⁷.

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les données MICS 2014 et SMART 2017 n'ont pas inclut les indicateurs pour l'anémie (Cf. Annexe A & B). Par contre, les données EDS 2018 ont démontré que les enfants résidant dans le milieu rural et les enfants vivant dans les ménages musulmans avait un risque plus élevé d'anémie ($p=0.012$ et $p=0.047$, respectivement). Les régressions linéaires de données EDS 2018 ont indiqué que l'âge, le poids et la taille de l'enfant étaient positivement associés au taux d'hémoglobine de l'enfant ($p=0.051$, $p=0.005$ et $p=0.017$, respectivement). En d'autres mots, l'âge, le poids et la taille croissants de l'enfant ont diminué son risque d'anémie (Cf. Annexe C & D).

SANTÉ ET NUTRITION

MALADIES INFANTILES

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
Infections respiratoires aiguës (IRA) <i>Enfants 6-59 mois</i>	1.0% (EDS 2018) 4.0% (MICS 2014)	0.9% (EDS 2018) 4.5% (MICS 2014)	0.4% (EDS 2018) 5.6% (MICS 2014)
Fièvre <i>Enfants 6-59 mois</i>	15.4% (EDS 2018) 25.6% (MICS 2014)	16.6% (EDS 2018) 29.1% (MICS 2014)	35.8% (SMART 2019) 17.2% (EDS 2018) 31.1% (MICS 2014)
Diarrhée <i>Enfants 6-59 mois</i>	11.9% (EDS 2018) 20.0% (MICS 2014)	11.4% (EDS 2018) 23.2% (MICS 2014)	25.3% (SMART 2019) 11.4% (EDS 2018) 35.8% (MICS 2014)
Paludisme <i>Enfants 6-59 mois</i>	24.0% (EDS 2018)	31.6% (EDS 2018)	21.8% (EDS 2018)

⁴⁷ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

Facteurs de risque¹⁹: diarrhée (MA)⁴⁸, diarrhée (RC)⁴⁹, diarrhée, fièvre ou IRA (IP)⁵⁰

- Diarrhée plus prévalente parmi les ménages qui ne traitent pas de l'eau avant de la boire et/ou les ménages qui n'utilisent pas de latrine.⁵¹ Autres causes perçues : allaitement maternel inapproprié, sevrage rapide, introduction des aliments qui peuvent être contaminés.⁵²
- Diarrhée chez les nouveaux nés : « *l'eau des saintes écritures* » (*ndiyam binde djanguirdé*)⁵³ (protection des mauvais dessins de vie (le marabout écrit le verset du Coran en arabe sur une tablette, lave ces écrits et le liquide recueilli est donné à boire au bébé)⁵⁴
- Croyances culturelles : lorsque l'enfant a une diarrhée, on ne le nourrit pas sous prétexte qu'il va guérir plus rapidement si on laisse « reposer l'intestin.⁵⁵

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les données MICS 2014 n'ont pas démontré des associations statistiques significatives entre les maladies infantiles et quel que soit la forme de la sous-nutrition (Cf. Annexe A & B). Par contre, les données EDS 2018 ont démontré que les enfants qui ont eu la fièvre au cours de deux semaines précédant l'enquête avait un risque plus élevé d'émaciation ($p=0.000$), de retard de croissance ($p=0.038$), d'insuffisance pondérale ($p=0.027$) et d'être à la fois émacié et petit⁵⁶ ($p=0.004$). Les enfants qui ont eu la diarrhée au cours de deux semaines précédant l'enquête avait un risque plus élevé d'émaciation ($p=0.037$) (Cf. Annexe C & D).

Les données SMART 2017 n'ont pas inclut les indicateurs relatifs aux maladies infantiles (Cf. Annexe E & F).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

La lecture de symptômes et/ou de causes des maladies infantiles récurrentes est majoritairement correcte et les communautés disposent de savoir des plantes médicinales à les traiter. De manière générale, la médecine traditionnelle représente un premier recours aux soins pour le traitement de ces maladies. Si le traitement ne délivre pas des résultats souhaités dans le délai de 3-4 jours (2 jours en cas de la diarrhée), les communautés exploitent d'autres options, y compris le recours au CSI. Pourtant, les soins au CSI ne sont pas recherchés en cas de maladies qui, d'après la population, ne peuvent pas être traitées dans les structures sanitaires. Ceci inclut l'inflammation de la rate, l'augmentation de la luette et/ou les maladies déclenchées par un sort, qui ne peuvent être traitées que par le guérisseur traditionnel (Cf. A. Faible accès aux services de santé).

⁴⁸ Benjamin et al., 'Pratiques Alimentaires Des Mères Et Malnutrition Infantile Dans Le District De Santé De Pitoa: Etude Cas-Témoin'.

⁴⁹ Kouassi, 'Link NCA. Populations Hotes et Refugiees Des Zones Frontalieres de l'Adamaoua et de l'Est. Publication: Juin 2018'.

⁵⁰ Tanang Tichoula, 'Facteurs Explicatifs De La Malnutrition Des Enfants De Moins De Cinq Ans Au Cameroun'.

⁵¹ Cameroon Red Cross, IFRC, and Swedish Red Cross, 'Rapport d'Evaluation Des Vulnérabilités et Capacités Mayo-Sava, Mayo-Tsanaga, Diamare Extrême Nord Du Cameroun Octobre-Novembre 2019'.

⁵² Voudina Nicodeme, Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun),

https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m_Representations-sociales-et-itineraires-therapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html

⁵³ Terme en fulfulde.

⁵⁴ Njiembokue Njupuen and Moupou, 'Les Pratiques Nutritionnelles et La Malnutrition Des Enfants Dans Les Départements Du Mayo-Tsanaga Et Du Lom-Et-Djerem Nutrition And Malnutrition of Infants in the Mayotsanaga And Lom-Et-Djerem Division'.

⁵⁵ Voudina Nicodeme, Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun),

https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m_Representations-sociales-et-itineraires-therapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html

⁵⁶ Enfant souffrant de deux déficits nutritionnels (émaciation et retard de croissance) simultanément, correspondant à un terme en anglais "concurrent wasting and stunting (WaSt) ; traduction en français suggérée par les membres de Groupe d'Intérêt Technique sur Emaciation et Retard de Croissance (WaSt TIG, Wasting and Stunting Technical Interest Group, <https://www.enonline.net/ourwork/researchandreviews/wast/wasttigmembers>).

Un résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et traitement des maladies infantiles récurrentes se trouve dans le tableau 10 ci-dessous.

Maladie	Cause	Traitement	Informations complémentaires
Paludisme <i>Pabodje</i> ^{FU} <i>Kmala</i> ^{MA}	*Moustiques	*Tisanes traditionnelles *CSI	*fleurs de « <i>géré</i> », feuilles de nimier, manguier et eucalyptus (bouillies et administrées comme un bain vapeur et une tisane)
Fièvre <i>Mbravoua</i> ^{MA}	*Paludisme *Diarrhée *Grippe	*Tisanes traditionnelles *Automédication (Paracétamol) *Relai communautaire	*feuilles d'eucalyptus, citronnier, feuilles jaunes de manguier, goyavier et « <i>tchiaski</i> » ⁵⁷ (bouillies et servies en cuillères) ; *feuilles d'eucalyptus, citronnier, goyavier avec le sucre et le sel ; *écorces de « <i>rima jortoto</i> » ⁵⁸ et feuilles de <i>kapapi</i> ⁵⁹ atténuent la fièvre, suspendent les vomissements et servent de revitalisant.
Diarrhée <i>Tcharo</i> ^{FU} <i>Apouahouté</i> ^{MA}	*Mauvaise qualité d'eau / eau tiède passée longtemps sur le soleil *Non-respect des règles d'hygiène *Vers intestinaux en absence de la consommation de lait de vache *Poussée dentaire *« Lait gâté » *Mauvaise alimentation (consommation des aliments chez les voisins, passage aux aliments frais pendant la saison pluvieuse, bouillie mal cuite, bouillie avec une grande quantité de tamarin)	*Tisanes traditionnelles *Natron *Charbon *SRO (eau tiède + sel + sucre) *Automédication (Stop diarrhée, Métronidazole) *CSI	*feuilles de goyavier et citronnier (2-3 jours) ; *Prevention de la diarrhée lors du passage aux aliments frais : « <i>guissiseboukoua</i> » ³³ ; *Traitement du lait gâté : feuilles de papayer pilées → le jus presse bu et mis sur les seins, l'écorce de « <i>karlahi</i> » ⁶⁰ .
Vomissement <i>Touré</i> ^{FU} <i>Bazaroundé</i> ^{MA}	*Consommation des aliments non-appropriés à l'âge de l'enfant (ex. couscous) *Allaitement maternel non-optimal / mauvaise alimentation de la mère (<i>douwa moujouwa</i>) *Exposition de l'enfant au froid *Inflammation de la luette ou augmentation de la taille de la luette	*Consommation des bons aliments par les mères *Guérisseur traditionnel (pour tailler la luette)	
Infections respiratoires/ Toux <i>Outchia</i> ^{MA}	*Exposition au froid	*Tisanes traditionnelles *Natron	*feuilles d'eucalyptus, citronnier, feuilles jaunes de manguier, goyavier et « <i>tchiaski</i> » ⁶¹ (bouillies et servies en cuillères)
Inflammation de la rate <i>Nano</i> ^{FU}	*Sorcellerie *Constipation *Mauvaise alimentation (consommation des aliments mal cuits ou mal conservés ou des aliments inappropriés pour enfant)	*Encense des écorces et plantules (en cas de la sorcellerie) ; *Amélioration des habitudes alimentaires (repas chaud et bouillie enrichie) *Guérisseur traditionnel (scarifications de ventre), suivi par la consommation d'une écorce ajoutée à la bouillie du	

⁵⁷ Arbre aux fruits de couleurs jaune semblable au tamarin, avec un goût légèrement aigre, on utilise plus les écorce pour soigner la toux chez les enfants.

⁵⁸ Ecorces similaires aux celles de « *toursoudjé* » (écorces de couleur rouge légèrement amer utilisés par traiter l'anémie).

⁵⁹ Plante qui produit des tubercules semblables au manioc ; le tubercule est rappé et utilisé pour traiter le lait gâté (lait maternel viré).

⁶⁰ Arbre de très grande taille (plus de 20m), dont les écorces sont utilisées pour traiter l'anémie, les inflammations et les éruptions cutanées.

⁶¹ Arbre aux fruits de couleurs jaune semblable au tamarin, avec un goût légèrement aigre, on utilise plus les écorce pour soigner la toux chez les enfants.

		mil rouge et/ou dans la viande de chèvre *CSI (dernier recours)	
--	--	--	--

Tableau 10: Résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement des maladies infantiles, District sanitaire Tokombéré

La communauté constate que la prévalence des maladies infantiles a diminué avec le temps, surtout grâce à la construction des centres de santé à proximité, la distribution des moustiquaires imprégnés, la multiplication des points d'eau améliorés et la sensibilisation des agents de santé communautaires sur les pratiques optimales de soins. Au cours de l'année, les maladies sont plus prévalentes pendant la saison pluvieuse, surtout pendant les mois de Juillet à Septembre à l'exception des infections respiratoires aiguës qui sont plus prévalentes entre les mois de Décembre à Février.

Mois	Jan.	Fév.	Mar.	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Climat												
Saison	Saison sèche					Saison pluvieuse			Saison sèche			
Santé												
Diarrhée							+++	+++	+++			
Infections respiratoires aiguës (IRA) / Toux	+++	+++										+++
Fièvre							+++	+++	+++			
Paludisme								+++	+++	+++		

Tableau 11: Calendrier saisonnier pour les morbidités infantiles, District sanitaire Tokombéré

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, une majorité d'enfants malnutris (n=17) dans l'échantillon (N=23) a souffert des infections pendant la période d'allaitement et/ou lors de l'introduction des aliments de complément. D'après le rappel de leurs mères, 8 enfants ont souffert des symptômes de la diarrhée, 5 ont eu la fièvre et deux cas étaient confirmés pour le paludisme.

A. FAIBLE ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	+
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	-
Catégorisation par l'équipe qualitative	+
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+
Interprétation globale	+

⁶² Basé sur le module Link NCA « Mécanismes de la sous-nutrition »

⁶³ Dans le cas où des études transversales avec des associations statistiques sont disponibles pour la zone d'étude. Sinon, force hypothétique de l'association, si elle est basée sur les valeurs de prévalence.

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
Problèmes d'accès aux soins de santé – obtenir la permission	34.6% (EDS 2018)	37.1% (EDS 2018)	38.2% (EDS 2018)
Problèmes d'accès aux soins de santé – obtenir l'argent	67.3% (EDS 2018)	77.4% (EDS 2018)	77.1% (EDS 2018)
Problèmes d'accès aux soins de santé – distance	39.7% (EDS 2018)	54.6% (EDS 2018)	45.6% (EDS 2018)
Problèmes d'accès aux soins de santé – ne veut pas y aller seule	28.0% (EDS 2018)	34.6% (EDS 2018)	24.7% (EDS 2018)

Facteurs de risque¹⁹: difficultés d'accès aux structures sanitaires (MA, RC)⁶⁴, distance au centre de santé (RC)⁶⁵

- Barrières géographiques : faible accessibilité géographique, notamment en zones rurales⁶⁶ et pour les femmes parturientes⁶⁷, 74.7% des villages à l'EN ne disposent pas d'une structure sanitaire⁶⁸; 82.3% des personnes accède aux soins de santé à pied⁶⁹, 63.5% de ménages doivent marcher ≥30 minutes pour accéder aux soins de santé⁷⁰, 57,9% de ménages accèdent à moto⁷¹, inaccessibilité de certaines structures sanitaires en saison des pluies⁷², l'insécurité établie par Boko Haram⁶⁷
- Barrières temporelles : le temps d'attente est un temps non consacré à la recherche d'argent⁷³
- Barrières financières : manque de ressources financières des ménages^{74 75} - plus de 70% des dépenses totales de santé sont supportées par les ménages vs. 30% par l'Etat, les mécanismes de gratuité sont limités⁷⁶ et ne sont pas toujours fonctionnels, l'assurance maladie est encore limité ou embryonnaire⁷⁷, près de 60 % des individus éprouvent des difficultés à faire face aux dépenses de santé⁷⁸, notamment les femmes en ruptures de l'union⁷⁹, le coût élevé des soins^{80 81}, les hommes refusent d'investir dans le traitement de l'enfant⁸²,

⁶⁴ Kouassi, 'Link NCA. Populations Hotes et Refugiees Des Zones Frontalieres de l'Adamaoua et de l'Est, Publication: Juin 2018'.

⁶⁵ Kouassi.

⁶⁶ UN Women and Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, 'Cameroun Profile Genre-Pays'.

⁶⁷ Ibrahim Bienvenu Mouliom Mounbakou, Accoucher en contexte de précarité sanitaire à l'Extrême-Nord Cameroun : quand les accoucheuses traditionnelles réinvestissent le marché thérapeutique. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/nord-cameroun/chapter/accoucher-en-contexte-de-precarite-sanitaire-a-lextrême-nord-cameroun-quand-les-accoucheuses-traditionnelles-reinvestissent-le-marche-therapeutique-2/>

⁶⁸ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

⁶⁹ United Nations International Children's Emergency Fund, 'Evaluation Rapide Des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) Dans Les Régions Du Nord et Extrême-Nord Du Cameroun'.

⁷⁰ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

⁷¹ World Food Programme.

⁷² République du Cameroun, 'Plan Communal de Développement (PCD) de La Commune De Tokombere'.

⁷³ Voudina Nicodeme, Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun), https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m_Representations-sociales-et-itineraires-therapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html

⁷⁴ UN Women and Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, 'Cameroun Profile Genre-Pays'.

⁷⁵ Institut National de la Statistique, 'Enquête Par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS5) 2014'.

⁷⁶ Paludisme simple chez les enfants <5 ans, les vaccinations pour les femmes enceintes et les enfants <5 ans, les antirétroviraux pour les personnes affectées par le VIH/SIDA (PNPS 2017).

⁷⁷ République du Cameroun, 'Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) Au Cameroun'.

⁷⁸ Awomo Ndongo, 'Émergence des mutuelles de santé au Cameroun'.

⁷⁹ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

⁸⁰ United Nations International Children's Emergency Fund, 'Evaluation Rapide Des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) Dans Les Régions Du Nord et Extrême-Nord Du Cameroun'.

⁸¹ République du Cameroun, 'Plan Communal de Développement (PCD) de La Commune De Tokombere'.

⁸² Voudina Nicodeme, Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun), https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m_Representations-sociales-et-itineraires-therapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html

- Barrières socio-culturelles : recours à la médecine traditionnelle⁸³, prolifération des médicaments de la rue⁸⁴, peur ou honte de rencontrer des personnes connues de l'environnement social ou familial dans les structures sanitaires, notamment lors de la prise en charge de la malnutrition (peur de jugement)⁸⁵, perception de la malédiction de la structure sanitaire (« parce que les gens y meurent tous les jours) – « *je ne veux pas que mon enfant meure* »⁸⁶, manque de confiance en soins modernes et/ou le découragement si le malade n'obtient pas de résultats tangibles (lié à un manque de communication avec le personnel de santé ci-dessous)⁸⁷
- Barrières de qualité de soins : l'offre insuffisante de services de santé en milieu rural et dans les régions défavorisées⁸⁸, insuffisance en infrastructures, équipements et ressources humaines ⁸⁹ ⁹⁰; mauvais accueil des patients par les infirmiers à l'Hôpital privé et/ou l'Hôpital public⁹¹ ⁹² (manque de communication entre le personnel de santé et les usagers de service), refus de service si la mère arrive en retard (pour vacciner ou peser l'enfant)⁹³, manque de confidentialité par le personnel de santé⁹⁴, défaillances dans la gestion des services, notamment en ce qui concerne l'approvisionnement des médicaments et les mécanismes de référence et contre-référence⁹⁵, mauvaise qualité de service est citée comme une des principales raisons de l'insatisfaction des populations⁹⁶
- Itinéraires thérapeutiques : Pour se soigner les malades se remettent à un système de proximité ; le recours est la conséquence d'une demande de conseil au voisinage, à la famille ou aux amis. Si le symptôme est perçu au départ comme « diabolique », ils se tournent vers la médecine traditionnelle, ex. enfant malade → mauvais esprit le dérange (les soins à l'hôpital pas appropriés) → a.) écorces et racines trouvées dans la brousse, b.) ramasser et donner à l'enfant les graines d'arachides tombées à terre au marché (cela aide à chasser les mauvais esprits), c.) comprimés achetés au marché, d) soins au Tchad.⁹⁷

⁸³ République du Cameroun.

⁸⁴ République du Cameroun.

⁸⁵ Voudina Nicodeme, Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun), https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m_Representations-sociales-et-itineraires-therapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html

⁸⁶ Voudina Nicodeme, Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun), https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m_Representations-sociales-et-itineraires-therapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html

⁸⁷ Voudina Nicodeme, Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun), https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m_Representations-sociales-et-itineraires-therapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html

⁸⁸ République du Cameroun, 'Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) Au Cameroun'.

⁸⁹ République du Cameroun.

⁹⁰ République du Cameroun, 'Plan Communal de Développement (PCD) de La Commune De Tokomere'.

⁹¹ République du Cameroun.

⁹² Voudina Nicodeme, Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun), https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m_Representations-sociales-et-itineraires-therapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html

⁹³ Voudina Nicodeme, Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun), https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m_Representations-sociales-et-itineraires-therapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html

⁹⁴ Voudina Nicodeme, Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun), https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m_Representations-sociales-et-itineraires-therapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html

⁹⁵ République du Cameroun, 'Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) Au Cameroun'.

⁹⁶ United Nations International Children's Emergency Fund, 'Evaluation Rapide Des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) Dans Les Régions Du Nord et Extrême-Nord Du Cameroun'.

⁹⁷ Voudina Nicodeme, Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun),

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS2018)

Les données MICS 2014 n'ont pas démontré des associations statistiques significatives entre les indicateurs de l'accès aux services de santé et quel que soit la forme de la sous-nutrition (Cf. Annexe A & B). Par contre, les données EDS 2018 ont démontré que les enfants dont les donneurs de soins ont eu problèmes financiers d'accès aux soins de santé avaient un risque plus élevé de retard de croissance ($p=0.003$) et d'insuffisance pondérale ($p=0.014$). Les enfants dont les donneurs de soins ne voudraient pas aller aux centres de santé seuls avaient un risque plus élevé d'être à la fois émacié et petit⁵⁶ ($p=0.039$) (Cf. Annexe C & D).

Les données SMART 2017 n'ont pas inclut les indicateurs relatifs à l'accès aux services de santé (Cf. Annexe E & F).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Barrières d'accès aux services de santé

Barrières géographiques

Comparativement aux années antérieures, l'accès géographique aux services de santé est perçu plus positivement vu l'établissement de nouvelles structures sanitaires (CSI) qui renforcent le réseau de prestataires de service dans le district. Pourtant, la distance demeure problématique pour les villages reculés (>5km), notamment pendant la saison pluvieuse quand les *mayo*⁹⁸ se remplissent et rendent l'accès aux structures de santé difficile, voire impossible.

« En saison sèche, il faut 2h du temps de marche à pied pour se rendre au centre de santé le plus proche ; en saison pluvieuse c'est carrément inaccessible. »

D'ailleurs, les pistes deviennent boueuses, limitant le mouvement des motos (risque élevé d'embourbement et/ou d'accident) et le rendant plus cher (Cf. A. Accès aux services de santé - Barrières financières). Ainsi, en cas de besoin, les ménages peuvent être obligés de se rendre aux structures sanitaires à pied, possiblement cherchant d'autres solutions à proximité (ex. automédication, guérisseur traditionnel) avant que la nécessité d'y aller devient incontournable. L'accès géographique aux services de santé est plus particulièrement difficile dans les zones montagneuses, par exemple Kotamachire, Medjeguere Guisga ou Zamdabo dans l'aire de santé de CSI Serawa.

Barrières temporelles

Vu la prévalence plus élevée des multiples maladies infantiles pendant la saison pluvieuse (Cf. Maladies infantiles), la population ressent un plus grand besoin d'accéder aux services de santé pendant cette période. Pourtant, la saison pluvieuse est largement associée aux travaux champêtres qui absorbent les heures de travail de tout le ménage dans la quête d'assurer sa survie dans les mois à venir. Ainsi, la surcharge de travail et/ou le manque de temps disponible peut retarder le recours aux soins aux structures sanitaires jusqu'à que les options plus accessibles soient épuisées.

Barrières financières

Un manque de ressources financières au ménage a été cité comme une barrière principale à l'accès aux services de santé. Alors que la faible disponibilité de ressources financières peut être perçue au cours de l'année, les ménages en sont plus exposés pendant la saison pluvieuse quand les ressources générées par la récolte précédente ont été déjà dépensées et/ou elles

https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m_Representations-sociales-et-itinéraires-therapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html

⁹⁸ Rivière (en fulfuldé).

sont soigneusement dirigées vers l'agriculture en tant qu'un investissement pour la prochaine saison.

Le coût des services de santé est généralement perçu comme élevé – et d'une manière imprévisible – vu la déconnexion entre la lecture des symptômes par la population, débouchant sur l'estimation d'un prix du traitement, et le coût réel de la consultation, des analyses et du traitement prescrit par le personnel de santé. Le référencement (et/ou le risque suspecté de référencement) aux autres structures sanitaires, telles que l'hôpital du district à Tokombéré et/ou l'hôpital régionale à Maroua, décourage le recours aux centres de santé intégrés par peur de ne pas pouvoir assumer le coût financier connexe.

D'ailleurs, la population a constaté que les médicaments prescrits aux services de santé sont les mêmes que les médicaments achetés sur le marché alors ils préfèrent à recourir à l'automédication pour traiter les maladies récurrentes, telles que la fièvre ou la diarrhée, sans nécessité de payer les frais de consultation en plus.

D'après les participants aux groupes de discussion, les ménages avec les plus grandes difficultés liées à l'accès financier aux services de santé sont les ménages polygames qui vu leur taille élevée peut restreindre le volume de ressources disponibles pour couvrir les frais de santé de chaque membre. D'ailleurs, en cas de faible support du mari (Cf. T. Faible support social des femmes), les ressources financières mises à disposition de chaque épouse peuvent être limitées et ainsi elles peuvent être sous l'obligation de couvrir les frais de santé eux-mêmes. Par conséquent, les femmes peuvent se trouver obligées vendre les articles ménagers pour soigner leurs enfants et/ou déployer d'autres stratégies pour mobiliser le montant nécessaire. Dans certaines localités, les femmes ont admis d'être entièrement responsables du paiement de cheque de santé (6.000 FCFA) qui leur permet d'accéder aux services de sante depuis la grossesse jusqu'aux consultations postnatales. Ceci peut poser une charge financière importante pour les femmes, notamment lors des grossesses répétitives qu'elles ne peuvent pas ou ne veulent pas contrôler (Cf. C. Faible espacement des naissances / grossesses précoces/non désirées).

Barrières socio-culturelles

Comparativement aux années antérieures, le recours aux soins traditionnels a diminué mais il reste pertinent, notamment dans les communautés animistes qui restent, d'une manière, réticentes par rapport les services de santé.

« La communauté considère les services de santé comme les destructeurs de la tradition, les pratiques des blancs. D'après eux, les médicaments à l'hôpital affaiblissent l'organisme, surtout celui de l'enfant. Si on habitue les enfants à se soigner à l'hôpital, ils vont toujours tomber malade. Certains disent même que le chèque santé est associé aux pratiques sataniques car les enfants des mères qui l'ont utilisé sont malades sans cesse. »

Dans le passé, la maladie de l'enfant pourrait considérée comme une manifestation de la colère des dieux contre les parents qui refusaient faire les sacrifices ordonnés par la tradition. Par conséquent, pour retrouver la santé, les sacrifices étaient inévitables. De nos jours, les communautés disent d'avoir abandonné ces sacrifices mais certains continuent de demander à leurs idoles la permission de recourir aux soins de santé et/ou l'indication quels soins (centre de santé vs. le guérisseur) devraient être déployés.

Certaines maladies, comme l'inflammation de la rate, l'augmentation de la lulette et/ou les maladies déclenchées par un sort, ne peuvent être traitées que par le guérisseur traditionnel (Cf. Maladies infantiles). De ce fait, lors de la lecture des symptômes associés avec ces conditions, l'enfant est dirigé vers le tradipraticien et les soins aux structures sanitaires ne seront recherchés qu'en cas d'échec de ce traitement.

Barrières de qualité de soins

Vu les barrières d'accès aux services de santé précédemment citées – et ainsi les efforts mobilisés pour s'y rendre – la population estime que les soins aux structures sanitaires devraient être ponctuels et de haute qualité. Pourtant, ils constatent que le temps d'attente est souvent très long et l'accueil à défaut de la bienveillance. A l'exception de certains établissements applaudis pour la réception de patients à n'importe quelle heure, les autres sont évalués moins positivement à cause des reproches véhémentes envers les patients et/ou le temps qu'il faut consacrer aux visites - avec le coût d'opportunité considérable, notamment pendant la saison pluvieuse.

« Le personnel de santé nous reproche que c'est de notre faute que l'enfant est autant malade. Mais s'il faut trouver l'argent pour bénéficier du service, cela peut nous prendre quelques jours pour mobiliser le montant. Pas tout le personnel nous offre la période de grâce pour régler la facture. D'ailleurs, si on doit utiliser les services de santé, il faut s'y rendre très tôt le matin pour être reçu parmi les premiers, sinon on risque d'y passer toute la journée. Avec la surcharge de travail au ménage et au champ lors de la saison pluvieuse, le temps d'attente au centre de santé est insupportable. »

D'ailleurs, la population estime que le personnel de santé n'est pas suffisamment qualifié pour offrir des soins de qualité avec beaucoup de stagiaires et aides non-qualifiés engagés dans les structures sanitaires. Par contre, l'engagement et le renforcement de capacités de relais communautaires est apprécié, surtout en ce qui concerne le dépistage, le référencement et le traitement de paludisme.

B. FAIBLE UTILIZATION DES SERVICES DE SANTÉ

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la littérature scientifique ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la revue des données secondaires pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des analyses de données secondaires (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	+++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+
Interprétation globale	++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
Soins recherchés en cas de fièvre	61.0% (EDS 2018)	56.4% (EDS 2018)	58.6% (EDS 2018)
Soins recherchés en cas de diarrhée	56.2% (EDS 2018) 64.1% (MICS 2014)	54.4% (EDS 2018) 62.9% (MICS 2014)	58.4% (EDS 2018) 62.3% (MICS 2014)
Supplémentation en Vit. A Enfants 6-59 mois	54.5% (EDS 2018)	51.5% (EDS 2018)	70.6% (SMART 2021) 57.8% (SMART 2019) 62.9% (SMART 2018) 51.1% (EDS 2018) 67.4% (SMART 2017)
Déparasitage Enfants 12-59 mois	53.3% (EDS 2018)	46.1% (EDS 2018)	56.7% (SMART 2021) 54.2% (SMART 2019) 37.2% (EDS 2018) 50.2% (SMART 2018) 57% (SMART 2017)

Tous les vaccins de base <i>Enfants 12-23 mois</i>	52% (EDS 2018) 75.3% (MICS 2014) 53% (EDS 2011) 48% (EDS 2004) 36% (EDS 1998) 40% (EDS 1991)	45.3% (EDS 2018) 67.7% (MICS 2014)	39.3% (EDS 2018) 50.8% (MICS 2014)
CPN	87% (EDS 2018) 82.8% (MICS 2014) 85% (EDS 2011) 80% (EDS 2004) 78% (EDS 1991)	79.4% (EDS 2018) 74.7% (MICS 2014)	50.8% (SMART 2021) 78.2% (EDS 2018) 60.6% (MICS 2014)
CPN 4+	65% (EDS 2018) 58.8% (MICS 2014) 62% (EDS 2011) 60% (EDS 2004) 49% (EDS 1991)	46.8% (MICS 2014)	37.8% (MICS 2014)
Accouchement dans un établissement de santé	67% (EDS 2018) 61.3% (MICS 2014) 61% (EDS 2011) 59% (EDS 2004) 62% (EDS 1991)	49.7% (EDS 2018) 45.4% (MICS 2014)	37.8% (EDS 2018) 25.2% (MICS 2014)
Pas d'examen postnatal mère	37.8% (EDS 2018) 35.0% (MICS 2014)	49.4% (EDS 2018) 45.9% (MICS 2014)	60.0% (EDS 2018) 64.3% (MICS 2014)
Pas d'examen post-natal enfant	37.3% (EDS 2018) 31.5% (MICS 2014)	50.3% (EDS 2018) 42.8% (MICS 2014)	62.8% (EDS 2018) 63.0% (MICS 2014)

Facteurs de risque¹⁹: Enfants non-vaccinés ou partiellement vaccinés⁹⁹

Facteurs de protection¹⁹: Accouchement dans la structure sanitaire^{100 101}

- Vaccination : croyances culturelles: la vaccination rend stérile les femmes¹⁰², vise à réduire la population de l'Afrique¹⁰³, fait souffrir les enfants et les rend plutôt malades¹⁰⁴,

⁹⁹ Tanang Tichoula, 'Facteurs Explicatifs De La Malnutrition Des Enfants De Moins De Cinq Ans Au CamerounN'.

¹⁰⁰ Mburano and Mounchingam, 'Déterminants Individuels, Familiaux et Contextuels de La Malnutrition Des Enfants de Moins de Cinq Ans Au Cameroun'.

¹⁰¹ Indice combiné (émaciation, retard de croissance et insuffisance pondérale)

¹⁰² United Nations International Children's Emergency Fund, 'Evaluation Rapide Des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) Dans Les Régions Du Nord et Extrême-Nord Du Cameroun'.

¹⁰³ United Nations International Children's Emergency Fund.

¹⁰⁴ United Nations International Children's Emergency Fund.

- Consultations prénatales : le taux plus bas pour les femmes sans instruction et dans les ménages de plus bas quintile¹⁰⁵ ; Barrières aux consultations prénatales : a.) selon les croyances culturelles, la naissance d'un enfant n'appartient pas à l'hôpital, elle appartient au village, étant donné que l'enfant est appelé à reprendre la vie et la dynamique du village¹⁰⁶; b.) exposition de la nudité des femmes devant les prestataires de santé de sexe masculin¹⁰⁷ et/ou exposition de la femme à l'adultère¹⁰⁸, la jalousie de l'époux¹⁰⁹; c.) déni de l'importance de la CPN : les traumatismes et les expériences malheureuses vécues par certaines femmes lors des accouchements ou lors des consultations prénatales amènent les femmes à se radicaliser et à penser que la CPN ne garantit pas toujours le bon déroulement de l'accouchement et par conséquent, les femmes peuvent s'en passer et ne pas en faire¹¹⁰; d.) coûts financiers élevés¹¹¹, ils diffèrent d'une structure sanitaire à une autre et sont parfois fixés à la tête du client¹¹² ; e.) mauvais accueil au niveau des structures sanitaires¹¹³, personnel de santé souvent plus préoccupé par le règlement de leurs problèmes personnels au détriment des femmes venues en CPN ou pour d'autres sollicitations¹¹⁴
- Accouchement dans les structures sanitaires : le taux plus bas pour les femmes sans instruction et dans les ménages de plus bas quintile¹¹⁵ ; le taux augmente avec un nombre CPN, descend avec le rang de l'enfant¹¹⁶ ; Barrières à l'accouchement dans les structures sanitaires : a.) coûts financiers élevés¹¹⁷, ils diffèrent d'une structure sanitaire à une autre et sont parfois fixés à la tête du client¹¹⁸; b.) mauvais accueil pendant les accouchements où les femmes en salle d'accouchement sont rabrouées et traitées de manière déconcertante¹¹⁹; c.) préférence de l'accouchement à la maison : l'accouchement est le plus précieux quand il se passe loin des regards indiscrets, c'est un acte de bravoure (*dainyugo haa sarre*)¹²⁰; d.) préférence de l'accouchement avec l'assistance de l'accoucheuse traditionnelle (*danyoobe*)¹²¹
- Consultations postnatales : le taux plus bas pour les femmes sans instruction et dans les ménages de plus bas quintile¹²². Le taux descend avec le rang, notamment si l'accouchement est ailleurs.¹²³

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

D'après les régressions logistiques de données MICS 2014, les enfants nés à domicile avaient un risque plus élevé d'insuffisance pondérale ($p=0.008$) (Cf. Annexe A). Cette même tendance

¹⁰⁵ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

¹⁰⁶ Aurenche, Beaufils, and Huriaux, 'Tokombéré projet de santé, projet de promotion humaine'.

¹⁰⁷ United Nations International Children's Emergency Fund, 'Evaluation Rapide Des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) Dans Les Régions Du Nord et Extrême-Nord Du Cameroun'.

¹⁰⁸ United Nations International Children's Emergency Fund.

¹⁰⁹ United Nations International Children's Emergency Fund.

¹¹⁰ United Nations International Children's Emergency Fund.

¹¹¹ United Nations International Children's Emergency Fund.

¹¹² United Nations International Children's Emergency Fund.

¹¹³ United Nations International Children's Emergency Fund.

¹¹⁴ United Nations International Children's Emergency Fund.

¹¹⁵ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

¹¹⁶ Institut National de la Statistique and ICF International.

¹¹⁷ United Nations International Children's Emergency Fund, 'Evaluation Rapide Des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) Dans Les Régions Du Nord et Extrême-Nord Du Cameroun'.

¹¹⁸ United Nations International Children's Emergency Fund.

¹¹⁹ United Nations International Children's Emergency Fund.

¹²⁰ Ibrahim Bienvenu Mouliom Mounbakou, Accoucher en contexte de précarité sanitaire à l'Extrême-Nord Cameroun : quand les accoucheuses traditionnelles réinvestissent le marché thérapeutique, <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/nord-cameroun/chapter/accoucher-en-contexte-de-precarite-sanitaire-a-lextreme-nord-cameroun-quand-les-accoucheuses-traditionnelles-reinvestissent-le-marche-therapeutique-2/>

¹²¹ Ibrahim Bienvenu Mouliom Mounbakou, Accoucher en contexte de précarité sanitaire à l'Extrême-Nord Cameroun : quand les accoucheuses traditionnelles réinvestissent le marché thérapeutique, <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/nord-cameroun/chapter/accoucher-en-contexte-de-precarite-sanitaire-a-lextreme-nord-cameroun-quand-les-accoucheuses-traditionnelles-reinvestissent-le-marche-therapeutique-2/>

¹²² Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

¹²³ Institut National de la Statistique and ICF International.

a été aussi observé dans les données EDS 2018 ($p=0.001$) mais les enfants nés à domicile avaient aussi un risque plus élevé de retard de croissance ($p=0.002$) (Cf. Annexe B).

D'après les régressions logistiques de données MICS 2014, les enfants dont les mères ont reçu les soins prénataux avaient un risque moins élevé de retard de croissance ($p=0.007$), d'insuffisance pondérale ($p=0.001$) et d'être à la fois émacié et petit⁵⁶ ($p=0.018$) (Cf. Annexe A). Similairement, d'après les régressions logistiques de données EDS 2018, les enfants dont les mères n'ont accompli aucune visite prénatale avaient un risque plus élevé d'insuffisance pondérale ($p=0.006$) et d'être à la fois émacié et petit⁵⁶ ($p=0.020$) (Cf. Annexe C). D'ailleurs, d'après les régressions linéaires de données EDS 2018, un nombre de visites prénatales a été positivement associé à l'émaciation ($p=0.039$) et l'insuffisance pondérale ($p=0.003$), c'est-à-dire un nombre croissant des visites prénatales par la mère a diminué un risque des déficits nutritionnels nommés chez les enfants dans l'échantillon (Cf. Annexe D).

Les régressions logistiques de données EDS 2018 ont aussi démontré que les enfants de mères qui ont pris du SP/Fansidar[®] pour le paludisme pendant la grossesse avaient un risque moins élevé de retard de croissance ($p=0.049$) et d'insuffisance pondérale ($p=0.044$). De manière similaire, les enfants dont les mères ont reçu des conseils sur l'allaitement au cours de 2 premiers jours après l'accouchement avaient un risque moins élevé d'insuffisance pondérale ($p=0.017$) et d'anémie ($p=0.008$). Les enfants dont les mères ont reçu des informations sur les dangers du nouveau-né au cours de 2 premiers jours après l'accouchement avaient un risque moins élevé d'anémie ($p=0.037$) (Cf. Annexe C).

Les régressions logistiques de données SMART 2017 n'ont démontré qu'une seule association statistique significative en lien avec l'utilisation des services de santé. Les enfants qui ont bénéficié de la supplémentation en Vitamine A pendant les 6 mois précédant l'enquête avaient un risque plus élevé du retard de croissance ($p=0.010$) (Cf. Annexe E). Le caractère contre-intuitif de ces derniers résultats justifie des recherches plus approfondies.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Les structures sanitaires offrent un éventail des services de santé, parmi lesquels la vaccination, les consultations prénatales et les accouchements assistés sont les plus utilisés et les services de laboratoire, de planning familial ainsi que la prise en charge de la malnutrition sont moins utilisés. Les raisons respectives sont détaillées dans les sous-sections ci-dessous.

Services curatifs

Traitement des morbidités infantiles récurrentes

La lecture de symptômes et de causes des morbidités infantiles est essentiellement un point décisif dans l'identification des soins appropriés. Alors que les participantes aux groupes de discussion ont majoritairement démontré la facilité de les déterminer correctement, les hommes – en tant que les détenteurs du pouvoir de décision – n'ont pas su se bien positionner sur le même et ont admis de ne pas parvenir à faire le suivi de la santé de leurs enfants. Par conséquent, en lien avec d'autres barrières aux services de santé, les structures sanitaires peuvent représenter le dernier recours aux soins après que toutes les autres options soient épuisées sans changement de l'état de santé de l'enfant et/ou en cas de sa détérioration.

Parmi les morbidités récurrentes chez les enfants de moins de 5 ans, le recours aux soins dans les établissements de santé est le plus probable dans le cas suspect de paludisme. Les autres morbidités sont traitées par des moyens traditionnels d'abord, surtout les tisanes préparées à domicile, et les services de santé sont consultés seulement en cas de persistance de symptômes, c'est-à-dire d'échec du traitement.

Accouchement

Contrairement aux années antérieures, les accouchements à domicile se font de plus en plus rares. La majorité des femmes accouchent aux structures sanitaires à l'exception de peu de femmes qui n'y arrivent pas à temps en cas d'accouchement rapide et inattendu lors des travaux champêtres ou autres. Dans ces cas, les femmes peuvent choisir de se rendre au centre de santé pour la consultation postnatale et/ou l'éviter si elles ou leurs nouveau-nés ne subissent pas des complications. Pourtant, un acte de naissance étant adossé à l'accouchement au centre de santé oblige la quasi-totalité des femmes d'y accoucher et/ou s'y rendre si toutefois elles accouchent à l'extérieur.

Les frais d'accouchement sont couverts par le chèque santé, y compris le suivi de la santé maternelle et infanto-juvénile depuis la grossesse jusqu'au postpartum. Malgré que le chèque santé est considéré coûteux (Cf. A. Faible accès aux services de santé – Barrières financières), ce dispositif a pratiquement annulé les accouchements à domicile car les femmes trouvent bénéfique d'avoir accès aux soins en cas des complications post-partum. La prise de conscience de ces risques a progressivement joué sur la disparition des barrières à l'utilisation de services de maternité, telles que le refus de se faire suivre par le personnel de santé de sexe opposé. Ceci peut toujours être problématique pour certaines femmes musulmanes, surtout en cas de jalousie élevée de leurs maris, mais avec une augmentation du personnel de santé féminin aux structures sanitaires ainsi que la sensibilisation des communautés à cet égard, ces désagréments ne sont pas aussi nombreux que dans le passé.

D'ailleurs, les femmes reconnaissent d'être moins fatiguées et de se remettre sur pied plus rapidement lors des accouchements dans les structures sanitaires. Cela est d'autant plus crucial pour les femmes qui ne bénéficient pas de support de leur entourage pendant la période post-partum. La majorité des femmes interviewées ont déclaré d'avoir retourné à domicile le jour d'accouchement, reprenant leurs responsabilités immédiatement, à l'exception de puisage de l'eau qui leur est facilité par d'autres femmes au village. En raison du désaccord des grands-mères/belles-mères concernant l'accouchement aux structures sanitaires (Cf. A. Faible accès aux services de santé – Barrières socio-culturelles), leur support aux femmes après l'accouchement est considérablement réduit de 7-30 jours dans le passé à 2-3 jours de nos jours. Elles ont aussi tendance de refuser à conseiller les mères en cas de maladie de l'enfant, étant donné que leurs traditions n'ont pas été respectées par l'acte d'accouchement aux structures sanitaires.

« Dans le passé, les femmes étaient mieux traitées après l'accouchement par leurs maris ou belles-mères. Le temps de récupération était plus long. Cela a changé avec les accouchements à l'hôpital qui ont remplacé les accouchements à domicile, ce qui est très mal vu par les grandes mères. D'après eux, l'accouchement ou circoncision à l'hôpital représente un manque de respect aux valeurs culturelles. »

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, une moitié des femmes (n=10) dans l'échantillon (N=21) a constaté des complications lors de l'accouchement et onze femmes (pas systématiquement les mêmes) ont mentionné de se sentir épuisées. Le temps de repos après l'accouchement a varié de 0 à 40 jours, avec le médian de 7 jours.

Services préventifs

Soins anténataux

Ensemble avec les accouchements assistés, les consultations prénatales figurent parmi les services les plus utilisés aux structures sanitaires. Dès l'apparition de signes de la grossesse (aménorrhée, fatigue, nausée et vomissement, manque d'appétit, hyper-sensibilité aux odeurs), les femmes se rendent au centre de santé pour confirmer la grossesse et assurer le bon développement de fœtus. A l'exception des femmes qui n'arrivent pas payer pour leur cheque

santé et par conséquent doivent retarder leur première consultation prénatale jusqu'à elles mobilisent les ressources financières nécessaires, les femmes commencent leurs consultations prénatales à partir de 2^{ème} ou 3^{ème} mois de la grossesse et les poursuivent chaque mois jusqu'à l'accouchement.

« Chez nous, les hommes pensent que le chèque santé est une affaire des femmes. Ainsi nous devons nous débrouiller à trouver de l'agent pour payer les frais. »

Une déresponsabilisation des hommes par rapport le paiement de frais pour le chèque santé a été observé dans les communautés chrétiennes/animistes alors que les hommes dans les communautés musulmanes ont démontré tendance d'assumer leurs responsabilités à cet égard.

Malgré la bonne adhérence aux soins anténataux, certaines femmes ont exprimé une réticence vis-à-vis la supplémentation en fer car elles pensent qu'elle pourrait éventuellement augmenter leurs besoins alimentaires (qu'elles ne pourraient pas couvrir) et/ou qu'elle pourrait faire grossir leur fœtus et compliquer l'accouchement.

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, environ 70% des femmes (n=15) dans l'échantillon (N=22) a suivi des consultations prénatales dans une structure sanitaire. 17 femmes ont constaté d'être malade et/ou d'avoir des complications lors de la grossesse.

Soins postnataux

De manière générale, les femmes ne recourent aux consultations postnatales qu'en cas des complications. En cas d'accouchement aux structures sanitaires, les femmes et les nouveau-nés sont examinés et déchargés le même jour si aucune complication soit détectée. Les consultations supplémentaires le 3^{ème} jour, entre le 7^{ème} et 14^{ème} jour et au cours de la 6^{ème} semaine après la naissance ne sont réalisées qu'en cas de maladie de l'enfant et/ou de la mère, y compris des complications de l'allaitement maternel.

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, plus d'une moitié de mères (n=10) dans l'échantillon (N=18) a suivi des consultations postnatales dans une structure sanitaire. Dans la plupart de cas, il s'agissait des femmes qui ont constaté des complications et/ou l'épuisement lors de l'accouchement (Cf. Accouchement).

C. FAIBLE ESPACEMENT DES NAISSANCES / GROSSESSES PRECOCES/NON DESIREES

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la littérature scientifique ⁶²	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la revue des données secondaires pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des analyses de données secondaires (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	+++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	++
Catégorisation par l'équipe qualitative	+++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	-
Interprétation globale	+++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
Taille de ménage	6.91 (ENSAN 2021)		7.52 (ENSAN 2021)
Nombre idéal d'enfants	5.4 (EDS 2018)	6.3 (EDS 2018)	7.2 (EDS 2018)
Age médian au 1 ^{er} rapport sexuel Femmes 20-49 ans	17.1 (EDS 2018)	16.3 (EDS 2018)	16.4 (EDS 2018)

Age médian à la 1 ^{ère} union <i>Femmes 20-49 ans</i>		18.2 (EDS 2018)	16.8 (EDS 2018)
Age médian à la 1 ^{ère} naissance <i>Femmes 20-49 ans</i>		19.0 (EDS 2018)	18.6 (EDS 2018)
<i>Femmes 15-19 ans avec une naissance vivante</i>	19.3% (EDS 2018) 21.0% (MICS 2014)	25.6% (EDS 2018) 29.9% (MICS 2014)	20.9% (EDS 2018) 23.4% (MICS 2014)
Abstinence post-partum (mois)	4.2 (EDS 2018)	4.3 (EDS 2018)	2.8 (EDS 2018)
Index Synthétique de Fécondité <i>Femmes 15-49 ans</i>	4.8 (EDS 2018) 4.9 (MICS 2014) 5.1 (EDS 2011) 5.0 (EDS 2004) 4.8 (EDS 1998) 5.8 (EDS 1991)	6.0 (EDS 2018) 6.2 (MICS 2014)	5.9 (EDS 2018)
Intervalle intergénérisique	31.2 (EDS 2018)	29.7 (EDS 2018)	29.4 (EDS 2018)
Utilisation des moyens contraceptifs <i>Femmes 15-49 ans</i>	19.5% (EDS 2018) 21.0% (MICS 2014)	13.1% (EDS 2018) 16.3% (MICS 2014)	7.1% (EDS 2018) 4.5% (MICS 2014)

Facteurs de risque¹⁹: Age de la mère à la première naissance (inférieur) (MA)¹²⁴, Intervalle de naissances (moins de 24 mois)^{125 126}, Intervalle de naissances (moins de 24 mois) (MC)^{127 128}, Enfants dans les ménages nucléaires^{129 130} ou ménages larges (>11 personnes)^{131 132}

- 11.9% des filles ont des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, 5.6% des filles sont mariées avant l'âge de 15 ans et 2.5% ont leur premier enfant avant l'âge de 15 ans.¹³³ A cause des tabous persistants, les mamans parlent à leurs filles avec beaucoup de paraboles et des mots voilés à propos des risques de grossesse précoce, des maladies sexuellement transmissibles¹³⁴, la jeunesse des mères (accouchements à partir de 14 ans) ensemble avec les grossesses rapprochées sont perçus comme une des causes de la malnutrition chez les enfants à Mayo Tsanaga;¹³⁵ Age médian des femmes lors de la première grossesse à EN est 17 ans, avec 3.6 enfants (nombre moyen) par femme¹³⁶; la fécondité descend avec le niveau d'instruction et elle est la plus élevée chez les filles adolescentes sans instruction;¹³⁷ la taille

¹²⁴ Kouassi, 'Link NCA. Populations Hotes et Refugiees Des Zones Frontalieres de l'Adamaoua et de l'Est Publication: Juin 2018'.

¹²⁵ Mburano and Mounchingam, 'Déterminants Individuels, Familiaux et Contextuels de La Malnutrition Des Enfants de Moins de Cinq Ans Au Cameroun'.

¹²⁶ Indice combiné (émaciation, retard de croissance et insuffisance pondérale)

¹²⁷ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

¹²⁸ Kouassi, 'Link NCA. Populations Hotes et Refugiees Des Zones Frontalieres de l'Adamaoua et de l'Est Publication: Juin 2018'.

¹²⁹ Mburano and Mounchingam, 'Déterminants Individuels, Familiaux et Contextuels de La Malnutrition Des Enfants de Moins de Cinq Ans Au Cameroun'.

¹³⁰ Indice combiné (émaciation, retard de croissance et insuffisance pondérale)

¹³¹ Mburano and Mounchingam, 'Déterminants Individuels, Familiaux et Contextuels de La Malnutrition Des Enfants de Moins de Cinq Ans Au Cameroun'.

¹³² Indice combiné (émaciation, retard de croissance et insuffisance pondérale)

¹³³ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

¹³⁴ ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

¹³⁵ Njiembokue Njupuen and Moupou, 'Les Pratiques Nutritionnelles et La Malnutrition Des Enfants Dans Les Départements Du Mayo-Tsanaga Et Du Lom-Et-Djerem Nutrition And Malnutrition of Infants in the Mayotsanaga And Lom-Et-Djerem Division'.

¹³⁶ United Nations International Children's Emergency Fund, Cooperation Allemande, and Republique du Cameroun, 'Enquête Nutritionnelle SMART et de Mortalité Rétrospective Chez Les Femmes, Les Adolescentes et Les Enfants Au Cameroun (Est, Adamaoua, Nord et Extrême Nord)'.

¹³⁷ Institut National de la Statistique and ICF International.

moyenne des ménages à EN est de 8 membres¹³⁸. Intervalle inter-général est un peu plus long pour les femmes avec une instruction secondaire, les femmes de plus haut quintile, est les femmes 40-49 ans¹³⁹;

- Utilisation des moyens contraceptifs est très rare parmi les femmes sans enfants ou femmes sans instruction.¹⁴⁰ Les femmes utilisent les moyens contraceptifs pour espacer, plutôt que limiter les naissances.¹⁴¹

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

D'après les régressions linéaires de données MICS 2014, un nombre de naissances a été négativement associé à l'émaciation ($p=0.037$), au retard de croissance ($p=0.036$) et à l'insuffisance pondérale ($p=0.013$) (Cf. Annexe B). Par contre, d'après les régressions linéaires de données EDS 2018, un nombre de membres du ménage a été positivement associé à l'anémie ($p=0.029$), c'est-à-dire un nombre croissant de membres dans le ménage a diminué un risque d'anémie chez l'enfant (Cf. Annexe D).

D'ailleurs, les régressions logistiques de données MICS 2014 ont indiqué que les enfants dont les pères ont eu d'autres épouses à part de la mère de l'enfant avaient un risque plus élevé de retard de croissance ($p=0.041$) et d'insuffisance pondérale ($p=0.030$) (Cf. Annexe B). D'après les régressions linéaires de données EDS 2018, un nombre d'autres épouses a été aussi négativement associé au retard de croissance ($p=0.057$) et l'insuffisance pondérale ($p=0.097$) mais comme les valeurs p l'indiquent le lien est statistiquement moins significatif. Par contre, un nombre d'autres épouses a été positivement associé à l'anémie ($p=0.028$), c'est-à-dire que les enfants dont les pères ont eu d'autres épouses à part de la mère de l'enfant avaient un risque moins élevé d'anémie (Cf. Annexe D).

Les régressions logistiques de données EDS 2018 ont indiqué que les enfants dont les mères ont utilisé une méthode contraceptive traditionnelle et/ou moderne avaient un risque moins élevé de retard de croissance ($p=0.051$) (Cf. Annexe C).

Malgré la disponibilité d'indicateurs relatifs au statut matrimonial de la mère et/ou l'espacement de naissances dans les bases de données SMART 2017, les associations statistiques significatives avec quel que soit la forme de la sous-nutrition n'ont pas été observées (Cf. Annexe E & F).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Taille de ménage

La taille de ménage dans le district sanitaire de Tokombéré est à la fois régie par des croyances culturelles et religieuses ainsi que par des stratégies de résilience. Culturellement, un homme sans enfants n'est pas aussi respecté dans la communauté qu'un homme avec beaucoup d'enfants. La majorité des hommes interviewés a cité qu'il faut au moins 10-12 enfants pour se sentir révérent. Dans le passé, un nombre élevé d'enfants a pu être nécessaire pour des raisons sécuritaires – afin de protéger le ménage en cas d'agression et/ou de la guerre - mais cet aspect n'est plus considéré pertinent de nos jours comme les conflits interethniques ont diminué et les risques sécuritaires liés à la proximité des groupes armés n'inspirent pas la nécessité de protection par les propres moyens de ménage. Actuellement, les enfants représentent plutôt une fierté de lignage, une assurance de deuil majestueux, tandis qu'au cours de la vie les parents rêvent d'augmenter leur estime sociale à travers le succès potentiel de leurs enfants, si toutefois ils arrivent de décrocher des grands postes dans la fonction publique, acquièrent

¹³⁸ Cameroon Red Cross, IFRC, and Swedish Red Cross, 'Rapport d'Évaluation Des Vulnérabilités et Capacités Mayo-Sava, Mayo-Tsanaga, Diamaré Extrême Nord Du Cameroun Octobre-Novembre 2019'.

¹³⁹ Institut National de la Statistique and ICF International.

¹⁴⁰ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

¹⁴¹ Institut National de la Statistique and ICF International.

des biens et/ou épousent des personnes de classe privilégiée ou financièrement stable. De l'autre côté, les enfants délinquants représentent une honte pour la famille alors que le lien entre l'investissement dans l'instruction formelle et informelle de l'enfant et ses chances de succès ne semble pas d'être suffisamment considéré.

Un nombre plus élevé des enfants peut être aussi désiré pour satisfaire des besoins en main d'œuvre sur les champs alors que les communautés se plaignent en parallèle d'une insuffisance des terres agricoles (Cf. K. Faible accès aux sources de revenu). Toutefois, les enfants représentent une promesse de l'aide à l'âge avancée des parents, surtout pour les femmes qui tentent de remplacer un manque de soutien de la part de leurs maris par un prospect de soutien de leur progéniture (Cf. M. Faibles stratégies de résilience).

« Les femmes désirent d'avoir le plus d'enfants possible parce que malgré les souffrances et la charge du travail, elles estiment que les enfants leur seront d'une grande assistance dans l'avenir. Avoir deux ou trois enfants ne garantit pas que dans ce petit nombre on puisse trouver un enfant soucieux pour le bien-être de sa mère. Pour cela il faut maximiser les efforts reproductifs afin de trouver au moins un ou deux enfants qui vont prendre bon soin de leur mère. »

D'ailleurs, il est important à noter que les hommes retiennent le pouvoir décisionnaire sur un nombre d'enfants nés dans le ménage et un refus de la femme d'accoucher plus d'enfants peut être puni par un divorce, une arrivée de la nouvelle épouse dans le ménage et/ou par une restriction de support financier accordé à la femme. Par conséquent, certaines femmes se sentent obligées de continuer accoucher les enfants par peur de perdre ce support et ne pas pouvoir subvenir seules aux besoins de leurs enfants vivants.

En comparaison avec le passé, les participants aux groupes de discussion constatent une augmentation d'un nombre d'enfants dans le ménage. Partiellement, ils l'accordent à l'âge plus bas de mariage qui déclenche le cycle reproductif plus tôt que chez leurs aînés. De plus, il est impératif pour les hommes d'avoir au moins deux fils qui assureront la continuation du lignage. Les filles sont essentiellement écartées, étant donné qu'elles se marient pour fonder leurs familles ailleurs. Ainsi, les hommes poursuivent des rapports sexuels avec leurs femmes jusqu'à l'achèvement de leur but. Si la première femme n'arrive pas leur donner un héritier mâle (après 2-3 filles), les hommes chercheront une autre femme dans l'espoir d'avoir un garçon.

Grossesses précoces

En comparaison avec les années antérieures, la communauté constate une apparition et/ou augmentation des grossesses hors mariage dans leur milieu. D'une manière, ce phénomène peut être lié à l'assouplissement des normes sociales strictes qui avaient pour l'objectif de prévenir et/ou éliminer les risques de grossesses précoces.

« Notre tradition interdit des rapports sexuels avant le mariage. Auparavant, les rapports sexuels avant le mariage étaient punis par l'exécution d'un couple concerné. On a percé leurs estomacs avec le bâton, on les a attachés avec la corde et les a laissés mourir sur une fourmière. Cette pratique n'est plus appliquée par peur de se retrouver en prison pour meurtre, toutefois, les couples qui le commettent sont expulsés du village ou ils ont obligé à se marier. »

Dans certaines communautés animistes, les grossesses hors mariage continuent d'être considérées comme une malédiction qui induira une mauvaise récolte. Pour éviter cette conséquence, un sacrifice aux dieux doit être performé.

« Si la fille tombe enceinte avant de se marier, c'est un grand péché et si le sacrifice n'est pas performé pour apaiser les ancêtres, nous sommes tous punis à travers la terre infertile et les rendements minimes. Le garçon qui a enceinté la fille doit amener une chèvre pour le rituel sacrificiel qui consiste à décapiter la chèvre par les initiés hors du village. Si jamais le garçon refuse d'amener la chèvre, les gardiens du temple ont des moyens coercitifs allant jusqu'à la mort du garçon récalcitrant. Ils consistent en récits des incantations dans une calebasse. Une fois la calebasse est renversée, le garçon ne peut plus se relever jusqu'à ce qu'il apporte la chèvre en guise de repentance. Dans le cas où nous gardiens du peuple laissons la grossesse hors mariage sans faire le sacrifice, l'un de nous va mourir d'où la nécessité d'obliger le garçon à amener la chèvre pour le rituel. »

Les grossesses précoces remettent en cause l'éducation des filles par leurs parents et surtout leur prise en charge au cours de l'adolescence quand elles sont plus exposées aux tentations. L'éducation sexuelle semble d'être limitée à l'abstinence complète avant le mariage. La discussion sur l'utilisation des moyens contraceptifs est largement évitée car il est estimé qu'elle pourrait être interprétée comme un encouragement de la poursuite de la vie sexuelle active. Les parents évoquent que c'est la responsabilité de la fille de se protéger si elle s'engage dans l'exploration de sa sexualité avant le mariage. Ce manque de sensibilisation sur les risques de rapports sexuels non-protégés, combiné avec les besoins financiers non-satisfaites, augmente la vulnérabilité des filles, qui est facilement exploitable par les hommes qui ont la capacité de subvenir à leurs besoins - une grossesse non-désirée n'étant très loin. D'après les interviewés, les garçons sont mieux positionnés de subvenir à leurs propres besoins si les parents n'arrivent pas de les combler parce que, contrairement aux filles, ils ont accès à la terre et ils peuvent s'engager dans les activités génératrices de revenu (ex. conducteurs de moto taxi).

La précarité de vie dans les ménages peut être aussi liée aux mariages précoces. Alors que les mariages de filles entre 12 et 14 ans ne sont plus pratiqués parce que les filles subissent des complications lors de l'accouchement, les filles de 15 à 16 ans peuvent être poussées de se marier pour des raisons économiques, surtout dans les ménages monoparentaux. Pourtant, elles détiennent le pouvoir de décision d'accepter ou refuser le futur mari. Sa capacité financière, pouvant payer la dot, est un facteur motivant pour le mariage malgré des risques potentiels à l'autonomie des jeunes mariées.

« La dot est un piège, surtout pour les jeunes filles de familles vulnérables. Dès que la dot est payée, elles deviennent une propriété privée de leurs maris et doivent d'un sort repayer la dot à travers les travaux que leurs maris les demanderont d'exécuter. »

Espacement de naissances

En comparaison avec les années antérieures, la communauté constate un raccourcissement de la période entre deux naissances, passant de 2-3 ans dans le passé à 1 an de nos jours. Les participants aux groupes de discussion ont relevé qu'un nombre d'accouchements dans les ménages a substantiellement augmenté. Certains ont tenté d'expliquer cette tendance par un retour précoce des menstrues (2 mois après l'accouchement) qui auparavant ont habituellement recommencé 1-2 ans après l'accouchement, une fois que l'enfant était sevré.

« Auparavant, les naissances étaient mieux espacées que de nos jours. Les femmes étaient très patientes et attendaient que le bébé ait l'âge de 2 ans avant d'avoir les relations intimes avec leurs maris. »

Le retour précoce de règles est associé à la reprise précoce des rapports sexuels après l'accouchement. Alors que dans le passé les conjoints observaient au moins 7 mois (allant jusqu'à 2 ans) d'abstinence, les couples sont devenus plus impatients aujourd'hui, réclamant des rapports sexuels avant l'accomplissement de la période post-partum de 40 jours. Ceci peut être partiellement expliqué par la disparition de la tradition qui obligeait les femmes de rester chez leurs parents 3-6 mois après l'accouchement et de ne revenir dans leurs ménages qu'après le rétablissement complet. D'ailleurs, les participants aux discussions de groupe ont aussi soulevé la consommation de l'alcool ainsi que l'oisiveté et/ou un manque de divertissement qui augmentent l'appétit des hommes pour la distraction dans les relations intimes.

La responsabilité pour cette reprise précoce semble pourtant partagée par les deux époux. D'un côté, les hommes, surtout dans les ménages monogames, ne peuvent plus atténuer leur pulsion sexuelle chez les autres femmes, mettant pressions sur leurs épouses de satisfaire leurs besoins. De l'autre côté, les femmes précipitent de satisfaire leurs maris par peur que le refus pourrait déboucher sur une violence conjugale, un divorce et/ou une arrivée de la nouvelle épouse dans le ménage. Dans les ménages polygames, il s'ajoute la jalousie entre les coépouses

et mêmes les femmes qui viennent d'accoucher réclament leurs maris pour s'assurer qu'ils ne s'attachent pas trop aux autres épouses et leur retirent le support.

« A l'époque les femmes accouchaient très peu. Le faible espacement de naissance observé aujourd'hui n'existait pas. Les hommes ne veulent plus patienter après que la femme ait accouché. Si la femme refuse les rapports sexuels, le mari commence à bouder et à ne plus manger la nourriture chez elle. Il commence même à diminuer l'argent de la ration. Même dans les foyers polygamiques le phénomène est observé car si la femme ne cède pas, le mari va aller vers la 2^{ème} femme, créant la jalousie, et de ce fait la femme va céder pour ramener l'homme vers elle. »

Moyens contraceptifs

Les moyens contraceptifs modernes ne jouissent pas de l'acceptabilité communautaire pour des raisons variées. Les hommes sont plus préoccupés avec l'expansion de leur ménage et l'estime associé (Cf. Taille de ménage), tout en considérant les moyens contraceptifs comme l'interception de la volonté de Dieu.

« La religion musulmane proscrit cette pratique. Les enfants sont un don d'Allah, il n'est pas donc question de retarder ni arrêter leur venu sur terre. »

Alors que les hommes utilisent le texte sacré du Coran pour justifier leur positionnement sur la non-utilisation des moyens contraceptifs, ils maîtrisent et/ou considèrent moins leurs responsabilités prescrites par le même texte en lien avec la prise en charge de leur famille. D'une manière, leur positionnement a dévoilé un niveau de partialité taillée à leur convenance.

« L'utilisation des méthodes contraceptives, soit naturelles ou modernes, n'est pas apprécié par des hommes, bien qu'ils ne s'occupent pas assez de leurs enfants. Quand les femmes disent aux hommes qu'il faut espacer les naissances, les hommes rétorquent toujours que c'est Dieu qui donne et nourrit les enfants. Ils ne veulent pas limiter leur plaisir tiré des rapports sexuels, pensant que n'importe quelle tentative pourrait aboutir à la naissance d'un grand imam, par exemple. De cette manière, même les méthodes comme le retrait sont considérées comme un gaspillage de sperme. »

De leur côté, les femmes désapprouvent l'utilisation de moyens contraceptifs modernes plutôt par peur des effets secondaires. De manière générale, les femmes craignent des saignements abondants, irréguliers et/ou la disparition des menstrues avec des conséquences sur leur santé (peur de la mort) et/ou leur capacité de concevoir au moment voulu. A ce niveau, il est important à noter que les expériences défavorables de quelques individus dressent l'opinion de la population sur les risques de l'utilisation des moyens contraceptifs alors que les informations de prestataires de services ne s'adressent pas suffisamment à ces craintes et/ou elles n'offrent pas une marge de manœuvre aux couples de prendre une décision éclairée sur le moyen d'espacement de naissances le plus approprié pour eux.

D'ailleurs, un avis défavorable du mari sur le sujet représente une barrière de non-utilisation majeure, contraint davantage par un manque de confidentialité du personnel de santé, si toutefois les femmes tenteraient d'utiliser les moyens contraceptifs en cachette. L'utilisation de moyens contraceptifs ne comprend qu'un risque de colère du mari, liée aux accusations d'infidélité, mais aussi un risque de divorce et/ou une arrivée de la nouvelle épouse dans le ménage, ce qui représente un élément prépondérant du stress chez la femme. Dans certaines communautés, les femmes peuvent être convoquées devant le tribunal coutumier si elles sont découvertes d'utiliser les méthodes contraceptives sans l'approbation de leurs maris.

Un nombre de femmes a aussi cité un manque de moyens financiers comme une barrière d'accès aux moyens contraceptifs. Bien que très souvent elles peuvent bénéficier des campagnes gratuites qui promeuvent l'utilisation des méthodes contraceptives, les femmes hésitent de s'inscrire pour ne pas se retrouvent coincées lors du retrait qui leur coûterait approximativement 2.000 FCFA. De plus, les femmes craignent le coût financier lié au traitement si toutefois elles subissent des complications lors de l'utilisation des moyens contraceptifs. Vu la désapprobation des moyens contraceptifs par leurs maris, ces derniers se désengagent explicitement de toute charge financière potentielle en cas des complications.

L'utilisation de moyens contraceptifs modernes a été témoignée dans certains rares cas lorsque la femme subit des complications lors de l'accouchement et/ou elle accouche par césarienne. Dans ce cas, le mari s'oppose moins à l'utilisation des moyens contraceptifs dans le but de protéger la santé de son épouse.

En ce qui concerne les méthodes contraceptives traditionnelles, les participants aux échanges communautaires se sont le plus souvent référés à l'abstinence pendant la période féconde. Pourtant, le début de la période féconde est mal calculé et ainsi les femmes évitent les rapports sexuels pendant les périodes de risque de conception minimale alors qu'elles acceptent des avances de leurs maris au moment de la fécondité élevée. En d'autres mots, les femmes estiment d'être fécondes pendant les premiers 5-6 jours après leurs règles alors que certaines s'abstiennent jusqu'à le 12^{ème} jour pour reprendre des rapports sexuels avec leurs maris. Il est important à noter que cette idée fautive par rapport le calcul de la période féconde lors de cycle menstruel a été aussi témoignée par les relais communautaires qui jouent un rôle important dans la dissémination des informations dans leurs communautés respectives. D'ailleurs, les informations sur les moyens de contraception traditionnels ont été perdu au fil de temps comme les mères ne les transmettent pas à leurs filles.

D. PETIT POIDS A LA NAISSANCE

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶²	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	+
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	+
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	-
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	-
Interprétation globale	+

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
Enfants <2.5kg déclarés	7.2% (EDS 2018)	7.1% (EDS 2018)	6.1% (EDS 2018)
	9.0% (MICS 2014)	9.2% (MICS 2014)	12.7% (MICS 2014)
Enfants perçus comme petits ou très petits	14.2% (EDS 2018)	14.1% (EDS 2018)	18.5% (EDS 2018)
	14.4% (MICS 2014)	15.4% (MICS 2014)	23.6% (MICS 2014)

Facteurs de risque¹⁹: Faible poids à la naissance^{142 143}, Enfant non-pesé à la naissance^{144 145}

- La plus grande prévalence de faible poids à la naissance chez les enfants nés dans la plus haute quintile¹⁴⁶ ; le faible poids à la naissance associé au faible état nutritionnel des femmes enceintes, fréquemment malades, avec régimes alimentaires inadéquats, entreprennent des travaux trop durs.¹⁴⁷

¹⁴² Mburano and Mounchingam, 'Déterminants Individuels, Familiaux et Contextuels de La Malnutrition Des Enfants de Moins de Cinq Ans Au Cameroun'.

¹⁴³ Indice combiné (émaciation, retard de croissance et insuffisance pondérale)

¹⁴⁴ Mburano and Mounchingam, 'Déterminants Individuels, Familiaux et Contextuels de La Malnutrition Des Enfants de Moins de Cinq Ans Au Cameroun'.

¹⁴⁵ Indice combiné (émaciation, retard de croissance et insuffisance pondérale)

¹⁴⁶ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

¹⁴⁷ Voudina Nicodeme, Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun),

<https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m-Representations-sociales-et-itinéraires-therapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html>

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les régressions logistiques de données MICS 2014 ont indiqué que les enfants nés plus petits que le moyen avaient probablement un risque plus élevé d'insuffisance pondérale ($p=0.051$) (Cf. Annexe A). De même manière, d'après les régressions linéaires de même base de données, un poids de l'enfant à la naissance a été négativement associé au retard de croissance ($p=0.015$) et à l'insuffisance pondérale ($p=0.003$), c'est-à-dire que le poids plus faible de l'enfant à la naissance a augmenté son risque de retard de croissance et d'insuffisance pondérale (Cf. Annexe B). Les données SMART 2017 et EDS 2018 n'ont pas inclut les indicateurs pour évaluer les liens statistiques entre le poids de l'enfant à la naissance et les déficits nutritionnels (Cf. Annexe C - F).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Lors des échanges communautaires le petit poids à la naissance n'a été repéré comme un facteur de risque de la sous-nutrition dans la zone d'étude par aucun interviewé. En outre, ni le personnel de santé n'a constaté un nombre important d'enfants nés à petit poids dans leur structure sanitaire. Néanmoins, lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, une quasi moitié d'enfants dans l'échantillon ($n=23$) ont été nés plus petit que le moyen, d'après leurs mères. D'ailleurs, ces enfants ont été décrits « malades » dans les heures et/ou jours suivant leur naissance.

E. FAIBLE ETAT NUTRITIONNEL DES FEMMES

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶²	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	+++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	++
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+++
Interprétation globale	+++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

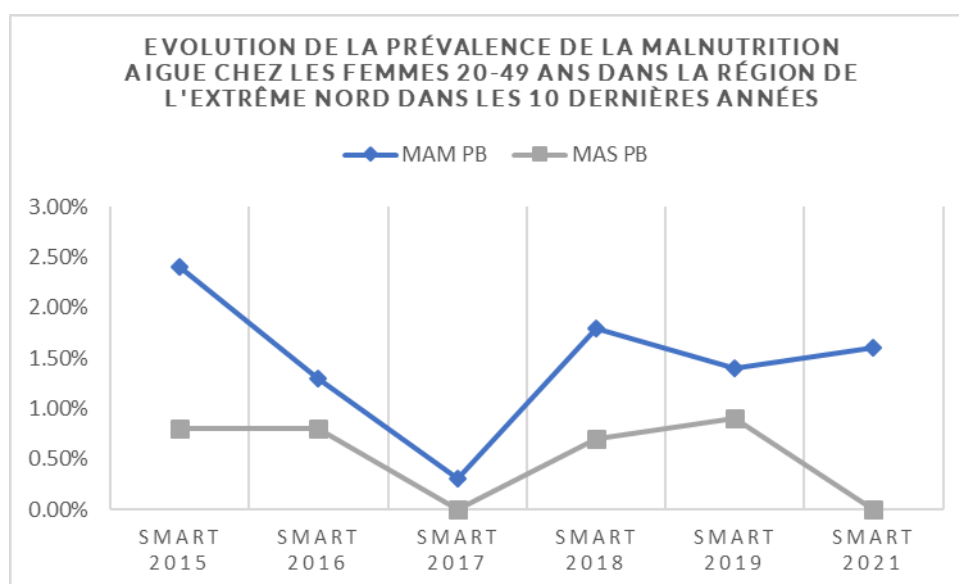


Figure 5: Evolution de la prévalence de la malnutrition aigüe chez les femmes 20-49 dans la région de l'Extrême Nord dans les 10 dernières années

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
Anémie Femmes 15-49 ans	39.7% (EDS 2018)	40.8% (EDS 2018)	43.2% (EDS 2018)
IMC <18.5	6.1% (EDS 2018)	9.1% (EDS 2018)	17.8% (EDS 2018)
MDD-W (5/10 groupes)			36.6% (SMART 2019) 33.5% (SMART 2018) 44.8% (SMART 2017) 39.2% (SMART 2016) 13.5% (SMART 2015)

- Facteurs de risque d'un déficit pondéral chez les femmes 15-49 ans¹⁹: Age de la femme (15-19 ans)¹⁴⁸, Mariage polygame^{149 150}, Instruction de la femme (sans instruction)¹⁵¹, Ménage en quintile plus bas¹⁵² ; le faible état nutritionnel de la mère lorsque les conditions de vie sont difficiles ne permettent pas à la mère de s'alimenter convenablement pour produire du lait en quantité suffisante.¹⁵³
- Facteurs de risque de la diversité alimentaire minimum chez les femmes 15-49 ans: Age de la femme (âge supérieur)¹⁵⁴, Instruction de la femme (sans instruction)^{155 156}, Statut matrimonial (mariage polygame¹⁵⁷, veuves ¹⁵⁸, femmes séparées/divorcées ;
- Diversité alimentaire : nombre moyen des groupes alimentaires consommés: 4.1 (féculents, viande/poisson, légumes verts, autres légumes) ^{159 160}, le tercile de diversité alimentaire le plus faible se compose exclusivement de féculents et de légumes feuilles, puis produits sucrés et des matières grasses, enfin poisson¹⁶¹.
- Interdits alimentaires : dans certains clans, la femme ne mange pas de varan, au risque d'avoir des malformations du nouveau-né. Chez d'autres, la consommation par la femme de la viande du cheval, du chat, du renard ou de l'âne lui donnerait des taches sur le corps (les *soumai dah*).¹⁶²

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les régressions logistiques de données MICS 2014 ont indiqué que les enfants dont les mères ont été enceintes au moment de l'enquête avaient un risque plus élevé de retard de croissance ($p=0.005$) (Cf. Annexe A). D'après les régressions linéaires de données SMART 2017, la taille

¹⁴⁸ United Nations International Children's Emergency Fund and Ministère de la Santé Publique Cameroun, 'Enquête Nutritionnelle SMART 2015. Régions de l'Extrême Nord, Du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est Du CAMEROUN'.

¹⁴⁹ United Nations International Children's Emergency Fund and Ministère de la Santé Publique Cameroun.

¹⁵⁰ United Nations International Children's Emergency Fund, Cooperation Allemande, and République du Cameroun, 'Rapport Final SMART 2019. Enquête Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective Chez Les Enfants, Les Adolescentes et Les Femmes (Est, Adamaoua, Nord et Extrême Nord)'.

¹⁵¹ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

¹⁵² Institut National de la Statistique and ICF International.

¹⁵³ United Nations International Children's Emergency Fund.

¹⁵⁴ United Nations International Children's Emergency Fund and Ministère de la Santé Publique Cameroun, 'Enquête Nutritionnelle SMART 2015. Régions de l'Extrême Nord, Du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est Du CAMEROUN'.

¹⁵⁵ United Nations International Children's Emergency Fund and Ministère de la Santé Publique Cameroun.

¹⁵⁶ United Nations International Children's Emergency Fund, 'Enquête Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective Chez Les Femmes, Les Adolescentes Et Les Enfants Au Cameroun. (Est, Adamaoua, Nord et Extrême Nord)'.

¹⁵⁷ United Nations International Children's Emergency Fund and Ministère de la Santé Publique Cameroun, 'Enquête Nutritionnelle SMART 2015. Régions de l'Extrême Nord, Du Nord, de l'Adamaoua et de l'Est Du CAMEROUN'.

¹⁵⁸ United Nations International Children's Emergency Fund, 'Enquête Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective Chez Les Femmes, Les Adolescentes Et Les Enfants Au Cameroun. (Est, Adamaoua, Nord et Extrême Nord)'.

¹⁵⁹ United Nations International Children's Emergency Fund and Ministère de la Santé Publique, 'Enquête Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective SMART 2016'.

¹⁶⁰ United Nations International Children's Emergency Fund, Cooperation Allemande, and République du Cameroun, 'Rapport Final SMART 2019. Enquête Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective Chez Les Enfants, Les Adolescentes et Les Femmes (Est, Adamaoua, Nord et Extrême Nord)'.

¹⁶¹ [Citation]

¹⁶² ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

de la mère a été positivement associée au retard de croissance et l'insuffisance pondérale, c'est-à-dire les enfants dont mères étaient de plus grande taille avaient un risque moins élevé de ces déficits nutritionnels ($p=0.000$ et $p=0.002$, respectivement) (Cf. Annexe F). De l'autre côté, d'après les régressions linéaires de données EDS 2018, l'Indice de Masse Corporelle (IMC) de la mère a été positivement associé à l'émaciation ($p=0.000$), au retard de croissance ($p=0.000$) et l'insuffisance pondérale ($p=0.000$), c'est-à-dire qu'une valeur croissante de l'IMC de la mère a diminué un risque de déficits nutritionnels chez l'enfant (Cf. Annexe D).

D'ailleurs, d'après les régressions logistiques de données EDS 2018, les enfants dont les mères n'ont pas pu manger des aliments nutritifs et sains au cours des 12 mois précédant l'enquête avaient un risque plus élevé de retard de croissance ($p=0.038$) et d'insuffisance pondérale ($p=0.005$). La même tendance a été observé dans le cas d'enfants dont la mère a presque toujours mangé la même chose au cours de 12 mois précédant l'enquête ($p=0.008$ et $p=0.000$, respectivement) (Cf. Annexe C). Les enfants de mères anémiques avaient un risque plus élevé d'anémie ($p=0.019$) (Cf. Annexe C).

D'après les régressions logistiques de données SMART 2017 les enfants dont les mères ont consommé des produits laitiers, de la viande et de l'huile fortifié au cours de 24 heures précédentes l'enquête avaient un risque moins élevé du retard de croissance ($p=0.021$, $p=0.000$ et $p=0.004$, respectivement) (Cf. Annexe E). Les enfants dont les mères ont consommé des légumes à feuilles vertes avaient potentiellement un risque plus élevé de retard de croissance ($p=0.073$) (Cf. Annexe E). Il est important à noter que la nature contre-intuitive de ce résultat ne nie pas la valeur nutritive de ces aliments mais souligne plutôt un possible méfait d'un manque de diversité alimentaire si les repas dans les ménages sont principalement composés de ces aliments.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

« Les mamans ne mangent pas assez et ne savent donner ce qu'elles-mêmes n'ont pas aux nourrissons. »

Lors des échanges communautaires les participants ont lié l'état nutritionnel de l'enfant avec celui-ci de sa mère, surtout pendant la période d'allaitement. Les communautés évoquent une diminution de la qualité ainsi que la quantité des aliments consommés - qui diminue aussi leur consommation de l'eau - et, par conséquent, elles se plaignent d'une diminution du lait maternel (Cf. J. Faible accès à une alimentation de qualité).

« De nos jours, il y a des femmes dans le village qui passent leur journée sans allaiter leurs enfants dû au fait qu'elles-mêmes n'ont pas assez à manger. Comme elles ne mangent pas suffisamment, elles prennent à peine 2 petits gobelets de l'eau par jour. Auparavant, nous mangions mieux, nous buvions beaucoup de l'eau et nous prenions du poids. Du lait coulait en abondance. »

De manière générale, malgré la chaleur, la saison sèche est plus favorable à la production du lait maternel comme les ménages consomment leurs récoltes de la saison précédente. Le mois de Ramadan (pendant la même période au moment de cette étude) favorise aussi la production du lait maternel, étant donné que les repas du soir sont plus variés et la bouillie enrichie, qui encourage la montée laiteuse, est un principal élément sur le menu pendant 30 jours.

Les femmes les plus vulnérables au phénomène de la faible production du lait maternel - et à la sous-nutrition - sont les femmes issues de ménages polygames, les femmes ayant beaucoup d'enfants en charge et/ou les femmes avec une charge élevée de travail dû au manque de support ainsi qu'à la distribution de ressources déjà limitées au sein de ménage.

En ce qui concerne le régime alimentaire, les femmes enceintes sont déconseillées de consommer les plantains et/ou les patates douces parce qu'ils contiennent beaucoup de sucre qui pourrait causer des complications lors de l'accouchement. Les femmes allaitantes sont recommandées de consommer la bouillie à la base du lait de vache et la pâte d'arachide et/ou d'ajouter la pâte d'arachide aux autres repas comme elle remplace la viande, autrement moins

disponible, en apport en protéines et favorise la production du lait maternel. La consommation de l'eau chaude favorise la montée laiteuse chez les nouvelles mères. Pourtant, elles sont déconseillées de consommer l'alcool, l'oseille de Guinée¹⁶³ et le lait des animaux, perçus d'être nuisible à l'enfant.

« La pâte d'arachide dans la bouillie et dans les sauces est énergisante et nutritive car elle favorise la montée laiteuse et prévient l'anémie chez les femmes enceintes et allaitantes. »

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, plus de trois quarts de mères (n=16) dans l'échantillon (N=21) ont jugé qu'elles n'ont pas consommé des aliments en quantité et qualité suffisantes pendant la période de grossesse. Aucune mère (n=0) dans l'échantillon (N=22) n'a pensé qu'elle a consommé des aliments en qualité suffisante pendant la période d'allaitement tandis que 40% d'eux (n=9) ont estimé qu'elles ont au moins consommé des aliments en quantité approprié.

V. SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS

F. BIEN-ETRE DU DONNEUR DE SOINS

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶²	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+++
Interprétation globale	++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
Femmes 15-24 ans satisfaites de leur vie en général	79.8% (MICS 2014)	78.8% (MICS 2014)	73.5% (MICS 2014)
Femmes 15-24 ans qui pensent que leur vie s'est améliorée durant l'année passée	60.0% (MICS 2014)	57.2% (MICS 2014)	44.0% (MICS 2014)
Femmes 15-24 ans qui pensent que leur vie sera meilleure dans un an	91.8% (MICS 2014)	88.0% (MICS 2014)	73.9% (MICS 2014)
Femmes 15-49 ans qui ont subi violence physique au cours des derniers 12 mois	19.6% (EDS 2018) 30.8% (MICS 2014)	21.4% (ES 2018)	10.8% (EDS 2018)
Femmes 15-49 ans qui ont subi violence physique pendant la grossesse	6.5% (EDS 2018)	7.8% (ES 2018)	1.6% (EDS 2018)
Femmes 15-49 ans qui ont subi violence sexuelle 12 mois	6.9% (EDS 2018) 13.5% (MICS 2014)	6.6% (ES 2018)	3.1% (EDS 2018)
Femmes 15-49 ans qui ont subi violence émotionnelle au cours des derniers 12 mois	22.4% (EDS 2018)	24.0% (ES 2018)	11.8% (EDS 2018)
Femmes 15-49 ans qui pensent que le battement est justifié pour au moins une raison	27.7% (EDS 2018) 36.1% (MICS 2014)	34.5% (EDS 2018) 42.9% (MICS 2014)	44.1% (EDS 2018) 32.7% (MICS 2014)
Femmes 15-49 ans dont le mari est jaloux quand elles parlent à d'autres hommes	53.6% (EDS 2018)	51.5% (ES 2018)	33.2% (EDS 2018)

¹⁶³ *Hibiscus sabdariffa*, folleré en fulfuldé.

Femmes 15-49 ans dont le mari insiste de savoir où elles sont à tout moment	36.9% (EDS 2018)	34.2% (ES 2018)	18.7% (EDS 2018)
Femmes 15-49 ans dont le mari n'a exercé aucun type de contrôle	38.0% (EDS 2018)	41.0% (ES 2018)	61.0% (EDS 2018)

- Bien que le Code pénal adopté en 2016 ait renforcé la législation nationale, le phénomène des violences basées sur le genre et pratiques culturelles néfastes demeure une réalité. Les déterminants des violences basées sur le genre sont liés à l'ignorance due à l'insuffisante alphabétisation des femmes, notamment en milieu rural, à la dépravation des mœurs, à la pauvreté qui touche un bon nombre de familles, à la dépendance économique des femmes, aux us et coutumes.¹⁶⁴ Types de VGB les plus récurrents dans la Région de l'Extrême-Nord : dénis de ressources, d'opportunités ou de services, agressions physiques, violences psychologiques, violences sexuelles.¹⁶⁵
- Les filles-mères sont celles qui souffrent le plus des VBG. Elles sont rejetées par tous, y compris leurs familles, et même par l'auteur de la grossesse. Elles sont confrontées aux risques de rechute avec de nouvelles grossesses comme elles ont un faible accès aux services de planning familial. Finalement, sans moyens de subsistance et avec le rejet communautaire, elles quittent leurs communautés pour des quartiers plus urbains où le regard social ne les accompagne pas dans leurs faits et gestes. Elles sont alors exposées aux risques de toutes sortes, dont les IST/VIH, la prostitution, l'exploitation sexuelle.¹⁶⁶
- L'exposition aux attaques à répétition des groupes terroristes engendre des problèmes psychologiques¹⁶⁷, tels que la fatigue, les troubles de sommeil, des croyances erronées inébranlables, des écarts de comportement (négligence des responsabilités habituelles, agressivité, troubles de l'humeur), qui révèlent la présence d'un excès de tensions difficile à gérer par les moyens habituels.¹⁶⁸ Les principaux changements matériels dû au déplacement concernent le fait d'abandonner la maison (être propriétaire et devenir locataire), le champ, le bétail ; les changements personnels (comment ils se sentent dans leurs corps) comprennent la perte d'appétit, le retrait social, l'isolement. Certains évoquent la perte du statut social, en associant à la perte des privilèges, la perte des ressources (même les bijoux, les beaux pagnes, chaussures, sacs), parfois même perte du respect (dévalorisation).¹⁶⁹

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les régressions logistiques de données MICS 2014 ont indiqué que les enfants dont les mères ont déclaré d'avoir été assez ou très joyeuse au moment de l'enquête avaient un risque moins élevé de retard de croissance ($p=0.008$), d'insuffisance pondérale ($p=0.002$) et d'être à la fois émacié et petit⁵⁶ ($p=0.015$) (Cf. Annexe A). De l'autre côté, les régressions logistiques de données EDS 2018 ont indiqué que les enfants dont les mères se sont inquiétées de ne pas avoir assez à manger au cours de 12 derniers mois avant l'enquête avaient un risque plus élevé de retard de croissance ($p=0.003$) et d'insuffisance pondérale ($p=0.028$) (Cf. Annexe C). Les données SMART 2017 n'ont pas inclut les indicateurs relatifs au bien-être du donneur de soins (Cf. Annexe E & F).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

« Les défis sont énormes et nous sommes stressés tout le temps à l'idée de ne pas pouvoir avoir à manger. On se bat comme un diable pour maintenir la tête hors de l'eau. C'est comme si on se trouvait au milieu d'un océan et si on cesserait de nager, la noyade s'en suivrait à coup sûr. »

¹⁶⁴ UN Women and Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, 'Cameroun Profile Genre-Pays'.

¹⁶⁵ UN Women and Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille.

¹⁶⁶ ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

¹⁶⁷ ACF and CRF.

¹⁶⁸ ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

¹⁶⁹ ACF Cameroun, 'Retours Sur l'année 2021 Volet SMS-PS-P Du Projet GFFO Extrême-Nord'.

D'après les participants aux discussions de groupe, la charge mentale – des femmes aussi que des hommes – est liée à la peur de ne pas pouvoir résoudre des problèmes auxquels ils font face dans leurs ménages. Le plus souvent il s'agit d'un manque de ressources financières, de troubles de santé et/ou des disputes intrafamiliales et/ou intracommunautaires. Le stress se manifeste par la fatigue, l'insomnie, le « *tourbillon constant des pensées dans la tête* » et le manque d'intérêt dans les activités quotidiennes. La perception du stress augmente pour des individus qui ne se sentent pas suffisamment soutenus par leur entourage et/ou pour des ménages de grande taille.

« Nous sommes dépassées, cramées. Les hommes nous marient et puis ils ne prennent pas soin de nous ou leurs enfants quand ils sont malades. Si nous passons des longues nuits de se soucier pour nos enfants, les enfants deviennent encore plus malades parce qu'ils absorbent notre stress. »

Pendant la saison pluvieuse, le stress est considéré généralisé pour toute la communauté comme des besoins ne sont pas globalement satisfaits et l'accès aux emprunts devient difficile.

« La souffrance est terrible pour nous – quand tu te maries tu viens de chez toi avec beaucoup de cheveux mais après quelques mois tu n'as plus des cheveux sur ta tête, t'as la tête comme le porc à cause des difficultés vécues dans le ménage. »

Plus particulièrement, les femmes se plaignent d'un manque graduel d'attention et de soutien de la part de leurs maris qu'elles commencent à observer après deux à trois naissances. Les femmes sont désormais laissées à elles-mêmes – dans certains cas même en ce qui concerne l'alimentation et la prise en charge des frais de santé en cas d'une nouvelle grossesse et/ou des maladies infantiles (Cf. A. Faible accès aux services de santé – Barrières financières). Cette période est aussi associée à l'apparition de premières violences conjugales. Les violences conjugales sont tolérées et banalisées, surtout lorsque que l'homme batte une femme la nuit dans la concession. Dans ces cas, personne n'interviendrait car « *la femme a forcément dérangé l'homme et le tapement est mérité* ». Les femmes ont tendance de rester dans les mariages, potentiellement abusifs, si les maris contribuent, au moins partiellement, au fonctionnement du ménage.

« Le soir l'homme à son retour à la maison exige de la bonne nourriture et si la femme lui présente la nourriture qui n'est pas à son gout, il peut même commencer à la taper arguant que la sauce n'est pas bien faite. D'ailleurs, même si la femme est fatiguée, elle est obligée de satisfaire son mari au lit. On ne peut pas faire autrement, on est obligé tout supporter pour ne pas risquer qu'il aille ramener une autre femme à la maison. »

Etant donné que les hommes sont connus de se fâcher rapidement, les femmes se trouvent pratiquement dans l'état du stress constant, modulant leurs réactions, afin d'éviter la violence conjugale, et potentiellement le divorce ou l'arrivée de la nouvelle épouse. Pourtant, sous le poids de leur charge de travail, les femmes admettent de perdre patience et d'exprimer leurs frustrations parfois, risquant que leur révolte entraîne des conséquences sur leur vie en couple.

« La femme doit tout faire. Quand nous sommes fatiguées, nous sommes amenées à nous révolter mais cela cause une discorde dans le couple, commençant avec une violence conjugale, puis l'infidélité. C'est encore plus stressant alors quand le mari vient crier sur nous, nous ne pouvons rien faire, on est obligé de se calmer pour le bien-être de nos enfants. »

De leur côté, les hommes se plaignent de traitement insensible de la part des femmes, en justifiant les actes de violence par leur manque de compréhension et considération.

« Les femmes nous appellent « mi-hommes », ils nous demandent pourquoi nous avons mariés si nous ne sommes pas capables de prendre soin d'eux. Nous les battons quand elles disent ça, même si elles ont raison. Si seulement elles pourraient être plus compréhensives, elles n'ont pas besoin de nous rappeler cela chaque fois, on est bien conscient. Ça nous met en colère. »

Les femmes estiment qu'elles étaient mieux traitées il y a 10-20 ans quand les hommes n'étaient pas si adonnés à la consommation de l'alcool et/ou d'autres stupéfiants¹⁷⁰ et ainsi moins violents. Certains participants ont lié la consommation de l'alcool à l'exode rural qui,

¹⁷⁰ Y compris les produits pharmaceutiques, tels que Tramol et Diazepam.

d'après eux, inspire et encourage des changements de comportement chez les hommes cherchant des opportunités d'emploi dans les grandes villes. D'ailleurs, la bière locale (« bil bil ») ainsi que d'autres boissons alcooliques, telles que l'arki¹⁷¹ ou le whisky en sachet, sont facilement accessibles dans chaque village, quel que soit le jour de la semaine. Les hommes ainsi que les femmes affirment que les boissons alcooliques, disponibles à petit prix, leur permettent d'atténuer les sensations de la faim ainsi qu'oublier leurs soucis.

« Dans le passé, l'alcool était consommé plus par des personnes aisées. Maintenant tout le monde en a l'accès. Si les gens ont faim, ils peuvent acheter de l'alcool pour 100-200 FCFA mais le repas à ce prix n'est pas possible. L'alcool nous rend plus fort, plus à l'aise quand on est énervé. »

Dû à cela, certaines femmes constatent qu'elles préfèrent que leurs maris migrent en grandes villes pour « avoir la paix intérieure ». D'autres admettent que leur bien-être est affecté lorsqu'elles restent dans le village sans leur support.

La fréquence de consommation d'alcool est plus élevée pendant la saison de récolte dû à la disponibilité de ressources financières permettant ces achats. Par contre, ils en consomment moins pendant la période de soudure dû au volume des travaux champêtres et par manque de moyens financiers.

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, 45% de mères (n=10) dans l'échantillon (N=22) a admis de subir des difficultés de bien-être mental pendant la période de grossesse. 40% de mères (n=8) dans l'échantillon (N=20) a constaté des difficultés pendant la période d'allaitement alors que ce taux a légèrement remonte à 45% (n=9) lors de l'introduction des aliments de complément.

G. PRATIQUES D'ALLAITEMENT NON OPTIMALES

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶²	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+
Interprétation globale	++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
Initiation précoce à l'allaitement	77.4% (EDS 2018) 72.7% (MICS 2014)	76.7% (EDS 2018) 71.3% (MICS 2014)	46.6% (SMART 2021)
			26.1% (SMART 2019)
			27.0% (SMART 2018)
			78.0% (EDS 2018)
			12.3% (SMART 2017)
			81.6% (SMART 2016)
			65.6% (MICS 2014)

¹⁷¹ Vin local à fort degré de l'alcool.

Allaitement Maternel Exclusif <i>Enfants 0-6 mois</i>	39.7% (EDS 2018) 28.2% (MICS 2014)	25.1% (MICS 2014)	50.0% (SMART 2021) 23.1% (SMART 2019) 30.8% (SMART 2018) 31% (SMART 2017) 56.9% (SMART 2016) 12.7% (MICS 2014)
Durée médiane de l'allaitement maternel exclusif (en mois)	3.4 (EDS 2018)		
Allaitement au sein prédominant <i>Enfants 0-6 mois</i>	71.0% (EDS 2018) 69.8% (MICS 2014)	74.4% (MICS 2014)	76.9% (SMART 2018) 85.7% (SMART 2017) 87.9% (SMART 2016) 80.6% (MICS 2014)
Durée médiane de l'allaitement prédominant (en mois)	6.0 (EDS 2018)	5.2 (EDS 2018)	5.9 (EDS 2018)
Allaitement continu à 1 an	54.6% (ENSAN 2021) 64.5% (EDS 2018) 70.3% (MICS 2014)	83.3% (MICS 2014)	77.7% (ENSAN 2021) 97% (SMART 2019) 96.6% (SMART 2018) 96.7% (SMART 2017) 96.6% (SMART 2016) 87.1% (MICS 2014)
Allaitement continue à 2 ans	23.2% (EDS 2018) 18.4% (MICS 2014)	25.0% (MICS 2014)	66.7% (SMART 2019) 44.4% (SMART 2018) 59.1% (SMART 2016) 43.5% (MICS 2014)
Durée médiane de l'allaitement (en mois)	16.0 (EDS 2018) 16.8 (MICS 2014)	17.4 (EDS 2018) 18.3 (MICS 2014)	18.0 (SMART 2018) 20.7 (EDS 2018) 20.7 (MICS 2014)

Facteurs de protection¹⁹: Enfant en cours d'allaitement^{172 173}

- Barrières à l'allaitement maternel exclusif : a.) le concept d'allaitement exclusif est perçu par les populations comme une idée « exogène », provenant « des blancs » ;¹⁷⁴ b.) colostrum jeté dû à la conception erronée (liquide sale) ;¹⁷⁵ c.) administration précoce de l'eau à l'enfant : « L'eau c'est la vie ». Le fait de donner de l'eau à l'enfant est perçu comme un élément vital pour l'enfant,¹⁷⁶ notamment dans le climat chaud de l'EN, même le premier

¹⁷² Mburano and Mounchingam, 'Déterminants Individuels, Familiaux et Contextuels de La Malnutrition Des Enfants de Moins de Cinq Ans Au Cameroun'.

¹⁷³ Indice combiné (émaciation, retard de croissance et insuffisance pondérale)

¹⁷⁴ United Nations International Children's Emergency Fund, 'Evaluation Rapide Des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) Dans Les Régions Du Nord et Extrême-Nord Du Cameroun'.

¹⁷⁵ Njiembokue Njupuen and Moupou, 'Les Pratiques Nutritionnelles et La Malnutrition Des Enfants Dans Les Départements Du Mayo-Tsanaga Et Du Lom-Et-Djerem Nutrition And Malnutrition of Infants in the Mayotsanaga And Lom-Et-Djerem Division'.

¹⁷⁶ United Nations International Children's Emergency Fund, 'Evaluation Rapide Des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) Dans Les Régions Du Nord et Extrême-Nord Du Cameroun'.

jour de sa naissance car le lait de maman ne vient pas vite et son ventre doit être lavé ;¹⁷⁷ d.) administration précoce des aliments solides (bouillie, couscous)¹⁷⁸ à cause de l'occupation de la mère (environnement professionnel formel ou informel).¹⁷⁷ Les mères associent fréquemment « les pleurs du bébé » avec le fait que le lait n'a pas été suffisant ou qu'il est amer d'où la décision de compléter le lait maternel avec d'autres éléments liquides ou solides ;¹⁷⁹ e.) l'allaitement maternel est perçu comme une activité épuisante qui « fatigue la mère » qui doit toujours vaquer à plusieurs occupations en même temps qu'elle allaite le bébé. La plupart des femmes sont des paysannes qui sont toujours au champ et ne peuvent pas y amener leurs nouveau-nés. Ceux-ci restent généralement avec les « gardiennes d'enfants » ou leurs grands-mères qui, à la place du lait maternel donnent de l'eau pour apaiser la soif de l'enfant ou pour calmer un enfant éploré.¹⁸⁰

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

D'après la régression logistique de données MICS 2014 les enfants qui ont bu autre chose que du lait maternel pendant les trois jours après la naissance avaient un risque plus élevé d'insuffisance pondérale ($p=0.007$). Par contre, les enfants qui ont été mis au sein dans la première heure après l'accouchement et/ou les enfants qui ont été encore allaités au moment de l'enquête avaient un risque moins élevé de retard de croissance ($p=0.048$ et $p=0.000$, respectivement) et d'insuffisance pondérale ($p=0.005$ et $p=0.044$, respectivement) (Cf. Annexe A). D'ailleurs, d'après la régression linéaire de données EDS 2018, un nombre de mois d'allaitement maternel a été négativement associé au retard de croissance ($p=0.000$) et l'insuffisance pondérale ($p=0.002$), c'est-à-dire qu'un nombre décroissant de mois d'allaitement maternel a augmenté un risque de ces déficits nutritionnels chez l'enfant (Cf. Annexe D). Malgré la disponibilité d'indicateurs relatifs aux pratiques d'allaitement maternel dans les bases de données SMART 2017, les associations statistiques significatives avec quel que soit la forme de la sous-nutrition n'ont pas été observées (Cf. Annexe E - F).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

« L'allaitement maternel exclusif n'est pas véritablement notre affaire. »

Malgré les décennies de sensibilisation sur l'importance de l'allaitement maternel exclusif pendant les premiers 6 mois de vie de l'enfant, les communautés dans le district sanitaire de Tokombéré observent plutôt l'allaitement prédominant. L'administration de l'eau aux nouveau-nés continue de jouer une importance culturelle et la pratique se maintient en dépit des interdictions du personnel de santé. Dans certaines communautés, des gouttes d'eau tiède sont données à l'enfant depuis sa naissance à la main ou à l'aide d'une cuillère afin de prévenir les maux de ventre et/ou d'assurer que l'enfant développe bien ses capacités de parler. Dans les autres, l'eau chaude est donnée à l'enfant pendant son bain (soit 2 fois par jour) pour faciliter la cicatrisation rapide du nombril. L'eau chaude est censée de prévenir les maladies, fortifier l'enfant ainsi qu'éviter la soif. Dans les communautés Peuhl, l'administration de l'eau à l'enfant à la naissance est crue de prévenir que l'enfant n'ait peur de l'eau, ne se noie pas et ne tombe pas malade lorsqu'il pleut. Les enfants qui ne bénéficient pas de l'eau à la naissance sont considérés plus fragiles et malades.

¹⁷⁷ Voudina Nicodeme, *Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun)*. <https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m/Representations-sociales-et-itinéraires-thérapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html>

¹⁷⁸ United Nations International Children's Emergency Fund, 'Evaluation Rapide Des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) Dans Les Régions Du Nord et Extrême-Nord Du Cameroun'.

¹⁷⁹ Voudina Nicodeme, *Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun)*, <https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m/Representations-sociales-et-itinéraires-thérapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html>

¹⁸⁰ United Nations International Children's Emergency Fund.

« Selon islam, un nouveau-né doit goûter de l'eau car l'eau c'est la vie et par conséquent on devrait lui donner une goutte d'eau dans la bouche dès sa naissance. Si nous ne le faisons pas à l'hôpital, on le fait une fois qu'on arrive à la maison. »

A part de ces vertus, l'administration de l'eau aux nourrissons joue un rôle pratique. D'après les communautés, l'eau permet aux bébés de rester rassasiés le temps que la mère secrète suffisamment du lait pour les prochains allaitements et d'avoir un sommeil plus long, ce qui permet à la mère de faire ses activités ménagères. L'administration de l'eau est ainsi une forme de supplémentation, notamment pendant les périodes quand les mères observent une diminution de la production du lait maternel et/ou la production du lait après l'accouchement soit retardée (ex. le lait ne commence couler que le 4^{ème} jour après l'accouchement). Une perception de la faible production du lait maternel stimule aussi une introduction des aliments semi-solides avant que l'enfant achève ses premiers 6 mois de vie.

« Cette pratique est très ancienne chez nous. Vingt-quatre heures après la naissance du bébé, la maman lui donne de l'eau tiède le matin et le soir. L'eau tiède selon nos croyances est donnée à l'enfant pour suppléer le lait maternel, le bébé à qui on donne de l'eau tiède devient robuste, fort et beau. Si la maman ne mange pas suffisamment, elle introduit la bouillie à partir de 3 ou 4 mois. »

Dans les communautés Peuhls, l'eau peut être substituée par l'eau du mil rouge à laquelle on ajoute le beurre et/ou le fromage. L'enfant la consomme 3 fois par jour à partir de 40^{ème} jour après la naissance. Un nombre de participants aux groupes de discussion a aussi mentionné une administration de l'huile de caïlcédrat¹⁸¹ dès la naissance pour laver la gorge de l'enfant et éviter qu'il ait mal au ventre.

De manière générale, les femmes allaitent aussi souvent qu'elles peuvent. La fréquence par jour n'est pas comptée mais les femmes estiment qu'elles allaitent chaque 1-2 heures. Pourtant, l'allaitement maternel n'est pas optimal chez les mères ayant une charge de travail élevée, particulièrement pendant la saison pluvieuse, et chez les mères qui exercent le petit commerce. Dans ces cas, l'enfant est allaité le matin au départ de la mère au marché et le soir lorsqu'elle rentre. Si le bébé a trop pleuré et tète à l'excès, ceci peut occasionner les vomissements et la diarrhée. Dans certaines communautés, les femmes pensent que les maladies sont provoquées par le lait qui se gâte lors que l'enfant ne tète pas pendant quelques heures. Ainsi, elles préfèrent de jeter le lait à l'arrivée et nourrir l'enfant avec la bouillie.

Le lait est considéré gâté lors qu'il devient trop liquide et change de couleur. D'après les croyances locales, le lait gâté est nuisible à la santé de l'enfant et ainsi sa consommation doit être évitée et/ou traitée à posteriori avec le jus de feuilles pilées de papayer ou l'écorce de « *karlahi* »⁶⁰. Ceci peut aussi arriver quand la femme allaitante consomme des aliments frais comme les arachides, les mangues, les aubergines ou le manioc, et/ou quand la femme a des rapports sexuels. Dans ce cas, le lait doit être extrait et jeté, le sein doit être soigneusement lavé avant que l'enfant soit allaité. Si la femme tombe enceinte, l'enfant est immédiatement sevré quel que soit son âge.

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, plus d'une moitié d'enfants malnutris (n=11) dans l'échantillon (N=21) n'a pas été allaité exclusivement. Leurs mères ont admis d'avoir ajouté de l'eau et de la bouillie dans leur régime alimentaire avant le 6^{ème} mois. 14 enfants dans l'échantillon (N=23) ont été encore allaités au moment de la collecte de données. Parmi les enfants sevrés (n=9), la durée d'allaitement a varié de 12 à 24 mois avec la durée moyenne de 19 mois. 20% de femmes (n=4) ont signalé des problèmes de production du lait maternel.

¹⁸¹ *Khaya senegalensis*, une plante aux propriétés thérapeutiques fébrifuges, antibiotiques, toniques, antidiarrhéiques, anti-infectieuses et vermifuges.

H. PRATIQUES D'ALIMENTATION DES ENFANTS DE 6 A 23 MOIS NON OPTIMALES

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶²	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	+++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+++
Interprétation globale	+++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord	Département de Mayo Sava
Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous <i>Enfants 6-8 mois</i>	79.3% (ENSAN 2021) 75.8% (EDS 2018) 80.2% (MICS 2014)	79.8% (MICS 2014)	77.8% (ENSAN 2021) 72% (SMART 2021) 66.7% (SMART 2019) 33.3% (SMART 2018) 59.1% (SMART 2017) 62.5% (SMART 2016)	77.8% (ENSAN 2021)
MDD (≥4 groupes) <i>Enfants 6-23 mois</i>	29.8% (ENSAN 2021) 22.7% (EDS 2018) 32.9% (MICS 2014)	18.2% (EDS 2018) 27.7% (MICS 2014)	18.5% (ENSAN 2021) 46.4% (SMART 2021) 21.2% (SMART 2019) 26% (SMART 2018) 26.7% (EDS 2018) 32.8% (SMART 2017) 16.8% (SMART 2016) 26.6% (MICS 2014)	14.6% (ENSAN 2021)
Fréquence de repas minimum <i>Enfants 6-23 mois</i>	41.2% (ENSAN 2021) 48.8% (EDS 2018) 59.4% (MICS 2014)	48.8% (EDS 2018) 54.5% (MICS 2014)	48.6% (ENSAN 2021) 53.5% (SMART 2019) 60.6% (SMART 2018) 50.0% (EDS 2018) 38.8% (SMART 2017) 50.5% (SMART 2016) 51.7% (MICS 2014)	46.1% (ENSAN 2021)

Minimum Alimentaire Acceptable	12.1% (ENSAN 2021)	11.6% (EDS 2018)	7.8% (ENSAN 2021)	11.2% (ENSAN 2021)
	14.1% (EDS 2018)		18.8% (SMART 2019)	
	16.6% (MICS 2014)	15.7% (MICS 2014)	19.7% (SMART 2018)	
			12.9% (EDS 2018)	
			20.7% (SMART 2017)	
			8.1% (SMART 2016)	
			18.3% (MICS 2014)	

Facteurs de risque¹⁹: les pratiques d'alimentation de nourrisson et de jeune enfant^{182 183}

- Score moyen de la diversité alimentaire à EN : 3.4¹⁸⁴ ; Composition de repas des enfants 6-23 mois à Mayo Sava: féculents 89.9%, légumineuses 24.7%, lait 12.4%, viande 19.1%, autres fruits et légumes 73%¹⁸⁵ ; Les repas des enfants ne sont autres que ceux consommés par le reste de la famille (couscous du mil rouge, accompagné de la sauce du gombo pilé)¹⁸⁶ ¹⁸⁷ ; les sauces gluantes facilitent l'ingestion de la « boule » de sorgho et amollissent les selles.¹⁸⁸
- Changement historique : « *Auparavant, la nourriture destinée aux enfants se préparait très tôt à l'aube. Sa nourriture était constituée uniquement de la bouillie riche en nutriments. Les ingrédients qui constituent cette bouillie sont entre autres la farine du mil rouge, la patte d'arachide, le natron ou le tamarin recueilli à quelques kilomètres de la localité. On faisait consommer cette bouillie à l'enfant selon la technique traditionnelle et l'on ne parlait pas de malnutrition. Mais, hélas, aujourd'hui, ce n'est plus le cas.* »¹⁸⁹
- Croyances culturelles : l'enfant qui mange seul dans son plat deviendra chiche ne partagera pas ses choses avec ses amis.¹⁹⁰ Toutefois, le fait que les enfants <5 ans mangent avec leurs frères ou sœurs (et parfois avec leurs mamans) est un désavantage pour eux, étant donné qu'ils sont plus lents en ce qui concerne la prise et la mastication des bouchées que les enfants plus âgés. Le temps qu'ils prennent pour manger, le plat commun se vide et à la fin du repas, c'est probable qu'il n'ait pas assez manger.¹⁹¹

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les régressions logistiques de données MICS 2014 ont indiqué que les enfants qui ont mangé des aliments à la base de céréales au cours de 24h avant l'enquête avaient un risque plus élevé d'émaciation, de retard de croissance et d'insuffisance pondérale (p=0.006, p=0.000 et p=0.000, respectivement) (Cf. Annexe A). Les régressions logistiques de données EDS 2018

¹⁸² Benjamin et al., 'Pratiques Alimentaires Des Mères Et Malnutrition Infantile Dans Le District De Santé De Pitoa: Etude Cas-Témoin'.

¹⁸³ Les pratiques non-spécifiées dans le document.

¹⁸⁴ United Nations International Children's Emergency Fund, Cooperation Allemande, and République du Cameroun, 'Rapport Final SMART 2019. Enquête Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective Chez Les Enfants, Les Adolescentes et Les Femmes (Est, Adamaoua, Nord et Extrême Nord)'.

¹⁸⁵ Action Against Hunger USA et al., 'Enquête Nationale Sur La Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle République Du Cameroun'.

¹⁸⁶ Tchoupno Ndjidda, Malnutrition et pratiques alimentaires dans la socio-culture moundang : ethnographie du quotidien des enfants malnutri-e-s de moins de cinq ans, <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/nord-cameroun/chapter/chapter-1/>.

¹⁸⁷ Njiembokue Njupuen and Moupou, 'Les Pratiques Nutritionnelles et La Malnutrition Des Enfants Dans Les Départements Du Mayo-Tsanaga Et Du Lom-Et-Djerem Nutrition And Malnutrition of Infants in the Mayotsanaga And Lom-Et-Djerem Division'.

¹⁸⁸ Tchoupno Ndjidda, Malnutrition et pratiques alimentaires dans la socio-culture moundang : ethnographie du quotidien des enfants malnutri-e-s de moins de cinq ans, <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/nord-cameroun/chapter/chapter-1/>.

¹⁸⁹ Tchoupno Ndjidda, Malnutrition et pratiques alimentaires dans la socio-culture moundang : ethnographie du quotidien des enfants malnutri-e-s de moins de cinq ans, <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/nord-cameroun/chapter/chapter-1/>.

¹⁹⁰ Voudina Nicodeme, Représentations sociales et itinéraires thérapeutiques de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans dans le district de santé de Guéré (région de l'extrême-nord Cameroun), <https://www.memoireonline.com/02/17/9610/m-Representations-sociales-et-itineraires-therapeutiques-de-la-malnutrition-chez-les-enfants-de-mo2.html>

¹⁹¹ Njupuen Njiembokue.

ont partiellement confirmé ces observations, en indiquant que les enfants qui ont mangé des nouilles, de pain et/ou d'autres aliments à base de céréales avaient un risque plus élevé de retard de croissance ($p=0.045$) et d'anémie ($p=0.018$) (Cf. Annexe C).

D'après les régressions logistiques de données MICS 2014, les enfants qui ont consommé des légumes (courge, carottes) avaient un risque plus élevé d'émaciation, d'insuffisance pondérale et d'être à la fois émacié et petit⁵⁶ ($p=0.001$, $p=0.018$ et $p=0.009$, respectivement) (Cf. Annexe A). Les enfants qui ont consommé des légumes à feuilles vertes et/ou des aliments à base de haricots avaient un risque plus élevé de retard de croissance ($p=0.000$ et $p=0.001$, respectivement) et d'insuffisance pondérale ($p=0.000$ et $p=0.012$, respectivement) (Cf. Annexe A). La consommation de légumes à feuilles vert foncé étaient aussi associée avec un risque plus élevé de retard de croissance ($p=0.002$) et d'insuffisance pondérale ($p=0.039$) lors des régressions logistiques de données EDS 2018 (Cf. Annexe C). D'après les régressions logistiques de données SMART 2017, les enfants qui ont consommé d'autres légumes avaient un risque plus élevé du retard de croissance ($p=0.005$) (Cf. Annexe E).

Il est important à noter que la nature contre-intuitive de certains de ces résultats ne nie pas la valeur nutritive des aliments respectifs mais souligne plutôt un possible méfait d'un manque de diversité alimentaire si les repas dans les ménages sont principalement composés de ces aliments.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Dépendamment des pratiques d'allaitement maternel – et sous-entendu des capacités de produire le lait maternel en qualité et quantité nécessaire pour rassasier l'enfant, les femmes peuvent commencer à introduire des aliments semi-solides et solides à partir de 4^{ème} ou 5^{ème} mois. L'introduction est entamée lorsque l'enfant commence à demander le repas que la mère mange. Si le bébé pleure et semble aimer la sauce qui lui est donné avec le doigt, la mère prépare une bouillie légère en jetant une poignée de la farine du mil dans l'eau bouillante. Si le bébé ne pleure pas en voyant le repas familial, la mère n'introduit la bouillie qu'à partir de 6^{ème} mois. Le couscous, représentant le plat familial, est introduit à partir de 10^{ème} mois. L'introduction des aliments semi-solides est accélérée pour les enfants dont les mères tombent enceintes pendant les premiers 6 mois après l'accouchement et ainsi elles sevrer l'enfant précocement. Dans ces cas, l'enfant est nourri de la bouillie à la base de la farine de maïs, accompagnée de sésame, arachides et sucre.

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, les mères ont mentionné d'avoir introduit des aliments à leurs enfants entre le 2^{ème} et 9^{ème} mois, avec le moyen à 6 mois. Parmi les femmes qui ont introduit des aliments de complément précocement ou tardivement figurent les femmes qui devrait sevrer leurs enfants dû à la nouvelle grossesse, les femmes traversant des périodes difficiles, y compris le divorce et/ou les enfants souffraient des maladies infantiles, potentiellement refusant les aliments inconnus.

I. FAIBLE QUALITÉ DES INTERACTIONS ENTRE L'ENFANT ET LE DONNEUR DE SOINS

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶²	+
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	+
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	+
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+++
Interprétation globale	+

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
Nombre moyen d'activités avec le père <i>Enfants 36-59 mois</i>	0.5 (MICS 2014)	0.5 (MICS 2014)	0.5 (MICS 2014)
Nombre moyen d'activités avec la mère <i>Enfants 36-59 mois</i>	1.3 (MICS 2014)	1.3 (MICS 2014)	1.4 (MICS 2014)
Enfants avec qui le père biologique s'est engagé dans 4 ou plus activités ¹⁹²	3.7% (MICS 2014)	2.9% (MICS 2014)	4.3% (MICS 2014)
Enfants avec qui la mère biologique s'est engagée dans 4 ou plus activités	13.5% (MICS 2014)	12.2% (MICS 2014)	12.5% (MICS 2014)
Score de l'indice de développement du jeune enfant <i>Enfants 36-59 mois</i> ¹⁹³	61.2% (MICS 2014)	56.4% (MICS 2014)	57.5% (MICS 2014)
<i>Enfants <5 ans laissés sous garde inadéquate durant la semaine dernière (laissés seules ou sous la garde de l'enfant <10 ans)</i>	34.4% (MICS 2014)	38.4% (MICS 2014)	53.9% (MICS 2014)
Méthode de discipline violente (agression psychologique, châtement physique) <i>Enfants 1-14 ans</i>	85.0% (MICS 2014)	83.8% (MICS 2014)	76.9% (MICS 2014)
Répondants qui pensent qu'un enfant a besoin d'être physiquement puni	44.0% (MICS 2014)	46.8% (MICS 2014)	56.7% (MICS 2014)

- Nombre d'activités avec le père ou la mère augmente légèrement avec l'instruction de la mère ou père mais pas avec quintile économique.¹⁹⁴
- Châtiment physique sévère augmente avec un nombre d'enfants dans le ménage ainsi que l'instruction des parents et le quintile économique, c'est-à-dire les parents plus éduqués et plus riches ont tendance de battre leurs enfants plus.¹⁹⁵

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les régressions logistiques de données MICS 2014 ont indiqué que les enfants qui ont été laissés à plusieurs reprises sous garde de l'enfant <10 ans pendant plus d'une heure avaient un risque plus élevé de retard de croissance ($p=0.002$) (Cf. Annexe A). De l'autre côté, les enfants qui connaissaient et lisaient les nombres 1-10 et/ou les enfants qui suivaient un programme d'apprentissage éducatif avaient un risque moins élevé de retard de croissance ($p=0.003$ et $p=0.038$, respectivement) (Cf. Annexe A). Il est à noter que ces indicateurs représentent à la fois un proxy de temps consacré à l'instruction de l'enfant ainsi que de statut socio-économique du ménage qui permet l'inscription aux programmes éducatifs. Les données SMART 2017 et EDS 2018 n'ont pas inclut les indicateurs relatifs aux interactions entre l'enfant et le donneur de soins (Cf. Annexe C - F).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

De manière générale, les soins de l'enfant sont limités à l'alimentation de l'enfant, à la propreté de son corps et à la prise en charge en cas de maladie. Les interactions affectives et éducatives entre l'enfant et le donneur de soins se font plutôt rares autant dans les communautés chrétiennes/animistes dû à la surcharge de travail des femmes que dans les communautés musulmanes où les femmes disposent plus de temps libre. Les femmes se sentent plus présentes et/ou plus rapprochées de leurs bébés dans les premiers trois mois après

¹⁹² Lire des livres ou regarder des livres d'images, raconter des histoires, chanter, emmener les enfants hors du foyer, de la concession ou de la cour, jouer avec les enfants et passer du temps avec les enfants à nommer, compter ou dessiner des choses.

¹⁹³ Inclut 4 domaines: lecture et calcul, développement physique, développement socio-affectif et apprentissage.

¹⁹⁴ Institut National de la Statistique, 'Enquête Par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS5) 2014'.

¹⁹⁵ Institut National de la Statistique.

l'accouchement pourtant elles veillent principalement à leur allaitement. Certaines peuvent même s'éloigner de la maison, laissant l'enfant sous garde d'une autre personne adulte (coépouse, voisine, grand-mère). Une fois l'enfant commence à interagir davantage avec son environnement, c'est-à-dire il est physiquement plus actif, l'enfant accompagne sa mère lors ses déplacements de la maison. Pendant les travaux champêtres, par exemple, il est gardé à l'ombre et allaité selon besoin. A partir de 2 ans, il est laissé à la maison sous garde des plus grands enfants. Le plus souvent, ce sont les filles de 10 ans ou plus qui sont chargées de nourrir, nettoyer et jouer avec les plus petits enfants. Les interactions avec les enfants sont particulièrement limitées pendant la saison pluvieuse quand les mères passent des longues journées aux champs.

« Pendant la saison pluvieuse, nous ne voyons nos enfants qu'au levée et qu'au couchée du soleil. Nous passons toute la journée au champ pour travailler et quand nous rentrons nous devons leur préparer un repas. Souvent ils s'endorment avant que le repas soit prêt et nous devons les réveiller pour manger un peu. »

Les femmes sont conscientes qu'elles ne parviennent pas à bien prendre soin de leurs enfants laissés sous la garde de leurs aînés parce qu'elles perdent le contrôle sur leur alimentation et l'hygiène.

A part de surcharge de travail, un manque de soutien social, un manque d'épanouissement, une perception du stress et/ou une violence conjugale joue sur la disponibilité des mères d'investir dans le développement des liens affectifs avec leurs enfants. En ce qui concerne les pères, ceux-ci estiment que leur affection se démontre par la prise en charge des frais de santé et de scolarité, entre autres. Un autre type de démonstration d'affection envers les enfants n'est pas habituel.

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS D'EXISTENCE

La pluviométrie annuelle varie de 600 à 1 100 mm avec une moyenne de 700 mm.¹⁹⁶ [Le District] présente une diversité de sols en fonction de la géomorphologie de la zone. En zone de plaine, les sols argilo-sableux sont très recherchés pour les activités agricoles même si elles sont fréquemment exposées à l'érosion hydrique. Dans les zones d'habitations (piémonts), les sols sont sablo-limoneux et fertiles. En montagnes, le sol est ferrugineux connaissant une forte pression érosive.¹⁹⁷

Le réseau hydrographique [du District] est constitué de plusieurs petits *mayos* qui ont pris naissance dans les massifs et sont les affluents des différentes rivières réparties un peu partout sur son territoire. En saison des pluies, les eaux de ruissellement serpentent les champs puis laissent place aux *mayos* ensablés en saison sèche.¹⁹⁸

J. FAIBLE ACCES A UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)</i>	-
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+++
Interprétation globale	++

¹⁹⁶ République du Cameroun, 'Plan Communal de Développement (PCD) de La Commune De Tokombere'.

¹⁹⁷ République du Cameroun.

¹⁹⁸ République du Cameroun.

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
FCS (pauvre et limité)	34.0% (ENSAN 2021)		24.3% (ENSAN 2021)
Insécurité alimentaire (modérée ou grave) <i>Femmes 15-49 ans</i>	47.2% (EDS 2018)	52.3% (EDS 2018)	42.9% (EDS 2018)
Insécurité alimentaire (modérée ou grave) <i>Hommes 15-64 ans</i>	62.5% (EDS 2018)	67.2% (EDS 2018)	51.8% (EDS 2018)

Facteurs de risque¹⁹: Mois d'Approvisionnement Adéquat des Ménages (MAHFP) (RC)¹⁹⁹

- EN est la région la plus pauvre du Cameroun avec 65,5 % des ménages dans le quintile économique le plus pauvre, 33.6% de la population étant en situation d'insécurité alimentaire. Le Département de Mayo-Sava compte 37,8 % de ménages en situation d'insécurité alimentaire, dont 3.5% en situation d'insécurité alimentaire sévère.²⁰⁰
- Profil de ménages en insécurité alimentaire à EN : ménages de déplacés, ménages dirigés par une personne veuve, divorcée ou séparée^{201 202}, l'instruction du chef de ménage (inférieur)^{203 204}, les ménages dont les sources d'eau ne sont pas améliorées et dont les sources d'eau sont relativement éloignées de leurs domiciles (>30 minutes), les ménages avec des sources de revenus moins variés, les ménages ayant contractés une dette au cours des 3 derniers mois pour satisfaire leurs besoins alimentaires, les ménages qui ont subi le mauvais déroulement de la campagne agricole^{205 206}, les ménages qui ne possèdent d'animaux d'élevage,²⁰⁷ la radio et le téléphone portable étant les biens domestiques généralement non-possédés.²⁰⁸ Le taux d'insécurité alimentaire est aussi plus élevé parmi les ménages polygames.²⁰⁹ Le taux d'insécurité alimentaire parmi les femmes est plus prévalente parmi les femmes de plus bas quintile, sans instruction mais qui ont travaillé pendant les derniers 12 mois.²¹⁰ L'indice domestique de la faim est plus sévère dans les ménages dirigés par une femme.²¹¹
- Source d'aliments de ménages à EN : autoproduction 46,8%, achat 49,4%²¹².
- Le nombre de repas pris par le ménage par jour varie suivant les périodes. Pendant les périodes d'abondance, la majorité de ménages prend trois repas/jour; ils passent à deux (2) en période de soudure.^{213 214 215 216}

¹⁹⁹ Kouassi, 'Link NCA. Populations Hotes et Refugiees Des Zones Frontalieres de l'Adamaoua et de l'Est Publication: Juin 2018'.

²⁰⁰ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

²⁰¹ Action Against Hunger USA et al., 'Enquête Nationale Sur La Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle République Du Cameroun'.

²⁰² World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

²⁰³ Action Against Hunger USA et al., 'Enquête Nationale Sur La Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle République Du Cameroun'.

²⁰⁴ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

²⁰⁵ Action Against Hunger USA et al., 'Enquête Nationale Sur La Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle République Du Cameroun'.

²⁰⁶ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

²⁰⁷ Action Against Hunger USA et al., 'Enquête Nationale Sur La Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle République Du Cameroun'.

²⁰⁸ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

²⁰⁹ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

²¹⁰ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

²¹¹ Action Against Hunger USA et al., 'Enquête Nationale Sur La Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle République Du Cameroun'.

²¹² World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

²¹³ Blaise Siéwé Pougoué, Abdou Bouba, and Nyoré, 'Mesure de La Sécurité Alimentaire Des Ménages Ruraux de La Région de l'Extrême Nord Du Cameroun: Une Approche d'analyse Multidimensionnel'.

²¹⁴ Njoya Hamza, 'Assessing the Food Security of Vulnerable Agricultural Households to Climate Change in the Council of Tokombéré, Far North Région of Cameroon'.

²¹⁵ Njiembokue Njupuen and Moupou, 'Les Pratiques Nutritionnelles et La Malnutrition Des Enfants Dans Les Départements Du Mayo-Tsanaga Et Du Lom-Et-Djerem Nutrition And Malnutrition of Infants in the Mayotsanaga And Lom-Et-Djerem Division'.

²¹⁶ Njupuen Njiembokue, 'Insécurité Alimentaire Et Stratégies D'adaptation Dans Les Régions De L'extrême-Nord et de L'est Du Cameroun'.

- Le score de diversité alimentaire (SDAM) moyen des ménages à Tokombéré est de 3,58 avec un SDAM minimum de 2 et un SDAM maximum de 9.²¹⁷ 90% des ménages en insécurité alimentaire sévère et 79,12% des ménages en insécurité alimentaire modérée consomment moins de 3 groupes alimentaires.²¹⁸
- 36,88% des ménages à Tokombéré ont une alimentation acceptable ($FCS^{219} > 38$), 56,88% ont une alimentation limitée ($28 \leq FCS \leq 38$) et 6,25% ont une mauvaise alimentation. Les ménages présentant ce profil ont une alimentation basée essentiellement sur la consommation de céréales accompagnées de légumes consommés quotidiennement. L'huile fait partie intégrante de l'alimentation et se consomme presque tous les 5 jours. L'accès aux protéines animales et aux légumineuses est très faible. Les produits laitiers ne sont pas du tout consommés par cette catégorie.²²⁰ Le fait pour un ménage d'être dirigé par une femme le prédispose à avoir une consommation alimentaire pauvre ou limitée.²²¹
- Les influences alimentaires varient selon la religion (musulmane-chrétienne), le milieu de vie (rural-urbain) ou la saison de l'année.²²² Le père fait les achats de denrées en fonction de ses préférences²²³ et ainsi il détermine souvent ce que mange la famille. Les femmes cuisinent généralement selon les habitudes alimentaires de la communauté (faiblement variées) même lorsqu'elles gagnent de l'argent.^{224 225}
- Plats typiques : un plat couscous de mil et la sauce de gombo ; plat de couscous, sauce d'arachide nanti de petits poissons secs. Les sauces faites à base de feuilles pour accompagner le couscous sont multiples : la sauce de feuilles de *kelin-kelin* (*Corchorus Spp*), de *tasba* (*Cassia Obtusifolia*), de *gombo* (*Hibicus esculentus*), de *moringa* (*Moringa Oliefera*), de *baobab* (*Adansosonia Digitalia*), de *gouboubo* (*Ceratotheca Sesamoïdes*) et d'*oseille de Guinee* (*Hibiscus sabdariffa*).²²⁶ Très peu d'ingrédients sont utilisés lors de la préparation des sauces (huile, cube, sel et eau). Le repas est beaucoup plus culturel que nutritif. Or le processus de décorticage des céréales fait perdre aux graines leur poids de 20 à 25 % et la qualité du produit obtenu a une valeur nutritive insuffisante.²²⁷
- Les beignets de farine de blé, d'haricot ou de riz (*makala*) se vendent au coin de la rue pour le petit déjeuner.²²⁸ Le « *tchai* » en fulfuldé est un thé vert, très consommé. Il est cultivé localement ou importé depuis le Tchad. À la cuisson, on y ajoute du gingembre, du sucre et du citron à la convenance du consommateur. La particularité de thé est que non seulement il se consomme le matin mais se prend à tout moment de la journée. Cette boisson revêt une identité culturelle mais traîne une réputation de brûler les graisses et facilite la digestion.²²⁹
- Après la cuisson des plats, le repas est généralement servi dans une assiette ou un plateau. Le repas se prend en famille.²³⁰ Les usages de distribution-répartition du repas au sein de la famille est souvent liée à la position hiérarchique du consommateur. À cet effet, on

²¹⁷ Njoya Hamza, 'Assessing the Food Security of Vulnerable Agricultural Households to Climate Change in the Council of Tokombéré, Far North Région of Cameroon'.

²¹⁸ Njoya Hamza.

²¹⁹ Score de consommation alimentaire.

²²⁰ Njoya Hamza.

²²¹ Action Against Hunger USA et al., 'Enquête Nationale Sur La Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle République Du Cameroun'.

²²² ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

²²³ Njupuen Njiembokue, 'Insécurité Alimentaire Et Stratégies D'adaptation Dans Les Régions De L'extrême-Nord et de L'est Du Cameroun'.

²²⁴ ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

²²⁵ Tchoupno Ndjidda, Malnutrition et pratiques alimentaires dans la socio-culture moundang : ethnographie du quotidien des enfants malnutri-e-s de moins de cinq ans, <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/nord-cameroun/chapter/chapter-1/>

²²⁶ Njiembokue Njupuen and Moupou, 'Les Pratiques Nutritionnelles et La Malnutrition Des Enfants Dans Les Départements Du Mayo-Tsanaga Et Du Lom-Et-Djerem Nutrition And Malnutrition of Infants in the Mayotsanaga And Lom-Et-Djerem Division'.

²²⁷ Njiembokue Njupuen and Moupou.

²²⁸ Njupuen Njiembokue, 'Insécurité Alimentaire Et Stratégies D'adaptation Dans Les Régions De L'extrême-Nord et de L'est Du Cameroun'.

²²⁹ Njupuen Njiembokue.

²³⁰ Njupuen Njiembokue.

constate aisément que la préséance revient au chef de famille, ensuite aux membres qui gagnent déjà de l'argent, considérés comme étant les principaux pourvoyeurs en nourriture, ensuite aux enfants et enfin à la mère.²³¹ Il peut arriver que l'homme et sa femme mangent dans le même plat quand ils viennent de convoler en justes noces et là ils n'ont pas encore de progéniture. Dans le cas des familles nombreuses, les hommes mangent ensemble et les femmes, les enfants à part.²³²

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les données MICS 2014, SMART 2017 et EDS 2018 n'ont pas inclut les indicateurs relatifs à l'alimentation de ménage (Cf. Annexe A - F).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Le régime alimentaire de ménages varie en fonction de la saison et des ressources financières disponibles. De manière générale, les ménages consomment trois repas par jour pendant la saison sèche – quand les aliments sont facilement disponibles - et deux repas par jour pendant la saison pluvieuse – quand les ménages ne parviennent plus à manger à leur faim car les réserves de céréales sont terminées et le peu qui reste est alloué au semis²³³. Pourtant, une réduction de repas pendant la saison pluvieuse est aussi liée à la surcharge de travail des femmes qui ne cuisinent pas à midi, étant occupées dans les champs. Les femmes évoquent que la réduction d'un nombre de repas par jour, la réduction d'une quantité de repas – et surtout une préparation de repas rapide – qui exclut certains aliments nutritifs (ex. la viande, les légumineuses, la pâte d'arachides) dû à la plus longue durée de la cuisson - contribue au faible état nutritionnel des femmes et des enfants pendant cette période.

« Quand nous ne sommes pas très occupées pendant la saison sèche, nous pouvons consacrer plus de temps – à peu près une heure - à la cuisson et nous préparons une bonne sauce à base d'arachides avec les feuilles de tasba sec et le niébé. Par contre, pendant la saison pluvieuse, nous n'avons plus de 20 minutes pour préparer un repas alors nous choisissons des aliments à la cuisson rapide, comme les feuilles de gombo, lalo ou gouboudo. Nous ne mangeons pas bien. Ce n'est pas surprenant que nos enfants soient plus malades pendant cette période. »

Une synthèse des plats consommés pendant la saison sèche et la saison pluvieuse se trouve dans le tableau 12 ci-dessous. Une plus grande différence entre l'alimentation pendant les deux saisons consiste en type de légumes consommés, c'est à dire, des légumes secs pendant la saison sèche et des légumes frais pendant la saison pluvieuse. Ceci est un aspect favorable de l'alimentation pendant la saison pluvieuse mais la transition vers les légumes frais est généralement associée aux troubles de digestion et/ou à la diarrhée.

« Pendant la saison pluvieuse, les femmes récoltent des légumes frais aux champs et sans les proprement laver elles préparent des repas avec. Cela expose des enfants aux multiples maladies. »

	Saison sèche	Saison pluvieuse	Repas souhaité
Petit déjeuner	<ul style="list-style-type: none"> - Bouillie - Beignets (pour les plus petits enfants) - Reste de repas du jour précédent 	<ul style="list-style-type: none"> - Bouillie (réservée aux enfants) - Couscous du mil + légumes frais (feuilles de niébé, gombo²³⁴) + poisson sec 	<ul style="list-style-type: none"> - Bouillie + sucre + arachides - Lait frais de vache - Beignets + haricots et/ou spaghetti et/ou bouillon de viande + thé - Viande et/ou poisson frit + bouillon de viande de bœuf ou poisson frais - Riz sauté - Plantains
Déjeuner	<ul style="list-style-type: none"> - Couscous du mil + légumes secs (pâte d'arachides, 	<ul style="list-style-type: none"> - Reste de repas du petit déjeuner 	<ul style="list-style-type: none"> - Couscous du mil + légumes frais+ rôti de viande de

²³¹ ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

²³² Njupuen Njiembokue, 'Insécurité Alimentaire Et Stratégies D'adaptation Dans Les Régions De L'extrême-Nord et de L'est Du Cameroun'.

²³³ Seuls les ménages aisés (ceux qui ont entre 1 et 2 bœufs) arrivent à manger 3 repas par jour pendant la saison pluvieuse.

²³⁴ Okra, *Hibiscus esculentus*.

	<ul style="list-style-type: none"> <i>folleré</i>²³⁵, feuilles de <i>gombo</i>²³⁴, niébé, <i>lalo/kelen</i>²³⁶, <i>tasba</i>²³⁷, <i>gouboudo</i>²³⁸, baobab, haricots) + poisson sec (et/ou la viande, max 2-3 fois par semaine) 	<ul style="list-style-type: none"> - Maïs frais - Arachides fraîches 	<ul style="list-style-type: none"> bœuf/porc/poulet et/ou poisson frais - Riz + sauce tomate et/ou sauce à la pâte d'arachides - Spaghetti - Pain viande - <i>Bil-bil</i> (« parce que t'as bien mangé le matin et t'es rassasié »)
Dîner	<ul style="list-style-type: none"> - Couscous du mil + légumes secs (pâte d'arachides, <i>folleré</i>²³⁵, feuilles de <i>gombo</i>²³⁴, niébé, <i>lalo/kelen</i>²³⁶, <i>tasba</i>²³⁷, <i>gouboudo</i>²³⁸, baobab, haricots) + poisson sec (et/ou la viande, max 2-3 fois par semaine) 	<ul style="list-style-type: none"> - Couscous du mil + légumes frais (arachides, maïs, <i>folleré</i>²³⁵, feuilles de <i>gombo</i>²³⁴, niébé, <i>lalo/kelen</i>²³⁶, <i>tasba</i>²³⁷, <i>gouboudo</i>²³⁸, baobab, haricots) + poisson sec 	<ul style="list-style-type: none"> - Riz + sauce tomate - Pommes sautées / Patates + bouillon - Macaroni / Spaghetti sautes - Couscous du mil + légumes frais + pâte d'arachides - Viande, poisson - Haricot. - Avocats, mangues, bananes - Salade (laitue verte)

Tableau 12: Résultats de l'exercice participative sur la composition des repas, District sanitaire Tokombéré

Dans les ménages musulmans, le régime alimentaire change substantiellement pendant le mois de Ramadan. Malgré le jeûne observé entre la levée et la couchée du soleil, les dépenses alimentaires de ménage peuvent tripler pour que les membres de ménage récupèrent leurs forces grâce aux repas riches en nutriments. Le repas avant la levée du soleil peut inclure la bouillie à base du riz ou petit mil²³⁹ avec le sucre et les arachides et/ou le couscous du riz, mil blanc ou maïs concassé avec la sauce de viande, tomate et corète potagère. Le repas après la couchée du soleil peut inclure les fruits (mangues, pastèques), les beignets, le riz, la viande braisée, couscous du mil avec les légumes, toujours accompagnées de la bouillie avec le sucre et les arachides.

Dû à la perte de bétail, les ménages Peuhls regrettent une disparition graduelle du lait de vache de leur régime alimentaire avec un effet sur leur état de santé. En temps d'abondance, les enfants consommaient un litre du lait par jour, les adultes le consommait sans limite. Le petit déjeuner s'est généralement composé du lait de vache avec le couscous, suivi par une bouillie à midi et le couscous le soir. La population estime d'avoir été plus forte et résiliente aux maladies quand le lait était disponible en amples quantités. Ceci est partiellement lié aux ressources financières que la vente du lait et/ou des produits transformés pourraient générer pour diversifier le régime alimentaire.

« A l'époque nos enfants étaient nourris au beurre du lait, de nos jours ils sont nourris au koki²⁴⁰ et cela est une mauvaise perspective pour notre communauté. Auparavant l'enfant ne buvait que du lait pour devenir robuste et il a appris progressivement à manger. Les conditions difficiles de vie font que les jeunes générations sont perdues, elles mangent ce qu'elles trouvent, c'est normal que les enfants soient malnutris aujourd'hui. »

Certains d'autres participants regrettent l'impact des produits chimiques, fortement promus et utilisés dans les activités agricoles, sur la qualité des aliments récoltés et consommés.

« Avec l'arrivée des herbicides, c'est normal que les hommes meurent car le mil qui est au champ est contaminé par les produits chimiques. A l'époque nous mangions bio mais aujourd'hui nous consommons les matières chimiques cachées dans nos récoltes. Ils ne tuent pas seulement des herbes, ils ne tuent aussi. »

Les repas ne sont préparés que par les femmes et/ou les jeunes filles. Dès l'âge de 10 ans les filles accompagnent leurs mères dans la cuisine et commencent leur initiation à la préparation des repas familiaux. A cet âge, elles ne peuvent pas encore préparer le couscous mais elles peuvent faire la bouillie pour ses petits frères et sœurs et/ou réchauffer le repas déjà préparé.

²³⁵ Oseille de Guinée, *Hibiscus sabdariffa*.

²³⁶ Corète potagère, *Corchorus olitorius*.

²³⁷ Senna tora, *Senna tora* (L.) roxb.

²³⁸ Faux sésame, *Ceratotheca sesamoides*.

²³⁹ Mil penicillaire, *Pennisetum glaucum*, connu aussi sous le nom "fonio".

²⁴⁰ Pâte de niébé cuite avec l'huile rouge.

Entre l'âge de 13 à 15 ans, les parents estiment que les filles sont prêtes de commencer à préparer des repas eux-mêmes sans mettre la famille en risque de la diarrhée ou des maux d'estomac. Les repas sont repartis parmi tous les membres de ménage, une meilleure partie étant réservée aux hommes, car ils approvisionnent le ménage. Le traitement préférentiel des hommes est aussi appliqué quand les hommes n'arrivent plus approvisionner le ménage et la femme prend le relai d'assurer sa subsistance – cela pour compenser le temps que la femme a mangé « gratuitement ».

Les interdits alimentaires incluent les serpents (peur de venin) et les primates, tels que les singes, les chimpanzés et les gorilles (ressemblance aux humains). Dans les communautés musulmanes, seulement les aliments « *haram* », tels que les animaux impurs ou morts, ne sont pas consommés.

La majorité de ménages signalent l'abondance des aliments pendant 5 mois suite à la récolte en Novembre (cca. jusqu'à Mars/Avril), avec la diminution progressive des apports alimentaires jusqu'à la nouvelle récolte. Etant donné que le mil récolté ne couvre pas souvent tous les besoins de l'année, les ménages sont obligés à se ravitailler au marché aux prix élevés.

Pendant cette période, quand les repas dans les ménages deviennent moins suffisants et/ou désirables, les beignets et l'alcool deviennent un réel aliment de supplémentation. Leur prix abordable permet de se rassasier et de se procurer le plaisir ce que le repas au ménage ne parvient pas à faire.

« *Quand il n'y a pas de l'argent dans le ménage, les repas cuits avec peu d'ingrédients n'ont pas le bon goût. Comme les beignets – et le bil-bil - ne sont pas chers et leur goût est agréable, le choix est vite fait. Après une longue journée de travail, faisant deux aller-retours pour trouver du bois de chauffe, une calebasse de bil-bil remplit bien un estomac, plus que le repas disponible, et permet de relaxer. »

K. FAIBLE ACCÈS AUX SOURCES DE REVENUS

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	+++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	++
Catégorisation par l'équipe qualitative	+++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+++
Interprétation globale	+++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
Quintile de bien-être économique – le plus bas	20.0% (EDS 2018)	38.6% (EDS 2018)	52.2% (EDS 2018)
Emploi actuel <i>Hommes 15-64 ans</i>	80.4% (EDS 2018)	84.8% (EDS 2018)	91.8% (EDS 2018)
Possession de terres agricoles <i>Ménage</i>	55.7% (EDS 2018)	85.8% (EDS 2018)	87.4% (MICS 2014)
Possession des animaux <i>Ménage</i>	36.6% (EDS 2018)	62.6% (EDS 2018)	80.7% (MICS 2014)
Possession d'un moyen de transport <i>Ménage</i>	30% (ENSAN 2021)		48% (ENSAN 2021)
Accès à l'électricité <i>Ménage</i>	62.2% (EDS 2018) 56.8% (MICS 2014)	26.7% (EDS 2018) 22.2% (MICS 2014)	13.8% (MICS 2014)
Revêtement du sol – terre/sable	36.3% (EDS 2018)	67.6% (EDS 2018)	83.0% (MICS 2014)

Combustible utilise dans la cuisine - bois	61.9% (EDS 2018) 74.6% (MICS 2014)	92.5% (EDS 2018) 95.1% (MICS 2014)	93.6% (MICS 2014)
Endettement de ménage	17% (ENSAN 2021)		28% (ENSAN 2021)
Aucune instruction <i>Hommes 15-64 ans</i>	13.7% (EDS 2018)	21.2% (EDS 2018)	31.5% (EDS 2018)

Facteurs de risque¹⁹: Quintile de richesse économique plus bas^{241 242} Quintile de richesse économique (IP)²⁴³, Occupation de la mère (agriculture) (MA)²⁴⁴, Occupation de la mère (IP)²⁴⁵, Chef de ménage Femme (MA)²⁴⁶

Facteurs de protection¹⁹: Quintile de richesse plus aisé (MA)²⁴⁷, Participation de la mère aux dépenses de santé dans le ménage (IP)²⁴⁸

- La prévalence du retard de croissance diminue lorsque le niveau de bien-être économique du ménage augmente, passant de 40 % chez les enfants des ménages du quintile le plus bas à 9% pour ceux des ménages du quintile le plus élevé.^{249 250}
- Dans le Département de Mayo Sava, 66.5% de ménages sont très pauvres selon l'indice de richesse.²⁵¹ La plupart des ménages à EN (81,1 %) dépendent de plus de deux sources de revenus.²⁵² Avant la pandémie du Covid-19, 21% de ménages à EN a considéré leurs revenus très instables, 48% les a jugés instables.²⁵³ 46% de ménages à EN indique une baisse de revenu depuis la pandémie du Covid-19, 7% de ménages ont complètement perdu leur source de revenu à cause de la pandémie du Covid-19.²⁵⁴
- Les principales activités économiques à Tokombéré sont: l'agriculture, l'élevage, l'artisanat, la transformation des produits agricoles, et le petit commerce.²⁵⁵
- Agriculture constitue la première source de revenus et de survie des populations (90 % de la population active). Les principales spéculations cultivées sont: céréales (sorgho de saison de pluies, sorgho de saison sèche, maïs), coton, oignon, canne à sucre, arachides, niébé et voandzou. Il est important de noter que quelques poches de cultures maraîchères existent dans la zone montagneuse (plateau Zoulgo) et dans certains villages de la plaine (Makilingaï, Dobiko, Baka, etc.).²⁵⁶ Principales causes de la faible productivité agricole:²⁵⁷ a.) caprices pluviométriques²⁵⁸, b.) insécurité au niveau des zones frontalières/abandon des champs²⁵⁹, c.) accès limité aux terres cultivables (dû à la pression démographique et/ou l'utilisation des

²⁴¹ Mburano and Mounchingam, 'Déterminants Individuels, Familiaux et Contextuels de La Malnutrition Des Enfants de Moins de Cinq Ans Au Cameroun'.

²⁴² Indice combiné (émaciation, retard de croissance et insuffisance pondérale)

²⁴³ Tanang Tichoula, 'Facteurs Explicatifs De La Malnutrition Des Enfants De Moins De Cinq Ans Au Cameroun'.

²⁴⁴ Benjamin et al., 'Pratiques Alimentaires Des Mères Et Malnutrition Infantile Dans Le District De Santé De Pitoa: Etude Cas-Témoin'.

²⁴⁵ Tanang Tichoula, 'Facteurs Explicatifs De La Malnutrition Des Enfants De Moins De Cinq Ans Au Cameroun'.

²⁴⁶ Kouassi, 'Link NCA. Populations Hotes et Refugiees Des Zones Frontalieres de l'Adamaoua et de l'Est Publication: Juin 2018'.

²⁴⁷ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

²⁴⁸ Tanang Tichoula, 'Facteurs Explicatifs De La Malnutrition Des Enfants De Moins De Cinq Ans Au Cameroun'.

²⁴⁹ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

²⁵⁰ Fotso, 'Malnutrition et Morbidité Chez Les Enfants En Afrique: Concentration et Inégalités Socioéconomiques Familiales et Communautaire'.

²⁵¹ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

²⁵² World Food Programme.

²⁵³ Action Against Hunger USA et al., 'Enquête Nationale Sur La Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle République Du Cameroun'.

²⁵⁴ Action Against Hunger USA et al.

²⁵⁵ République du Cameroun, 'Plan Communal de Developement (PCD) de La Commune De Tokombere'.

²⁵⁶ République du Cameroun.

²⁵⁷ République du Cameroun.

²⁵⁸ Njupuen Njiembokue, 'Insécurité Alimentaire Et Stratégies D'adaptation Dans Les Régions De L'extrême-Nord et de L'est Du Cameroun'.

²⁵⁹ Njupuen Njiembokue.

- terres pour le pâturage du bétail)²⁶⁰, d.) dégradation du sol / baisse de la fertilité des sols (dû à la surexploitation),²⁶¹ e.) attaques des champs par les ennemis des cultures, f.) faible utilisation des techniques modernes agricoles, g.) absence des matériels agricoles de qualité / utilisation des outils rudimentaires, h.) faible approvisionnement et/ou coût élevé des intrants agricoles,²⁶² i.) attaques des denrées par les fourmis et les rongeurs / non maîtrise des techniques de conservation des produits agricoles, j.) faible accès à l'appui financier, k.) manque d'esprit communautaire pour un développement participatif ;
- Elevage (bovins, ovins, porcins, caprins et volaille). Dû à l'insécurité des zones avoisinantes, l'élevage sédentaire est le plus pratiqué. Les produits de l'élevage sont principalement destinés à la vente et commercialisés dans les grands marchés (Tokombéré, Mayo-Plata, Mémé).²⁶³ Principales causes de la faible productivité de l'élevage²⁶⁴: a.) épizooties récurrentes, b.) faible organisation et/ou encadrement des éleveurs, c.) accès limité aux pâturages / transformation en terres cultivables,²⁶⁵ d.) appauvrissement des pâturages / faibles connaissances des techniques de culture fourragères,²⁶⁶ e.) insuffisance des points d'eau pour les animaux, f.) conflits agropastoraux / vol de bétail, g.) faible accès aux produits vétérinaires, h.) faible appui financier aux éleveurs, i.) difficultés liées à la conservation de la viande.
 - Activités commerciales sont dominées par les petits commerces des produits agricoles et des produits manufacturés. Elles se font sur les différents marchés périodiques. Transformation de certains produits (mil, arachide, haricot, melon, fruits, oseille, lait des bœufs...) constitue d'autres activités commerciales. Il faut noter que ces transformations tournent autour de la fabrication de *bil-bil* à base de mil, l'huile végétale et du tourteau à base des arachides. Le niébé et le melon sont transformés en beignets, le jus de l'oseille de Guinée, généralement appelé *hoyoro*, est obtenu grâce à la transformation des fruits de cette plante annuelle.²⁶⁷
 - 92,1 % de ménages à Mayo Sava sont propriétaires d'une maison ; 60,4 % entre eux possède une maison dont le toit est fabriqué en matériaux non durables, 71,1 % ont des murs en matériaux non durables et 88,5 % le sol non durable.²⁶⁸ 19,7% de ménages à Mayo Sava ont l'accès à l'électricité, 67,6% de ménages utilisent des torches.²⁶⁹ 94,6% de ménages à Mayo Sava utilisent le bois comme le combustible de cuisine.²⁷⁰
 - Activités économiques des femmes : 76,5% agriculture, 15,6% commerçants²⁷¹; 66,8% femmes travaillent à leur propre compte ou 19,6% pour un membre de leur famille, 51,6% travaillent toute l'année²⁷² ; femmes qui ont travaillé au moment de l'enquête étaient plus prévalentes parmi le quintile plus bas, les femmes sans instruction, les femmes avec plusieurs enfants, femmes en rupture de l'union et les femmes >30 ans.²⁷³

²⁶⁰ Sambo, 'Les Savoirs Endogènes Comme Stratégies d'adaptation Au Changement Climatique Chez Les Agriculteurs, Les Éleveurs et Les Agro Pasteurs de l'Extrême Nord Du Cameroun'.

²⁶¹ Sambo.

²⁶² Njupuen Njiembokue, 'Insécurité Alimentaire Et Stratégies D'adaptation Dans Les Régions De L'extrême-Nord et de L'est Du Cameroun'.

²⁶³ République du Cameroun, 'Plan Communal de Développement (PCD) de La Commune De Tokombere'.

²⁶⁴ République du Cameroun.

²⁶⁵ Sambo, 'Les Savoirs Endogènes Comme Stratégies d'adaptation Au Changement Climatique Chez Les Agriculteurs, Les Éleveurs et Les Agro Pasteurs de l'Extrême Nord Du Cameroun'.

²⁶⁶ Kamuanga, 'Rôle de l'animal et de l'élevage Dans Les Espaces et Les Systèmes Agraires Des Savanes Soudano-Sahéliennes : Note Introductive Au Thème 3'.

²⁶⁷ République du Cameroun.

²⁶⁸ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

²⁶⁹ World Food Programme.

²⁷⁰ World Food Programme.

²⁷¹ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

²⁷² Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

²⁷³ Institut National de la Statistique and ICF International.

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

D'après la régression linéaire de données MICS 2014 l'indice de richesse combiné a été négativement associé à l'émaciation ($p=0.044$), c'est-à-dire les enfants vivant dans les ménages avec une valeur croissante de l'indice de richesse combiné avaient un risque plus élevé de ce déficit nutritionnel (Cf. Annexe B). Toutefois, ce résultat est inhabituel et doit être considéré avec prudence. Au lieu de cela, les régressions linéaires de données EDS 2018 ont indiqué une association positive entre la valeur croissante de l'indice de richesse combiné et un risque moins élevé d'émaciation ($p=0.034$) et d'insuffisance pondérale ($p=0.015$) (Cf. Annexe D).

D'après les régressions logistiques de données MICS 2014, les enfants vivant dans les maisons avec le sol en sable avaient un risque plus élevé de retard de croissance ($p=0.025$) (Cf. Annexe A). Par contre, les enfants vivant dans les ménages avec l'accès à l'électricité avaient un risque moins élevé de retard de croissance et d'insuffisance pondérale ($p=0.010$ et $p=0.006$, respectivement) (Cf. Annexe A). La tendance a été confirmée par les régressions logistiques de données EDS 2018, d'après lesquelles les enfants vivant dans les ménages avec l'accès à l'électricité avaient un risque moins élevé d'émaciation, de retard de croissance et d'insuffisance pondérale ($p=0.042$, $p=0.000$ et $p=0.002$, respectivement) (Cf. Annexe C).

Similairement, les régressions logistiques de données MICS 2014 et EDS 2018 ont indiqué que les enfants vivant dans les ménages avec une télévision avaient un risque moins élevé de retard de croissance ($p=0.001$ et $p=0.008$, respectivement) et d'insuffisance pondérale ($p=0.009$)²⁷⁴ (Cf. Annexe A & C). D'ailleurs, d'après les régressions logistiques de données MICS 2014, les enfants vivant dans les ménages qui possédaient une bicyclette et/ou un moto scooter avaient un risque moins élevé d'insuffisance pondérale ($p=0.031$ et $p=0.021$, respectivement) (Cf. Annexe A). D'après les régressions logistiques de données EDS 2018, cette tendance a été aussi observé chez les enfants des mères résidant avec leurs maris au moment de l'enquête ($p=0.001$) et/ou des mères possédant une maison conjointement avec leurs maris ($p=0.037$) (Cf. Annexe C).

Les données SMART 2017 n'ont pas inclut les indicateurs relatifs aux sources de revenu du ménage (Cf. Annexe E & F).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Définition du ménage vulnérable

« Les ménages les plus vulnérables sont les ménages qui ne parviennent pas à manger deux fois par jour et les ménages où les femmes doivent travailler. »

Malgré une pauvreté ambiante qui s'étend sur l'ensemble des communautés, les communautés caractérisent les ménages les plus vulnérables comme les ménages avec un faible accès aux terres cultivables qui n'arrivent pas cultiver suffisamment pour nourrir ses membres au cours de l'année. Ces ménages sont souvent de grande taille, potentiellement polygames, où les hommes ainsi que les femmes doivent se lancer dans le travail journalier rémunéré pour combler les vides.

Sources de revenu des hommes

- culture et vente des cultures vivrières (mil, arachides) et des cultures de rente (coton), travail journalier agricole et non-agricole réénuméré, élevage / engraissement (bovins, ovins), boucherie, maçonnerie / fabrication des parpaings (saison sèche), charpenterie / menuiserie, petit commerce (vêtements, chaussures)

²⁷⁴ Uniquement EDS 2018.

L'agriculture, l'élevage et le petit commerce représentent les activités génératrices de revenu principales des hommes. Parmi les cultures cultivées domine le mil, suivi du coton, des arachides et des haricots.

« La culture du mil est pratiquée sur la plus grande partie des terres arables. Nous la privilégions pour notre sécurité alimentaire. Ce choix est dû au fait que l'argent du coton arrive trop tard est souvent à une période quand le mil est déjà excessivement cher sur le marché. »

Lors des échanges communautaires le faible accès aux terres cultivables était le problème le plus cité en lien avec l'accès aux sources de revenu. L'agriculture étant l'activité génératrice de revenu essentielle, la population dépend fortement sur l'accès à terre pour pouvoir assurer sa survie. Vu la pression démographique, les parcelles antérieurement disponibles gratuitement et/ou pour des prix négligeables (3.000 – 5.000 FCFA/un quart) sont actuellement louées aux prix importants (20.000 – 25.000 FCFA/un quart). Les jeunes hommes n'ayant pas des moyens pour louer la terre migrent en grandes villes pour constituer leurs fonds de base (Cf. Migration). Les populations déplacées n'ont pas le droit de l'accès à terre.

D'ailleurs, la population se plaint de l'infertilité des sols à cause de surutilisation. En lien avec la faible pluviométrie, ils signalent une diminution de la récolte de mil de 8 sacs pour 1 hectare dans les années antérieures à 1 sac et demi de nos jours²⁷⁵. Pourtant, ceux qui utilisent des engrais pour améliorer la qualité de terre rapportent une augmentation de leurs récoltes.

« La terre n'est plus assez fertile de nos jours car elle a été trop utilisée et pour cela nous devons utiliser les nouvelles techniques d'agriculture pour accroître la production. Mais ceci a augmenté nos récoltes de mil, par exemple, de 5 sacs il y a 10 ans à 6-8 sacs actuellement. »

Les prix des engrais, herbicides et pesticides étant élevés sur le marché – et ainsi souvent inaccessibles, les agriculteurs investissent partiellement dans la production du coton pour avoir accès à ces produits à travers le programme de soutien de la compagnie Sodecoton qui les permet d'acheter les intrants à crédit au début de la saison et les rembourser à la fin de la saison lors de la vente du coton. Cependant, la culture du coton n'est plus aussi rentable que dans le passé et le revenu généré par la vente n'entre la caisse du ménage qu'après quelques mois après la récolte (ex. coton est récolté en Novembre et payé en Mai).

« La rentabilité du coton a diminué. Il y a 20 ans il était possible d'avoir 80.000 FCFA de la vente du coton après toutes les dépenses décomptées mais maintenant ce n'est plus possible. La Sodecoton est la seule société qui nous offre de l'engrais à rembourser à la récolte du coton et c'est cet engrais que nous utilisons pour le mil pour accroître la production. »

Les activités de petit commerce transfrontalières ont été substantiellement secouées en 2014 avec l'arrivée de groupes armés non-étatiques. L'insécurité et la fermeture des frontières a freiné le flux de marchandise, augmentant les distances parcourues par les commerçants pour s'approvisionner, ainsi augmentant les prix ainsi que la quantité de marchandise commercialisée. De ce fait plusieurs commerçants ont abandonné l'activité par manque de moyens financiers.

Migration

Migration ou exode rurale est un phénomène plutôt récent, déclenché, entre autres, par un manque d'opportunités génératrices de revenu dans les villages. Comme les familles agrandissent, les terres cultivables disponibles ne suffisent plus à nourrir ses membres. Par conséquent, les jeunes décident de partir – au moins temporairement – dans les grandes villes comme Yaoundé ou Douala pour accumuler des ressources nécessaires pour fonder et/ou maintenir leurs foyers. D'autres fuient leurs responsabilités et y disparaissent pendant des longues années.

« Nos grands-parents n'avaient pas connu le phénomène de l'exode rurale mais aujourd'hui les gens vont et viennent en exode rurale. La nouvelle génération ne cultive plus beaucoup car la location des terres cultivables est devenue très chère alors que la compétition pour ces terres a augmenté comme la population s'est agrandie. Le problème de faible accès aux revenus est une raison pour laquelle les jeunes partent en exode rural dès l'âge de 15ans dans la ville de Douala où ils exercent le travail de moto taxi pour améliorer leur revenu et s'occuper de leur famille. »

²⁷⁵ Quantités estimatives. Les « années antérieures » réfèrent à une période d'approximativement 10-15 ans.

Les jeunes hommes qui n'ont pas encore terminé leurs études partent en grandes villes pendant les vacances scolaires, c'est-à-dire entre les mois de Mai et Aout pour accumuler des ressources financières facilitant la survie de leurs familles pendant le reste de l'année. Après avoir terminé leurs études, les jeunes peuvent partir pour des périodes plus longues et ne reviennent au village qu'après 2-3 ans. Pour cela, les parents leur obligent souvent de se marier pour revenir au village une fois par an. Le séjour prolongé en grandes villes est associé aux changements néfastes de comportement, y compris l'abus de l'alcool.

« Les jeunes qui partent en grandes villes reviennent complètement changés, avec des comportements déviants. Ils deviennent des grands buveurs de l'alcool, même ceux qui n'en consommaient pas avant. »

D'ailleurs, l'exode rurale ouvre la possibilité pour des relations extra-conjugales pour les hommes ainsi que pour des femmes, pourtant avec des conséquences diverses. La femme est présumée d'attendre son mari même si ce dernier ne revient pas au village pendant des périodes prolongées et ne fait aucun effort pour soutenir son ménage financièrement. Si, par conséquence, elle entame des relations avec d'autre homme – souvent pour des raisons de survie – elle risque un divorce et elle ne pourra plus se remarier dans le même village. Les participantes aux discussions de groupe ont constaté que l'exode rurale, malgré son objectif principal, n'aide pas les femmes et les enfants laissés derrière parce que les hommes ne sont pas toujours en position de leur envoyer de l'argent et/ou ils le dépensent en grandes villes. De plus, certains réclament les sommes envoyées à leur retour au village.

Elevage

Dans le passé, élevage était une importante source de revenu mais la communauté le pratique de moins en moins. De nos jours, le vol des animaux est un facteur dissuasif dominant, étant donné qu'il faut s'y investir considérablement pour protéger leurs biens. Par rapport le passé, il n'est plus suffisant de laisser les animaux sous garde des enfants qui deviennent les cibles très faciles pour les voleurs lors du pâturage au cours de la journée. Dans certaines communautés, les vols sont plus fréquents au cours de la nuit pendant la saison pluvieuse quand les gens sont occupés par les travaux champêtres et ils peuvent dormir profondément à cause de la pluie et/ou la fatigue.

« Les voleurs des animaux sont nos enfants qui ont des envies non-satisfaites – avoir un téléphone, draguer les filles. C'est Android qui est la cause de tout ce malheur! Nos enfants ne nous obéissent plus, ils ne veulent plus nous aider et puis ils demandent de l'argent qui leur est refusé. Ils se fâchent et ils nous trahissent aux autres personnes dans les villages avoisinants qui viennent voler nos animaux et ils prennent leur part. »

De manière générale, le choix d'animaux à élever est influencé par des moyens financiers du ménage. Les ménages plus aisés peuvent investir dans les bœufs alors que les autres ne peuvent se permettre d'acheter que des poules et/ou des chèvres. L'élevage du bétail peut se faire sur une période de 2 à 5 ans ; les moutons sont souvent achetés en Novembre (après la récolte) et vendus en Juillet pour la fête de Tabaski. L'élevage de chèvres se fait toute l'année et il est considéré plus rentable comme une chèvre peut avoir des cabris 2-3 fois au cours d'une seule année. Certains ménages évitent les activités d'élevage pendant la saison pluvieuse parce que cette période est exclusivement réservée à l'agriculture et il n'est pas possible de consacrer le temps à l'élevage.

Pour les communautés Peuhls, l'élevage ne représente que l'activité génératrice de revenu mais surtout le mode de vie. Ainsi, la perte progressive de leurs troupeaux entraîne des changements de l'ordre social.

« Nous sommes nomades, la transhumance est dans notre sang. Nous avons eu l'habitude de passer 9 mois dans la brousse, revenant ici seulement pendant la période de récolte pour repartir 3 mois après. A l'époque Il y avait plus d'intimité dans les ménages, il y avait la solidarité - nous mangions tous ensemble et nos familles étaient bien nourries. Les enfants tombaient rarement malades. Mais depuis 10 ans, avec la crise de Boko Haram, nous sommes devenus sédentaires. Nous avons perdu notre bétail et s'ils nous restent quelques têtes, nous devons les emmener très loin d'ici pour qu'ils ne détruisent pas des champs de nos voisins. Nous ne pouvons pas en profiter comme il faudrait. Nous avons tourné vers l'agriculture maintenant mais ce n'est pas dans notre cœur. Les femmes ont perdu leurs activités génératrices de revenu comme nous n'avons plus de lait à vendre. Sans lait, nous n'avons plus la force de satisfaire nos femmes alors il est mieux d'avoir moins. Mais cela crée un autre problème – nous nous rapprochons de nos femmes plus souvent et elles accouchent plus d'enfants à plus petits intervalles. Il y a plus de disputes dans les couples comme les moyens financiers sont limités. Les hommes partent très tôt le matin pour chercher des moyens, laissant les femmes seules à la maison. Chacun mange chez soi, le sens de partage est disparu. »

Sources de revenu des femmes

- culture, transformation et vente des cultures vivrières (arachides – arachides grillées, l'huile, « *bakourou*²⁷⁶ ») et des cultures maraichères (haricots, okra), vente du lait de vache fermenté, travail journalier agricole rénuméré (« *bariama* »), vente du bois de chauffe (surtout en saison sèche), production et vente des beignets (à base de farine de blé, riz, mil, niébé) et du *bil-bil*.

Les activités génératrices des femmes dans le district sanitaire de Tokombéré sont plutôt limitées. Alors que le potentiel existe, les opportunités ne sont pas suffisamment exploitées et la majorité de femmes se lancent dans les mêmes activités, saturant le marché. Alors que certaines femmes déploient des stratégies avancées pour la vente de leur marchandise (ex. la vente aux marchés périodiques), ceci ne garantit pas une tactique infaillible.

« Les femmes font pratiquement le même commerce, c'est-à-dire la vente des beignets, et cela ne se vend véritablement pas. Certaines envoient leurs enfants au marché de Mayo Plata mais si les beignets ne se vendent pas, les enfants finissent par leur consommer le soir comme il n'y a plus rien à manger. »

L'accès à terre demeure un facteur limitant des activités agricoles des femmes et, par conséquent, d'autres activités génératrices de revenu lancées à l'aide de revenu généré par l'agriculture. Comme les coutumes communautaires restreignent la possession des terres au lignage masculin, les femmes dépendent de leurs maris à leur accorder des parcelles à cultiver. Vu la pression démographique et la demande pour des terres cultivables, ceci devient plus difficile et les champs sont majoritairement réservés aux cultures de rente des hommes.

« La terre sur laquelle nous cultivons nous est donnée par nos maris. Dans le passé, nos mamans cultivaient beaucoup et avec l'argent de la récolte elles ont financé le petit commerce. De nos jours, nos maris ne parviennent plus nous accorder des parcelles. Les frais de location sont très élevés alors le champ loué est réservé aux cultures rentables. »

D'ailleurs, dû à la perte des activités agricoles, les femmes n'arrivent plus contribuer suffisamment à l'alimentation du ménage (ex. légumes et autres ingrédients pour la sauce de complément) même si leurs maris comptent toujours sur leur coopération. Ceci crée la frustration dans le couple, le gardant sur la défensive quasi-perpétuelle.

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, 65% de femmes (n=15) dans l'échantillon (N=23) ont mentionné un manque de ressources financières pendant la grossesse. Trois quarts de femmes (n=16) ont subi la pénurie pendant la période d'allaitement et/ou lors de l'introduction des aliments de complément à l'enfant. Les différences entre les femmes dans les unions monogames vs. polygames n'ont pas été observées.

Evolution saisonnière des sources de revenu

Au cours de l'année, les ménages dédient trois mois (Juin - Aout) aux travaux champêtres (plantation du mil, coton, arachides, niébé, patates) et ils récoltent en Octobre - Novembre. Généralement, tous les membres de ménage sont inclus dans l'activité. Dans certains ménages, les femmes et les enfants peuvent travailler dans les champs familiaux tandis que les hommes s'engagent dans les travaux champêtres rénumérés afin d'accroître leurs revenus. D'autres hommes peuvent être en migration dans les grandes villes et ils dirigent les activités agricoles à distance.

De manière substantielle, les stocks et les caisses de ménages se remplissent une fois par année - après la récolte de la saison principale - avec quelques mois de retard en ce qui concerne la production du coton. Les mois de Janvier jusqu'à Mai sont caractérisés par la rénovation des maisons (fabrication des briques, collecte de paille) et les ménages vivent principalement de leurs récoltes. Pendant cette période, les femmes dans certains ménages

²⁷⁶ Croquettes de pâte d'arachides grillées.

peuvent s'engager dans les petites activités génératrices de revenu, telles que le petit commerce, afin de créer un stock de « contingence » à utiliser lors de la période de soudure. La période sèche offre aussi une opportunité de s'engager dans les cultures maraichères, surtout la production des oignons, afin de stimuler le budget de ménage davantage. Les difficultés financières sont plus accentuées au moment de semis jusqu'à la fin de la période de plantation quand les stocks alimentaires sont considérablement réduits.

Mécanismes de soutien au niveau communautaire

La communauté regrette une disparition progressive de certains mécanismes d'entraide communautaire lié à la dissolution de tissu social. L'abandonnement des valeurs culturelles, antérieurement stimulées par des rites ancestraux, contribue à l'avancement de l'individualisme au détriment de l'esprit collectif.

« Dans le passé, chaque ménage apportait une partie de sa récolte chez le chef pour le redistribuer aux démunis pendant les périodes de soudure. Ces pratiques ont disparu au fil du temps et les familles en détresse s'en sortent difficilement. »

Certaines femmes s'organisent en groupes d'entraides qui leur permet de sortir de la précarité – mais l'aval de leurs maris pour rejoindre tel groupe est nécessaire. D'ailleurs, le montant généré par l'activité peut être réclamé et/ou saisi par le mari à son gré (Cf. S. Faible autonomie des femmes).

Utilisation des ressources financières

Le prix du mil ayant augmenté, les ménages génèrent plus de revenu que dans le passé mais dû à l'inflation et l'augmentation de besoins, leurs dépenses montent disproportionnellement. Lors de l'exercice participatif sur l'utilisation des ressources financières au sein de ménages, les variations observées dans les communautés échantillonnées ne permettent pas de généraliser les tendances pour le district sanitaire de Tokombéré. Dans certaines communautés, les chefs de ménage priorisent visiblement les activités agricoles qui peuvent absorber jusqu'à 200.000 FCFA pour couvrir les dépenses de semis, d'engrais, et de transport. Dans les autres, la priorisation est accordée à l'achat des aliments dû à l'accès faible aux terres cultivables et ainsi la dépendance sur l'approvisionnement des aliments au marché. D'ailleurs, certains ménages investissent dans la construction et/ou la réhabilitation de leur hébergement alors que les autres y investissent moins étant donné que les matières premières sont disponibles dans les communautés gratuitement. Par contre, les frais de santé, surtout pendant la saison pluvieuse, ont été souvent classés en haut de la liste. Les frais de scolarisation ont tendance à avoir une certaine priorité mais ils sont aussi rapidement déclassés quand le ménage traverse une période de difficultés financières. Dans une communauté plus aisée, les hommes ont souligné l'importance de l'achat annuel des vêtements pour la fête de fin de Ramadan qui risque de créer des disputes avec des femmes, surtout les jeunes mariées, si passé non-observé.

L. FAIBLE ACCES AUX MARCHÉS

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶²	+
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	-
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	-
Catégorisation par l'équipe qualitative	+
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+
Interprétation globale	+

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

- La distance moyenne d'un village au marché est de 4,73 kilomètres.²⁷⁷ 48,3 % des ménages fréquentent un marché périodique (une fois par semaine).²⁷⁸ Marchés périodiques incluent Dala-Zougo et Gadoua (respectivement les lundis et les dimanches), Tokombéré, Mada-Kolkoch et Mayo-Plata (respectivement les mardis, les mercredis et les samedis).²⁷⁹ Parfois, les populations se déplacent vers la Commune de Maroua, Méri et Mora pour l'achat des produits autrement indisponibles ou le pays voisin où ils achètent des produits de contrebande.²⁸⁰
- Les marchés n'ont pas souvent de structures permanentes et les commerçants construisent généralement des structures temporaires en bois et en paille. Les marchés ruraux manquent d'entrepôts, de sources d'eau, d'installations sanitaires et d'électricité. Seul le marché de Tokombéré dispose des hangars en matériaux définitifs et d'une aire d'abattage.²⁸¹
- Plus de 40% des marchés ruraux ne sont pas accessibles toute l'année, les routes reliant les marchés étant fermées ou impraticables pendant la saison des pluies.²⁸² Le bitumage récent de certains axes routiers a désenclavé certains points d'échanges peu attractifs dans le passé, bien que situés dans les principaux bassins de production.²⁸³ D'ailleurs, pendant la saison pluvieuse, l'accessibilité aux denrées alimentaires est réduite comme les marchés ne sont pas régulièrement approvisionnés et les stocks locaux connaissent des hausses de prix.²⁸⁴ Les prix augmentent dès que la période de récolte passe. Les mois de juin-juillet sont très significatifs car ils constituent la période de pleine soudure, les intrants agricoles ne faisant plus l'objet des échanges commerciales étant priorisés pour la consommation des ménages. Les spéculateurs profitent de la situation, en vendant leurs stocks achetés pendant la période récolte aux prix élevés.²⁸⁵
- L'inflation générale au Cameroun reste élevée, proche du taux de 6,3 % en 2022. Les prix des aliments de base importés et transformés continuent d'augmenter modérément à nettement au-dessus de la moyenne quinquennale, compte tenu de l'offre intérieure constante inférieure à la moyenne, des tendances des prix élevés à l'échelle mondiale et des coûts d'expédition en raison d'une guerre prolongée entre la Russie et l'Ukraine.²⁸⁶ Les prix des céréales produites localement telles que le maïs, le sorgho et le mil sont également en hausse, soutenus par une production inférieure à la moyenne et une forte demande d'exportation. Les prix du sorgho et du maïs en janvier 2023 étaient respectivement de 50 à 60 % supérieurs à la moyenne quinquennale.²⁸⁷ 63 % des ménages estiment que les prix des denrées sont élevés, 32 % disent qu'ils sont à leur portée.²⁸⁸
- 44.4% de ménages à EN sont économiquement vulnérables.²⁸⁹ Pour 26% de ménages, les dépenses alimentaires représentent plus de 75% de la totalité de leurs dépenses. Pour 19% de ménages, les dépenses alimentaires représentent entre 65% et 75% de la totalité de leurs dépenses.²⁹⁰

²⁷⁷ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

²⁷⁸ Njupuen Njiembokue, 'Insécurité Alimentaire Et Stratégies D'adaptation Dans Les Régions De L'extrême-Nord et de L'est Du Cameroun'.

²⁷⁹ République du Cameroun, 'Plan Communal de Développement (PCD) de La Commune De Tokombere'.

²⁸⁰ République du Cameroun.

²⁸¹ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

²⁸² World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

²⁸³ Fofiri Nzossie, 'Les Déterminants de l'offre Alimentaire Vivrière Dans Les Villes Du Nord-Cameroun. Géographie'.

²⁸⁴ Njupuen Njiembokue, 'Insécurité Alimentaire Et Stratégies D'adaptation Dans Les Régions De L'extrême-Nord et de L'est Du Cameroun'.

²⁸⁵ Njupuen Njiembokue, 'Insécurité Alimentaire Et Stratégies D'adaptation Dans Les Régions De L'extrême-Nord et de L'est Du Cameroun'.

²⁸⁶ FEWS NET.

²⁸⁷ FEWS NET.

²⁸⁸ Njupuen Njiembokue.

²⁸⁹ Action Against Hunger USA et al.

²⁹⁰ Action Against Hunger USA et al.

- Le Nigéria en dehors des produits manufacturés comme les pièces détachées automobiles et motos, le textile, le gasoil frelaté, les ustensiles de cuisine, fournit également les oranges, la canne à sucre, les ignames, la farine de blé, et le riz.²⁹¹ Le maïs vient du Nord, les tourteaux, le natron et le bétail provient du Tchad. Les ménages qui vivent dans les villages à proximité de la frontière sont dépendants des marchés extérieurs pour se ravitailler parfois très proche par rapport au marché local qui se trouve à des kilomètres et se tient une fois en semaine.²⁹²

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les données MICS 2014, SMART 2017 et EDS 2018 n'ont pas inclut les indicateurs relatifs à l'accès aux marchés (Cf. Annexe A - F).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

La population dans le district sanitaire de Tokombéré a tendance de fréquenter plusieurs marchés, dépendamment de leurs besoins. Ils fréquentent un marché principal de manière hebdomadaire (souvent un marché le plus près) où ils peuvent se procurer de tous les articles de base dont ils ont besoin. D'ailleurs, ils se rendent sur les marchés « spécialisés » qui les permettent d'acheter des produits qui ne sont pas disponibles sur le marché hebdomadaire et/ou qui permettent, notamment aux petits commerçants, d'acheter des produits à bas prix pour les revendre ailleurs aux prix plus élevés. Les hommes Peuhls, par exemple, suivent un calendrier hebdomadaire de passage par les marchés avoisinants pour acheter et revendre des articles en continu. Le marché de Zoulgo est le plus éloigné, le frais de transport s'élevant à 3.000 FCFA par personne pour s'y rendre. Le marché de Doulek est difficilement accessible pendant la saison pluvieuse quand les *mayo* se remplissent avec l'eau et empêchent le mouvement.

« Pendant la saison de pluie intense entre le mois d'Aout et de Septembre, les rivières saisonnières sont pleines, les routes sont coupées et les marchés difficilement accessibles. Pour aller au marché, il faut contourner par un autre chemin plus long ce qui augmente bien évidemment le cout du transport. Pour pallier, certains profitent de ceux qui s'y rendent pour commissionner leurs achats, contribuant modestement au frais de carburant. »

	Marché	Produits commercialisés
<i>Lundi</i>	Zoulgo	Vente de bœufs
<i>Mardi</i>	Tokombéré	Achat et vente des arachides
<i>Mercredi</i>	Maroua	Achat de marchandise dépendamment des ressources financières disponibles
<i>Judi</i>	Doulek	Achat des vêtements, savon, aliments
<i>Vendredi</i>	Mémé	Achat et vente de bœufs, arachides, niébé, mil
<i>Samedi</i>	Makalingai Mayo Plata	Achat et vente de marchandise dépendamment des ressources disponibles
<i>Dimanche</i>	Gadoua Mora	Achat des arachides, vêtements et chaussures Vente des arachides, achat de niébé et du mil

Tableau 13: Exemple de rotation hebdomadaire sur les marchés locaux, District sanitaire Tokombéré

Les marchés *bil-bil*, présents dans chaque village, n'offrent souvent que des boissons alcooliques, des beignets et quelques rares produits de base, comme le sucre, le sel et le savon, et représentent plutôt des points de divertissement de la population.

De manière générale, la population évite d'acheter des aliments de base qu'ils cultivent (ex. mil, arachides, légumes secs), à l'exception de la période d'épuisement de stock. Cependant, les ménages dont la récolte n'a pas été favorable peuvent se retrouver à acheter du mil tout au long de l'année pour combler le manque.

D'après les participants aux groupes de discussions, l'offre de marchandises sur les marchés locaux est considérée satisfaisante et ils y trouvent tout ce dont ils ont besoin. Pourtant, l'offre

²⁹¹ Njupuen Njiembokue.

²⁹² Njupuen Njiembokue.

se réduit – en variété et en quantité – pendant la saison pluvieuse quand plusieurs aliments, comme le mil, les arachides et le niébé – deviennent moins accessibles. Au même moment, les prix de ces articles augmentent comme les spéculateurs profitent d'épuisement de stocks de ces aliments dans les ménages.

De manière générale, les prix sont à la baisse après la récolte, surtout après les saisons de bon production. Ils augmentent graduellement après jusqu'à la période de soudure pendant laquelle ils cumulent. Le prix moyen du mil au moment de la récolte varie entre 12.000 et 15.000 FCFA et peut s'élever jusqu'à 30.000 FCFA jusqu'à la nouvelle récolte. D'ailleurs, la communauté lamente l'inflation de prix au cours de 10 dernières années quand le prix moyen d'un sac du mil coûtait 7.000 FCFA en 2013 en contraste avec **XX** en 2023.

M. FAIBLE CAPACITÉS DE RÉSILIENCE

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	-
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+++
Catégorisation par l'équipe qualitative	+++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	++
Interprétation globale	++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Facteurs de risque¹⁹: Déploiement des stratégies d'adaptation dans le ménage²⁹³

- Les mécanismes informels de protection sociale continuent de jouer un rôle essentiel dans l'amélioration des conditions de vie des populations, couvrant divers risques sociaux qui portent sur des événements malheureux comme la maladie, le décès et les événements heureux tels que les naissances, les mariages, les baptêmes.²⁹⁴
- 19% de ménages à EN utilisent des stratégies d'urgence, 19% utilisent des stratégies de crise, 18% stratégies de stress. 44% de ménages n'utilisent pas des stratégies.²⁹⁵ La réduction des dépenses de santé ou d'éducation est la stratégie de crise la plus fréquente pour faire face à un manque de nourriture dans la région de l'Extrême-Nord (25.6%).²⁹⁶ La mendicité et la vente des derniers animaux femelles sont les stratégies d'urgence les plus récurrentes (5.8%).²⁹⁷
- Dans le Département de Mayo Sava, 82.5% de ménages ont déclaré d'avoir subi des conséquences de la sécheresse/précipitations irrégulières, 22.6% de la mort et 17.8% de la perte du travail.²⁹⁸ L'indice de stratégie d'adaptation (CSI) moyen à Tokombéré est de 21,1 avec un CSI minimum de 11 et un CSI maximum de 30.²⁹⁹ Les stratégies d'adaptation utilisées par les ménages consistent à consommer des aliments moins préférés ou moins chers (62.0%), à diminuer la quantité de nourriture lors des repas (38.1%), à diminuer le nombre de repas par jour (31.4%), à réduire la quantité de nourriture des adultes au profit des enfants (26.7%) ou à emprunter de la nourriture ou compter sur l'aide de parents/amis (22.5%).³⁰⁰ Entre deux enquêtes CFSVA (2011 et 2017), on observe une augmentation importante de ménages qui consomment des aliments moins préférés ou moins chers

²⁹³ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

²⁹⁴ République du Cameroun, 'Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) Au Cameroun'.

²⁹⁵ Action Against Hunger USA et al., 'Enquête Nationale Sur La Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle République Du Cameroun'.

²⁹⁶ Action Against Hunger USA et al.

²⁹⁷ Action Against Hunger USA et al.

²⁹⁸ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

²⁹⁹ Action Against Hunger USA et al., 'Enquête Nationale Sur La Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle République Du Cameroun'.

³⁰⁰ Action Against Hunger USA et al., 'Enquête Nationale Sur La Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle République Du Cameroun'.

(46.5% à 82%, respectivement), diminuent la quantité de nourriture lors des repas (19.4% à 42.5%, respectivement), diminuent le nombre de repas par jour (20.9% à 40%, respectivement) et réduisent la quantité de nourriture des adultes au profit des enfants (0.6% à 26.9%)³⁰¹

- 72.4% de ménages à EN obtiennent le crédit chez leurs parents, 22.1% dans les tontines et 18.4% dans les institutions bancaires.³⁰²

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les données MICS 2014, SMART 2017 et EDS 2018 n'ont pas inclus les indicateurs relatifs aux stratégies de résilience (Cf. Annexe A - F).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Changements les plus significatifs

« Aujourd'hui nous sommes des hommes libres car autre fois nous étions assujettis au chef du village, il disposait des membres de communauté à sa guise. »

De manière générale, la communauté observe une nette amélioration de leur vie dû à la construction des routes, des points d'eau, des établissements sanitaires et scolaires, ainsi qu'à l'installation des réseaux électriques et téléphoniques. On leur attribue un impact positif sur le développement communautaire, en « ouvrant l'esprit des gens et accélérant des échanges avec d'autres communautés voisines ». Pourtant, l'accès aux informations qui est considéré à la base de l'ouverture de l'esprit est aussi lié à la renonciation des pratiques ancestrales qui dépossèdent les communautés de leurs traits ethniques et valeurs sociales. Cette tendance est particulièrement perçue dans les communautés animistes, converties chrétiennes, qui regrettent de ne pas pouvoir pratiquer les rites traditionnels sous l'interdiction de l'église.

« Quand il n'y avait pas d'église ni d'école, chacun a été renfermé sur lui-même, mais de nos jours les esprits sont de plus en plus ouverts et nous vivons en convivialité. Pourtant, les rites ancestraux n'existent plus vraiment car l'église les a interdits. Et nous voilà il ne pleut plus comme à l'époque et nous vivons en pauvreté. »

D'après les communautés animistes (Cf. Annexe H) la consultation des dieux et les sacrifices traditionnels ont permis aux communautés de prospérer grâce aux bénédictions (ex. augmentation de rendement agricole) que ces sacrifices ont pu assurer. D'ailleurs, les églises chrétiennes semblent de créer le clivage intergénérationnel entre les jeunes – qui sont poussés de s'éloigner des pratiques ancestrales pour des raisons cartésiennes et religieuses – et les aînés qui associent la diminution de récoltes à cette déviation.

Ils soulignent également la disparition graduelle des conflits interethniques qui ont ravagé les communautés dans le passé, en leur dépossédant de leurs biens et parfois les prenant en otage contre rançon. Pourtant, l'arrivée de groupes armés non-étatiques maintient le sentiment de l'insécurité auquel s'ajoutent des braquages à main armée.

« Nous sommes souvent victimes de braquages à main armée et pour cela nous évitons de garder l'argent liquide dans nos maisons, nous achetons des chèvres avec cet argent et puis les gardons dans les ménages pauvres. L'autre stratégie est d'aller rester à Maroua le temps que l'argent finisse. »

En d'autres mots, les communautés évitent de « sortir la tête de la foule », de démontrer leur richesse par peur d'attirer l'attention – et surtout la jalousie – de personnes qui pourraient les attaquer en conséquence. Afin de protéger leurs biens et essentiellement leur survie, la communauté maintient un niveau de pauvreté ambiante et freine son potentiel au développement.

« Il y a des voleurs qui prennent notre bétail et n'hésitent pas nous tuer. C'est pour cela que nous ne pouvons pas construire les maisons en ciment parce que les voleurs nous observent et nous limitons notre quantité de bétail de peur de ne pas attirer leurs convoitises. »

Cette conduite pourrait être partiellement expliquée par des décennies de chocs climatiques, sanitaires et sécuritaires auxquels les ménages doivent faire face et qui épuisent leurs capacités de résilience, potentiellement provoquant des comportements déplorables. Un résumé des événements les plus marquants dans les localités échantillonnées, d'après les souvenirs des participants aux groupes de discussion, se trouve dans le tableau 14 ci-dessous.

³⁰¹ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

³⁰² World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

Année	Évènement
1965	Conflit interethnique Mada - Mouyang - Ouldémé
1970	Sècheresse / Famine (« cheketaire »)
1973	Epidémie de la variole
1975	Conflit interethnique Molko - Mboko ³⁰³
1979	Epidémie de la grippe
1982	Arrivée de Paul Biya au pouvoir
1985	Sècheresse / Famine (« derabotoume »)
1985	Conflit interethnique Molko - Mboko
1987	Sècheresse / Criquets
1992	Conflit interethnique Molko - Mboko - Guemzeck
1996	Série d'incursions de brigands dans les enclos (frein à l'élevage)
1998	Sècheresse / Grande famine
2004	Conflit agropastoral Peuhl - Yaya
2006	Conflit agropastoral Mbororo et Mboko ³⁰⁴
2007	Inondation / Epidémie cholera
2008	Sècheresse / Famine
2014	Arrivée de Boko Haram
2016	Explosion de poudrière à Mora
2018	Bitumage de la route nationale no. 1 / Création d'emploi
2018	Destruction de la récolte par les chenilles
2020	Pandémie Covid-19
2021	Faible production des arachides à cause de la faible pluviométrie et les attaques par les insectes
2022	Destruction de la récolte par les milles pattes

Tableau 14: Résumé des événements marquants dans le District sanitaire Tokombéré, d'après les souvenirs des participants aux groupes de discussion³⁰⁵

Les ménages déploient multiples stratégies d'adaptation quand les stocks alimentaires et les réserves financières commencent à diminuer. Dans la communauté Mandara, certains ménages ont développé une stratégie qui les permettent d'économiser leurs ressources, en achetant du mil rouge sur le marché au moment de la récolte – quand les prix sont très abordables – et utilisant leurs stocks récoltes au moment de pénurie.

Après la récolte, nous réservons une partie de la récolte pour la consommation en période de soudure, cette réserve peut durer 6 mois. Entre temps, de Janvier à Mai, nous achetons le mil au marché. Nous utilisons cette stratégie depuis 10 ans. »

Pourtant, dans une grande majorité de ménages, en premier temps, les femmes réduisent la qualité de repas, souvent sous forme de la réduction de la qualité de la sauce qui accompagne le couscous du mil rouge. Si habituellement la sauce se compose de la pâte d'arachides, des poissons secs et de niébé, les femmes réduisent le dosage de ces ingrédients pour rassasier tous les membres de ménage, sans leur offrir nécessairement le plaisir de manger. En deuxième temps, les femmes réduisent un nombre de repas par jour, conservant toujours la quantité de couscous du mil rouge consommé. Si les pénuries persistent, elles réduisent la quantité des portions, empruntant des aliments et/ou contractant des dettes pour pouvoir préparer des repas de base.

En parallèle, elles cherchent des activités génératrices de revenu pour rembourser des dettes et maintenir des relations conviviales avec les emprunteurs qui les permettra de bénéficier de leur aide à plus long terme. Parmi les activités génératrices de revenu, les femmes et les hommes préfèrent un travail journalier rénuméré qui à part d'un salaire les permet de bénéficier d'un repas offert au cours de la journée de travail. Ce travail étant disponible surtout pendant la saison pluvieuse – qui demande aussi un fort engagement de ménages sur leurs propres champs – un couple et/ou un homme seul en dédie approximativement deux jours par semaine, suivi par un jour dédié au petit commerce sur le marché principal.

³⁰³ L'espace cultivable le plus rentable a été annexé par les Mboko, laissant les Molko avec les parties de terre à très faible rendement. Ceci pousse les jeunes à quitter le village.

³⁰⁴ Les conflits agropastoraux entre éleveurs et cultivateurs surviennent pendant les périodes de récolte, ce qui décourage les travaux champêtres.

³⁰⁵ Les années mentionnées dans ce tableau peuvent être imprécises.

Si les sommes mobilisées ne suffisent pas à rembourser des dettes, les femmes vendent leurs biens dont elles bénéficiaient lors du mariage. Etant donné que ces articles sont les seuls biens dont la femme possède, leur vente est très bien réfléchie et plus souvent déployée pour payer les frais de santé en cas de grave maladie de leurs enfants.

Dans les communautés chrétiennes/animistes, où les femmes sont plus susceptibles de ne pas bénéficier d'un support optimal de la part de leurs maris (Cf. T. Faible support aux femmes), les participants aux groupes de discussion ont constaté une existence d'un nombre des stratégies d'adaptation négatives que la population déploie à court ou plus long terme. Parmi ces stratégies, un nombre d'enfants, les rapports sexuels, les dots ou l'abus d'alcool ont été citées.

Dans certaines communautés, les femmes peuvent tenter de remplacer un manque de soutien de la part de leurs maris par un prospect de soutien de leur progéniture, surtout à l'âge avancée (Cf. Taille de ménage). D'après eux, un nombre croissant d'enfants que la femme accouche augmente ses chances d'être convenablement prise en charge et, par conséquent, de survivre. Pourtant, elles disposent des ressources limitées pour assurer le bon développement de leurs enfants, surtout en lien avec le développement des liens affectifs et l'éducation formelle qui faciliteraient l'achèvement de leurs objectifs. De cette manière, les femmes sous-estiment l'indispensabilité de leur investissement sous poids de leurs besoins insatisfaits et des craintes d'abandonnement et de manque de soutien en vieillesse.

Dans les autres communautés, les femmes préfèrent de quitter les unions où l'homme néglige ses responsabilités et ainsi regagnent leur statut des femmes célibataires. Ceci leur permet de bénéficier d'un support financier ou alimentaire de leurs maris et/ou d'autres hommes en parallèle qui essaient de les (re)conquérir. Les rapports sexuels font partie de cet échange et peuvent conduire aux grossesses non-planifiées (Cf. C. Faible espacement des naissances / grossesses précoces/non désirées), aggravant davantage des circonstances auxquels les femmes font face.

« Il arrive que les femmes parties chez leurs parents continuent d'avoir des relations intimes avec leurs ex-maris car les maris essaient de les reconquérir avec des vivres et des petites sommes d'argent. En plus de cela, elles ont l'opportunité de fréquenter d'autres hommes et de recevoir des privilèges auprès d'eux. Les relations intimes avec les ex-maris qui aboutissent à la grossesse ne sont pas mal perçues par la communauté. Une fois que l'enfant atteint l'âge de 3 ans, il est ramené chez son père et placé sous la garde de la première épouse. »

Les filles de ces femmes peuvent se trouver à plus grand risque de mariages dotés (Cf. C. Faible espacement des naissances / grossesses précoces/non désirées). D'ailleurs, les hommes ainsi que les femmes font recours à l'alcool afin de temporairement « oublier leurs soucis » quand le poids de leurs responsabilités leur dépasse, sans oublier la capacité de l'alcool d'atténuer leur faim (Cf. F. Bien-être du donneur de soins).

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, un tiers de femmes (n=7) dans l'échantillon (N=23) ont signalé des chocs au niveau de ménage pendant la grossesse. Dans la plupart de cas, ces chocs ont été liés à leurs époux en tant que chefs de ménage avec des conséquences importantes sur le support accordé aux femmes. Les chocs cités comprennent le départ de mari en migration, la perte de l'activité génératrice de revenu (chômage), l'accident routier, le décès ainsi que des problèmes conjugaux et/ou le divorce. Un nombre de femmes a signalé des chocs pendant la période d'allaitement (4) ou lors de l'introduction des aliments de complément (3).

Clivage intergénérationnel

« Les jeunes taxent les vieux d'être des personnes archaïques et non civilisées, ils disent que ces histoires sont anciennes et ils veulent suivre leur chemin sans demander d'aide. Ils ne savent pas qu'ils empruntent le mauvais chemin. »

Dans une société, les traditions créent un pont entre les générations, constituant des liens entre les jeunes et les aînés comme ils apprennent et perpétuent leur vision du monde. Dans les communautés chrétiennes/animistes – qui perdent ses traditions ancestrales – cette mission devient épineuse. Les aînés constatent une crise des valeurs

- et le changement de l'ordre social - qu'ils accordent surtout aux effets négatifs de la religion chrétienne, de l'éducation formelle et/ou la démocratie.

« Les rites font partie de nos valeurs mais ces dernières s'effritent progressivement à cause de la religion qui les interdit. Par exemple, faire de rites sur la tombe de nos dieux est interdit par l'église. Les sacrifices ne sont offerts qu'au moment des événements spéciaux, tels que le mécontentement des dieux exprimé à travers des fortes tempêtes, de la faible pluviométrie, de la sécheresse ou du faible rendement des récoltes. Les jeunes font un tri de traditions pour fusionner avec l'église. Ils pensent d'être plus sages que leurs parents parce qu'ils sont scolarisés et mieux connectés au monde extérieur. Ils ne s'intéressent pas trop à nos valeurs, ils nous manquent de respect mais nous n'avons plus le pouvoir de les discipliner. Si on le tente, on peut les perdre pour toujours. »

Si auparavant toute la communauté a veillé à la discipline des enfants, de nos jours cette obligation ne revient qu'aux parents. Pourtant, ces derniers ne disposent pas de temps pour accorder à l'instruction de leur progéniture faute de pressions de vie actuelle.

« Avant nos parents avaient plus de temps pour leurs enfants. Ils les conseillaient, ils discutaient la vie, l'avenir. Ils étaient attentionnés, ils interagissaient avec nous avec beaucoup de sentiment et nous les obéissions. De nos jours, avec la lutte pour la survie, avec la charge de nos occupations et préoccupations, ce n'est pas le même en termes d'interactions, nous parlons moins avec nos enfants. Les liens affectifs entre les pères et fils, mères et filles ont diminué. Les jeunes ne cherchent pas des conseils auprès des aînés, ils demandent leurs amis. »

D'ailleurs, les parents n'arrivent plus satisfaire les besoins de leurs enfants, les poussant vers l'indépendance financière précoce qu'ils regrettent après.

« Auparavant, quel que soit le niveau de pauvreté, les parents avaient pour devoir de doter la première femme de leurs fils. Maintenant, ils se désresponsabilisent et poussent les jeunes de se débrouiller pour fonder leurs foyers - et même satisfaire des besoins financiers de leurs parents. Ainsi, les jeunes quittent leurs parents très tôt, sevrés brusquement des habitudes de leur village. Il est très difficile de les recadrer après. »

Délaissés, les jeunes ne veulent plus écouter les aînés. Ceci concerne particulièrement les enfants d'épouses qui quittent l'union, se trouvant sans soins et support appropriés. Appartenant à leurs pères, ces enfants deviennent un poids pour la famille qui continue à s'agrandir à travers les efforts reproductifs d'autres épouses dans le ménage. Les ressources déjà limités sont réparties de manière inéquitable parmi les enfants des épouses présentes dans le ménage, assurant leur alimentation et scolarisation en priorité. Face à l'injustice, aux besoins de base insatisfaits, accentués par des « envies de modernisme », surtout les appareils téléphoniques, certains jeunes peuvent s'organiser pour voler des biens de leurs parents pour atteindre leurs objectifs.

Le clivage intergénérationnel est moins visible dans les communautés musulmanes qui n'ont pas traversé la conversion vers une autre religion au cours de la dernière cinquantaine. Suivant l'ordre social clairement défini par le Coran, ces communautés semblent mieux ancrées et ainsi plus résilientes aux pressions de la modernisation. Seulement dans la communauté Mandara on a pu observer la manipulation des saintes écritures afin d'absorber les pratiques animistes (Cf. Annexe H).

EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE

N. ACCESSIBILITÉ, DISPONIBILITÉ ET QUALITÉ DE L'EAU INADÉQUATES AU NIVEAU DES MÉNAGES

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la littérature scientifique ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la revue des données secondaires pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des analyses de données secondaires (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	+
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	++
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+
Interprétation globale	++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
Accès à l'eau potable	61.0% (ECAM 2014)	44.6% (ECAM 2014)	53.8% (ECAM 2014)
	45.3% (ECAM 2007)	27.7% (ECAM 2007)	28.3% (ECAM 2007)
	50.5% (ECAM 2001)	31.3% (ECAM 2001)	41.9% (ECAM 2001)

Source d'eau améliorée	78.8% (EDS 2018) 72.9% (MICS 2014)	57.3% (EDS 2018) 54.2% (MICS 2014)	75.7% (EDS 2018) 63.7% (MICS 2014)
Temps de trajet pour s'approvisionner en eau 30 minutes +	10.9% (EDS 2018) 27.9% (MICS 2014)	15.2% (EDS 2018) 34.2% (MICS 2014)	27.4% (MICS 2014)
Aucun traitement d'eau	85.2% (EDS 2018)	89.9% (EDS 2018)	

Facteurs de risque¹⁹: Accès difficile à la source d'eau potable (MA)³⁰⁶, consommation de l'eau de la source d'eau non-améliorée (IP)³⁰⁷, gestion de l'eau à risque (RC)³⁰⁸

Facteurs de protection¹⁹: traitement de l'eau (MA)³⁰⁹

- Points d'eau (Mayo Sava): forages 48,6%, puits non protégés 34,5%³¹⁰ ; Les points d'eau potables sont surexploités ou en panne, ceux qui fonctionnent n'arrivent pas à couvrir les besoins en eau de la population en croissance constante.³¹¹ La commune de Tokombéré dispose 119 forages et 7 puits plus au moins modernes (dont 31 sont non-fonctionnels) qui couvrent 40% de besoins actuels.³¹²
- Barrières géographiques : Distance au point d'eau EN: <30 minutes : 82%, >30 minutes : 18%³¹³, distance est généralement <1 km³¹⁴ ;
- Barrières temporelles : attente de longues heures pour s'approvisionner en eau potable³¹⁵ ;
- Barrières financières : eau potable est payante dans les grands centres³¹⁶ ;
- Barrières socio-culturelles : Les femmes adultes sont, en majorité, affectées à la tâche de collecte d'eau.^{317 318} L'investissement en temps pour la collecte de l'eau affecte leurs capacités à s'engager dans des activités génératrices de revenus.³¹⁹
- Barrières de qualité : Le traitement d'eau avant de la boire 50%, plus répandus parmi les déplacés que parmi les hôtes.³²⁰

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les données SMART 2017 n'ont pas inclus les indicateurs relatifs à l'accès à l'eau (Cf. Annexe E & F). Malgré la disponibilité de ces indicateurs dans les bases de données MICS 2014, les associations statistiques significatives avec quel que soit la forme de la sous-nutrition n'ont pas été observées (Cf. Annexe A & B). D'après la régression logistique de données EDS 2018 les enfants vivant dans les ménages avec l'accès à la source d'eau non-améliorée avaient un risque plus élevé d'émaciation ($p=0.044$) (Cf. Annexe C).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

³⁰⁶ World Food Programme.

³⁰⁷ Tanang Tichoula, 'Facteurs Explicatifs De La Malnutrition Des Enfants De Moins De Cinq Ans Au CamerounN'.

³⁰⁸ Kouassi, 'Link NCA. Populations Hotes et Refugiees Des Zones Frontalieres de l'Adamaoua et de l'Est Publication: Juin 2018'.

³⁰⁹ Kouassi.

³¹⁰ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

³¹¹ Laouan, 'Analyse Rapide Genre - Déplacement de Populations Dans Les Arrondissements de Tokombere et Mora - Extrême Nord Cameroun - Juillet 2015'.

³¹² République du Cameroun, 'Plan Communal de Developement (PCD) de La Commune De Tokombere'.

³¹³ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

³¹⁴ Cameroon Red Cross, IFRC, and Swedish Red Cross, 'Rapport d'Evaluation Des Vulnerabilites et Capacites Mayo-Sava, Mayo-Tsanaga, Diamare Extreme Nord Du Cameroun Octobre-Novembre 2019'.

³¹⁵ Laouan, 'Analyse Rapide Genre - Déplacement de Populations Dans Les Arrondissements de Tokombere et Mora - Extrême Nord Cameroun - Juillet 2015'.

³¹⁶ Laouan.

³¹⁷ UN Women and Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, 'Cameroun Profile Genre-Pays'.

³¹⁸ Njupuen Njiembokue, 'Insécurité Alimentaire Et Stratégies D'adaptation Dans Les Régions De L'extrême-Nord et de L'est Du Cameroun'.

³¹⁹ ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

³²⁰ Cameroon Red Cross, IFRC, and Swedish Red Cross, 'Rapport d'Evaluation Des Vulnerabilites et Capacites Mayo-Sava, Mayo-Tsanaga, Diamare Extreme Nord Du Cameroun Octobre-Novembre 2019'.

« L'eau dans notre communauté est très importante. Contrairement aux blancs, chez nous on ne dit pas que l'eau c'est la vie, on dit que l'eau dépasse la vie car c'est à partir de l'eau – sperme - que naît la vie. »

Les observations lors de l'étude qualitative ont démontré un accès déséquilibré aux points d'eau. Alors que certains villages disposaient de plusieurs forages, d'autres dépendaient des points d'eau non-aménagés, tels que les rivières et/ou puits ouverts. La qualité d'eau dans les forages a été jugée meilleure par rapport l'eau des sources non-aménagées, pourtant la propreté de l'environnement autour des points d'eau était considérée non-optimale quel que soit le type de source. A part des déchets à proximité, les animaux s'abreuvant à côté des points d'eau défèquent sur place et contamine des eaux stagnantes. Dans les communautés avec multiples forages la distance vers les points d'eau ne dépassait pas 500 m mais elle s'étendait à plus de 3 km dans les communautés avec les points d'eau non-aménagés. Le temps d'attente au point d'eau était jugé long (1-2 heures) ou très long (3-4 heures), dépendamment du débit de la source. L'eau est puisée par les femmes et les enfants qui la transporte majoritairement dans les bidons sur leurs têtes. La propreté des bidons observés a été jugée non-optimale alors qu'ils n'étaient pas lavés avant le remplissage. Dans les ménages, l'eau est stockée dans les canaris qui sont rarement lavés et l'eau y stockée n'est pas traitée. L'eau puisée dans les forages est considérée appropriée pour la consommation directe. Certains membres de ménages, surtout les enfants, ont été observé de plonger quel que soit le gobelet dans les canaris, potentiellement contaminant toute eau conservée.

« Chez nous ont dit que l'eau est plus importante que l'argent alors l'importance de l'eau n'est plus à démontrer. Tous les individus – les hommes, les femmes et les enfants - l'utilisent. Nous utilisons l'eau pour boire, faire la cuisine, se laver et même pour construire nos maisons. L'accès à l'eau dans notre quartier est très difficile car nous n'avons qu'un seul forage pour toute la communauté et pour avoir de l'eau il faut passer des heures dans la file d'attente. Cela représente une lourde charge pour nos femmes et nos enfants qui sont responsables d'aller chercher de l'eau. En saison sèche, l'accès à l'eau est plus difficile car tous les fleuves tarissent, or en saison pluvieuse tous les cours d'eau sont inondés. En moyen, chaque ménage récupère entre 100 et 150 litres par jour en saison sèche et environ 200 litres par jour en saison pluvieuse. »

Dans les communautés avec l'accès aux forages, les ménages contribuent entre 1.000 et 2.000 FCFA par an pour assurer le maintien et l'assainissement du forage par le comité d'eau.

O. FAIBLES PRATIQUES D'ASSAINISSEMENT

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)</i>	-
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	-
Catégorisation par l'équipe qualitative	+
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	-
Interprétation globale	+

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
Installations sanitaires améliorées	61.3% (EDS 2018)	31.3% (EDS 2018)	34.0% (ENSAN 2021)
	40.4% (ECAM 2014)	28.8% (ECAM 2014)	33.7% (EDS 2018)
	31.7% (ECAM 2007)	13.1% (ECAM 2007)	14.3% (MICS 2014)
	44.7% (ECAM 2001)	27.4% (ECAM 2001)	20.9% (ECAM 2014)
			5.3% (ECAM 2007)
			27.2% (ECAM 2001)

Pourcentage d'enfants dont on s'est débarrassé des selles de manière hygiénique	66.1% (EDS 2018) 70.6% (MICS 2014)	61.4% (EDS 2018) 58.9% (MICS 2014)	77.5% (EDS 2018) 60.5% (MICS 2014)
Défécation à l'air libre			12.8% (EDS 2018) 13.1% (CFSVA 2017)

Facteurs de risque¹⁹: Accès difficile aux installations sanitaires (MA)³²¹, type de toilette en milieu rural (IP)^{322 323}

- La possession et l'utilisation des latrines ne sont pas systématiques. Dans certaines communautés des usages traditionnels interdisent l'usage des latrines.³²⁴ Cette situation favorise la pratique de la défécation à l'air libre.^{325 326} Distance à la latrine <500m : 95% des ménages, 76% utilise des latrines à fosse simple et 24% des latrines à trou foré.³²⁷ 65.5% de ménages dans le quintile économique le plus n'ont pas de latrines/toilettes à l'intérieur de la maison³²⁸
- L'approche toilette sexospécifique est quasi inexistante. Les facilités d'accès et le lieu d'implantation des infrastructures d'assainissement ne sont pas de nature à garantir la sécurité et l'intimité des femmes et des filles.^{329 330} avec le risque de violence pour les femmes et les filles qui doivent s'isoler loin dans la brousse ou la nuit pour leurs besoins.³³¹

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Malgré la disponibilité d'indicateurs relatifs aux pratiques d'assainissement dans les bases de données MICS 2014 et EDS 2018, les associations statistiques significatives avec quel que soit la forme de la sous-nutrition n'ont pas été observées (Cf. Annexe A - D). Les données SMART 2017 n'ont pas inclut les indicateurs relatifs aux pratiques d'assainissement (Cf. Annexe E & F).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Les observations lors de l'étude qualitative n'ont pas démontré une présence systématique des latrines dans les communautés visitées. Dans certains quartiers, les latrines n'étaient pas du tout disponibles et/ou le quartier disposait d'un petit nombre pour toute sa population. Parmi les latrines observées, la majorité était simple (trou + dalle) dont propreté était jugée non-optimale. L'assainissement est considéré comme une affaire des femmes et des filles et les hommes s'en occupent rarement.

« Nous n'avons pas des latrines ici. Quand nous les construisons, elles s'écroulent aussi tôt et de ce fait nous déféquons dans la nature. Pour cela nous mettons plus d'accent sur l'assainissement du forage. »

P. FAIBLES PRATIQUES D'HYGIENE PERSONNELLE

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	+

³²¹ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

³²² Tanang Tichoula, 'Facteurs Explicatifs De La Malnutrition Des Enfants De Moins De Cinq Ans Au CamerounN'.

³²³ Faible association.

³²⁴ United Nations International Children's Emergency Fund, 'Evaluation Rapide Des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) Dans Les Régions Du Nord et Extrême-Nord Du Cameroun'.

³²⁵ ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

³²⁶ Laouan, 'Analyse Rapide Genre - Déplacement de Populations Dans Les Arrondissements de Tokombere et Mora - Extrême Nord Cameroun - Juillet 2015'.

³²⁷ Cameroon Red Cross, IFRC, and Swedish Red Cross, 'Rapport d'Evaluation Des Vulnerabilites et Capacites Mayo-Sava, Mayo-Tsanaga, Diamare Extreme Nord Du Cameroun Octobre-Novembre 2019'.

³²⁸ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

³²⁹ ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

³³⁰ Laouan, 'Analyse Rapide Genre - Déplacement de Populations Dans Les Arrondissements de Tokombere et Mora - Extrême Nord Cameroun - Juillet 2015'.

³³¹ Laouan.

Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	-
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	-
Catégorisation par l'équipe qualitative	+
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	-
Interprétation globale	+

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
Lavage des mains – point d'eau observé	95.8% (EDS 2018)	95.7% (EDS 2018)	92.1% (EDS 2018)
Eau disponible au point d'eau	61.5% (EDS 2018)	56.9% (EDS 2018)	59.4% (EDS 2018)
Savon disponible au point d'eau	42.3% (EDS 2018)	27.8% (EDS 2018)	14.4% (EDS 2018)

- Les femmes et les filles sont les principales utilisatrices, pourvoyeuses et gestionnaires de l'eau dans les ménages. Elles constituent ainsi les gardiennes des normes d'hygiène dans leurs foyers. Une « bonne femme » devrait d'ailleurs le faire assez aisément.³³²
- 79% des enquêtés n'ont pas de station de lavage à côté des latrines. 65% dit qu'ils se lavent les mains avant de manger et 14% après avoir fait ses besoins.³³³ Pourtant, le lavage des mains avant la préparation du repas de l'enfant et après avoir été aux toilettes n'a pas observé.³³⁴ Chez les populations musulmanes, le lavage des mains se fait de façon systématique mais pas avec les détergents préconisés par les pouvoirs publics.³³⁵ Des perceptions culturelles que : « *l'homme noir ne meurt pas de saleté* » persistent.³³⁶
- L'hygiène menstruelle demeure un sujet sensible. Les menstruations sont communément assimilées à la saleté, les filles et femmes durant cette période sont systématiquement écartées des activités de groupe. Elles utilisent souvent des feuilles d'arbre, des éponges ou des morceaux de tissus, qu'elles nettoient avec du savon.³³⁷

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Malgré la disponibilité d'indicateurs relatifs aux pratiques d'hygiène dans les bases de données MICS 2014 et EDS 2018, les associations statistiques significatives avec quel que soit la forme de la sous-nutrition n'ont pas été observées (Cf. Annexe A - D). Les données SMART 2017 n'ont pas inclut les indicateurs relatifs aux pratiques d'hygiène (Cf. Annexe E & F).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

« *Chez nous, le lavage des mains est interdit parce qu'en lavant des mains tu te laves ta richesse.* »³³⁸

Les observations lors de l'étude qualitative ont démontré que, de manière générale, la population a tendance de se laver des mains avant la cuisson des aliments et/ou avant de manger mais l'utilisation du savon n'est pas systématique. Le lavage des mains après la toilette dépend de lieu de défécation mais les points de lavage des mains dans la proximité des latrines n'ont pas été observés. Il est estimé que le lavage des mains en cas de défécation à l'air libre est quasiment non-existent. Le lavage des mains après la gestion des selles de l'enfant (jetées « dans la nature ») a été observée chez certaines femmes, néanmoins, la propreté des enfants de moins de 5 ans et/ou de leurs vêtements a été majoritairement jugée non-optimale.

³³² ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

³³³ Cameroon Red Cross, IFRC, and Swedish Red Cross, 'Rapport d'Evaluation Des Vulnerabilites et Capacites Mayo-Sava, Mayo-Tsanaga, Diamare Extreme Nord Du Cameroun Octobre-Novembre 2019'.

³³⁴ Tchoupano Ndjidda, Malnutrition et pratiques alimentaires dans la socio-culture moundang : ethnographie du quotidien des enfants malnutri-e-s de moins de cinq ans, <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/nord-cameroun/chapter/chapter-1/>

³³⁵ United Nations International Children's Emergency Fund, 'Evaluation Rapide Des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) Dans Les Régions Du Nord et Extrême-Nord Du Cameroun'.

³³⁶ United Nations International Children's Emergency Fund.

³³⁷ ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

³³⁸ Tradition Mouyang.

Q. FAIBLES PRATIQUES D'HYGIENE D'ALIMENTS ET D'ENVIRONNEMENT

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶²	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	-
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	-
Interprétation globale	+

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Facteurs de risque¹⁹: nourriture préparée non couverte ou des ustensiles de cuisine non lavés (RC)³³⁹, présence d'animaux ou d'excréments d'animaux à proximité de l'enfant (RC)³⁴⁰

- Conditions d'hygiène environnementale sont très faibles avec une pléthore des mouches, des immondices visibles partout ; la situation que la saison des pluies complique avec les flaques d'eau sales, nids des moustiques ou autres vecteurs de maladie.³⁴¹
- Persistance des perceptions culturelles que la proximité des individus avec le bétail et autres animaux domestiques ne pose pas un danger sanitaire ³⁴²;

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les données MICS 2014, SMART 2017 et EDS 2018 n'ont pas inclus les indicateurs relatifs aux pratiques d'hygiène alimentaire et environnementale (Cf. Annexe A - F).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Les observations lors de l'étude qualitative ont démontré que les espaces de jeu de l'enfant ont été non-aménagés et visiblement sales. Les enfants ont été observés d'interagir avec les animaux domestiques sans précautions hygiéniques. La présence des animaux et/ou de leurs excréments dans la cour a été systématiquement observée. Dans quelques cas, les animaux et/ou leurs excréments ont été aussi observés à l'intérieur des maisons. La propreté des cuisines a été jugée non-optimale avec des animaux rentrant dans ces espaces pour manger et/ou boire des récipients destinés à la consommation humaine. Les déchets jetés librement « dans la nature » ont été aussi visibles à l'intérieur des cours, emportés par force du vent.

GENRE

Les croyances, perceptions et représentations sociales de l'homme et de la femme sont bien stéréotypées. L'image de l'homme exemplaire est associée à la responsabilité, traduite par la capacité de l'homme à assurer l'habitat, la sécurité, la scolarité des enfants et l'alimentation. L'image première qui est associée à la femme exemplaire, c'est d'abord la soumission à son mari et le respect de celui-ci. Elle doit prendre soin de sa famille (ménage, repas, éducation des enfants).³⁴³

Les normes sociales discriminatoires à l'égard des femmes sont reflétées dans leur forme la plus visible à travers la persistance de coutumes et traditions patriarcales et la division

³³⁹ Kouassi, 'Link NCA. Populations Hotes et Refugiees Des Zones Frontalieres de l'Adamaoua et de l'Est Publication: Juin 2018'.

³⁴⁰ Kouassi.

³⁴¹ Laouan, 'Analyse Rapide Genre - Déplacement de Populations Dans Les Arrondissements de Tokombere et Mora - Extrême Nord Cameroun - Juillet 2015'.

³⁴² United Nations International Children's Emergency Fund, 'Evaluation Rapide Des Pratiques Familiales Essentielles (PFE) Dans Les Régions Du Nord et Extrême-Nord Du Cameroun'.

³⁴³ ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

traditionnelle du travail au sein du ménage, attribuant des rôles et responsabilités d'exécution aux femmes et de contrôle/décision aux hommes.³⁴⁴

Le contexte sécuritaire engendre de nouvelles préoccupations dans les rapports de genre. Les crises humanitaires ont amplifié l'inégalité de pouvoir existante entre les hommes et les femmes. L'absence de loi et d'ordre, associée à des besoins essentiels non satisfaits, expose les femmes et les filles à des risques nouveaux. De plus, les pratiques traditionnelles néfastes telles que le mariage précoce augmentent dans les contextes humanitaires.³⁴⁵

La population des jeunes des régions septentrionales est particulièrement vulnérable à la délinquance et à l'enrôlement dans les groupes terroristes. Ce phénomène s'est développé à cause des niveaux de pauvreté élevés et de chômage ainsi que la faible éducation (accès et qualité). Les frustrations de nombreux jeunes (instrumentalisée par l'élite politique et incapables de se réaliser), la mauvaise interprétation des textes sacrés et les incitations économiques sont de plus en plus utilisées pour persuader les jeunes chômeurs de rejoindre leur cause.³⁴⁶

R. CHARGE DE TRAVAIL ELEVÉE DES FEMMES

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	+
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+++
Interprétation globale	++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Facteurs de risque¹⁹: surcharge de travail des mères (RC)³⁴⁷

- La communauté pratique la division sexuelle du travail. Généralement, les femmes s'occupent du quotidien alors que les investissements de long terme relèvent de la responsabilité de l'homme. Les femmes assurent l'essentiel des activités domestiques (préparer les repas, chercher et stocker de l'eau, s'occuper de l'hygiène des enfants et de l'hygiène ménagère, prendre soin des personnes dépendantes).^{348 349} Elles assument de ce fait, les tâches liées à la cuisson du repas et sa distribution à l'ensemble des membres de la famille. Les hommes sont interdits de s'associer à la répartition du repas ou à la vaisselle et les tâches de cuisson sont considérées comme inappropriées pour eux. Par contre ils peuvent être assimilés aux activités d'achat et d'approvisionnement du ménage en produits alimentaires. « *C'est celui qui approvisionne sa famille* ». D'ailleurs, les hommes s'occupent des tâches qui nécessitent des efforts physiques et l'exposition en dehors de la maison, y compris les activités génératrices de revenu ou activités domestiques comme l'abattage des arbres pour la construction. « *Si un homme fait une activité dédiée à une femme, on se moque de lui* ». ³⁵⁰

³⁴⁴ UN Women and Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, 'Cameroun Profile Genre-Pays'.

³⁴⁵ UN Women and Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille.

³⁴⁶ République du Cameroun, 'Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) Au Cameroun'.

³⁴⁷ Kouassi, 'Link NCA. Populations Hotes et Refugiees Des Zones Frontalieres de l'Adamaoua et de l'Est Publication: Juin 2018'.

³⁴⁸ ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

³⁴⁹ Cameroon Red Cross, IFRC, and Swedish Red Cross, 'Rapport d'Evaluation Des Vulnerabilites et Capacites Mayo-Sava, Mayo-Tsanaga, Diamare Extreme Nord Du Cameroun Octobre-Novembre 2019'.

³⁵⁰ ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

- Les femmes consacrent en moyenne 8,2 heures de plus par semaine que les hommes aux travaux domestiques non rémunérés (soit une journée normale de travail). Cet investissement en temps pour les activités au sein du ménage affecte les possibilités d'autonomisation des femmes et d'accès aux activités génératrices de revenus.³⁵¹

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les données MICS 2014, SMART 2017 et EDS 2018 n'ont pas inclut les indicateurs relatifs à la charge de travail des femmes (Cf. Annexe A - F).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Répartition des tâches et responsabilités au ménage

« L'homme est le chef de ménage. Il est un garant des rituels. Il conseille et protège sa famille. Le rôle de la femme est de seconder son mari dans l'accomplissement de ses missions. Le respect de l'homme se traduit à travers la capacité de la femme de s'occuper de son mari, de son foyer et de ses enfants. »

Les principales responsabilités des hommes incluent l'approvisionnement de ménage en aliments (à travers l'agriculture et/ou autres activités génératrices de revenu), la prise en charge d'autres coûts relatifs au ménage, y compris les frais de santé et les frais de scolarisation, entre autres, et la construction et/ou la réhabilitation des maisons et des enclos. Les hommes sont aussi responsables de la transmission aux enfants des valeurs sociales et culturelles ainsi que de leur initiation aux travaux champêtres. Pourtant, les hommes trouvent qu'il est de plus en plus difficile d'atteindre leurs responsabilités dû à l'augmentation de coût de vie, alors qu'ils travaillent plus que leurs ancêtres.

« Le poids de responsabilité pour le ménage ne cesse qu'augmenter même si nous travaillons plus. Les champs sont plus couteux, les frais scolaires sont plus élevés, la construction de la maison a été aussi plus simple - avant on a construit en pierre et paille, maintenant il faut une tôle et les briques, les frais de santé sont considérables et imprévisibles...»

Les enfants, quant à eux, sont censés d'appuyer leurs parents dans divers domaines, notamment en puisant de l'eau et en gardant le bétail. Pendant la saison pluvieuse, ils assistent aux travaux agricoles. Les enfants doivent obéir et respecter les parents, aidant à la construction de la communauté sous l'égide des parents.

« La femme doit beaucoup travailler parce qu'elle a été dotée par l'homme. »

Les principales responsabilités des femmes incluent les soins d'enfants et l'exécution des tâches ménagères, telles que l'approvisionnement du ménage en eau et bois de chauffe, le nettoyage de la maison et de la cour, y compris la vaisselle et la lessive, et la préparation des repas familiaux. Les hommes s'engagent dans les tâches ménagères seulement quand la femme est malade, sauf si la coutume communautaire l'interdit complètement. Pendant la saison pluvieuse, les femmes s'engagent aussi dans les travaux champêtres alors que pour le reste de l'année elles peuvent être attendues de contribuer à la génération de ressources financières à travers des activités de petit commerce. Les femmes estiment que leur charge de travail est très élevée, surtout dans les ménages où la femme doit absorber la responsabilité pour la génération de revenu.

« Nous nous sentons très surchargées car nous nous réveillons aussitôt qu'à 4h du matin, nous balayons la maison, puisons de l'eau, écrasons le mil et préparons le petit déjeuner. Ensuite, nous apprêtons les enfants pour l'école, lavons des assiettes et partons au marché ou au champ pour une bonne partie de la journée. A la rentrée vers 16h nous précipitons de préparer le repas du soir pour éviter un conflit potentiel avec nos maris si jamais le repas n'est pas prêt à l'heure. A la fin de la journée, nous nous lavons et attendons nos maris au lit malgré la fatigue. C'est notre obligation de les satisfaire à tout moment. »

Les femmes dans les ménages musulmans sont épargnées des responsabilités de la génération de revenu, et ainsi se sentent moins surchargées que les femmes dans les ménages

³⁵¹ ACF and CRF.

animistes/chrétiens. Pourtant, elles notent un déséquilibre de leur bien-être vu qu'elles ne contribuent plus autant à la génération de revenu que dans le passé.

« Selon l'islam, la femme devrait avoir une vie de reine mais nos circonstances nous obligent d'entreprendre quelques activités quand même. Nous ne cherchons pas de bois de chauffe et nous ne travaillons pas au champ comme les femmes dans les communautés avoisinantes. A l'époque, nous vendions du lait de vache et cet argent était utilisé pour aider le mari dans la ration du ménage et aussi pour acheter les petits besoins de la femme, comme les pagnes et les chaussures. Vu la diminution graduelle de notre bétail, nous avons perdu cette activité et le sens de la journée qui est venu avec. »

Parmi les tâches les plus éprouvantes, les femmes mentionnent la coupe de bois dû aux longues distances qu'elles doivent parcourir avec un fardeau lourd sur leurs têtes ainsi que les travaux champêtres, notamment quand les maris ne s'y engagent suffisamment.

« Dans la matinée, nous partons au champ ensemble avec nos maris et nos enfants mais nos maris n'y restent que quelques heures et puis ils nous abandonnent pour s'aller se reposer à la maison. C'est réellement décourageant, surtout quand au retour du champ à la fin de la journée, nous devons encore poursuivre avec nos travaux ménagers et s'occuper des enfants. Tout ceci nous épuise complètement, sans compter que nous devons assurer notre devoir conjugal au risque de réveiller la colère de l'homme. »

Evolution historique et saisonnière de charge de travail des femmes

Comparativement aux années antérieures, la charge de travail des femmes est plus élevée à présent. L'augmentation de la charge de travail est liée à un manque de soutien par les maris qui n'arrivent plus à couvrir les besoins financiers de leurs ménages, poussant ainsi les femmes d'absorber des responsabilités de la génération de revenu afin d'équilibrer les entrées et les sorties du budget de ménage.

*« *La charge de travail est maintenant plus élevée car il y a moins de champs et il faut chercher d'autres activités comme la vente de bois de chauffe et le petit commerce afin de pouvoir mobiliser tout argent pour acheter la nourriture. »*

D'ailleurs, un faible soutien des maris est aussi perçu lors des travaux champêtres, soit en absence totale de l'homme (à cause de la migration en grandes villes) et/ou en son désengagement partiel, renvoyant la responsabilité pour la finition des travaux à sa main d'œuvre, représentée par ses épouses et ses enfants. Certains participants ont aussi souligné que la charge de travail dû aux travaux champêtres était moins élevée dans le passé quand *« les terres étaient fertiles et les récoltes abondantes. »* Néanmoins, certaines améliorations, facilitant la charge de travail des femmes, ont été aussi observées au cours des années.

« Auparavant les femmes devaient aller loin de leurs maisons pour chercher de l'eau. Elles devaient écraser le mil à la main. Maintenant, ces tâches sont allégées parce qu'on a des forages et des moulins à notre disposition. »

De point de vue de l'évolution saisonnière, les femmes constatent que leur charge de travail est plus élevée surtout pendant la saison pluvieuse dû aux travaux champêtres. Pendant cette période, elles ne trouvent pas assez de temps pour prendre soins de leurs enfants ni en termes d'alimentation ni en termes d'hygiène, ce qui leur expose aux maladies infantiles.

« Nous préparons les repas à 4h du matin quand les enfants dorment encore et nous partons aux champs avant qu'ils se réveillent. Quand nous revenons du champ dans l'après-midi, ils dorment déjà. Ainsi, ils peuvent passer toute la journée sans être bien lavés, bien nourris même si nous laissons des instructions à ceux qui les gardent. »

Lors de la grossesse, la charge de travail des femmes ne diminue pas. Les femmes gardent le même rythme et effectuent toutes leurs tâches ménagères et champêtres. Après l'accouchement, les femmes peuvent bénéficier de l'assistance de leur entourage (sœurs/belles-sœurs, mères/belles-mères, tantes) mais ceci ne dépasse pas souvent quelques jours. Dans les ménages vulnérables, la femme reprend ses activités le jour de l'accouchement. Néanmoins, elle peut bénéficier de l'assistance d'autres femmes dans le quartier en ce qui concerne le puisage de l'eau pendant une semaine. Dans les ménages plus aisés, les femmes peuvent bénéficier du support pendant 40 jours.

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, plus d'une moitié de femmes (n=12) dans l'échantillon (N=23) se sont plaintes de la surcharge de travail pendant la grossesse et plus d'un tiers de femmes (n=8) ont regretté une charge de travail élevée pendant la période d'allaitement. Dans la plupart de cas il s'agit de femmes qui n'ont pas pu bénéficier de support approprié de leur entourage (Cf. T. Faible support social des femmes).

Famille et mariage

« La vie en couple est bien règlementée - l'homme et la femme ont chacun ses rôles et responsabilités comme les dents et la langue dans la bouche. Ils sont censés cohabiter ensemble. »

Les unions ont tendance d'être polygames, sans distinction de religion ou d'ethnie, et coutumiers qui résulte en certaine fluidité dans les relations homme-femme, notamment en ce qui concerne la constitution et la dissolution des mariages. Les mariages civils sont perçus comme couteux et administrativement lourds, notamment en cas de divorce.

Certaines communautés observent une diminution de mariages polygames pour des raisons économiques ou pour des raisons de virilité³⁵² alors que d'autres évoquent le contraire. Quel que soit la tendance déviante des pratiques ancestrales, le changement bouscule l'ordre social qui doit s'adapter en conséquence. Dans les communautés antérieurement plutôt monogames qui adoptent graduellement la polygamie, les femmes soulignent l'instabilité des relations et un manque de soutien par les hommes qui ne reconnaissent pas suffisamment leurs responsabilités conjugales.

« A l'époque nos parents ne contractaient pas la polygamie, ils étaient tous monogames, alors que de nos jours il suffit que la femme ne soit pas obéissante que l'homme précipite à épouser une autre femme en guise de vengeance. Il faut admettre que la faute est de notre côté, nous épousons une autre femme oubliant que la nouvelle femme viendra avec son lot d'enfants augmentant ainsi une charge financière. En ce moment, la vengeance constitue un sérieux problème nous plongeant dans un éternel recommencement. »

Dans les communautés antérieurement plutôt polygames qui se réduisent graduellement à la monogamie, les femmes évoquent surtout les conséquences de la vie sexuelle non-protégée, étant donné qu'elles sont seules à satisfaire les besoins sexuels de leurs maris à quel que soit le moment ils le désirent (Cf. Moyens contraceptifs).

De manière générale, un nombre croissant d'épouses augmente une valeur sociale de l'homme, ce qui est souvent un élément motivant pour en prendre plusieurs. D'ailleurs, dans les communautés chrétiennes/animistes, les femmes représentent aussi une main d'œuvre qui permet d'augmenter la production des récoltes. Pourtant, les femmes insistent que les hommes soient majoritairement guidés par l'envie d'avoir autant de femmes qu'ils peuvent pour gagner un « badge d'honneur » dans leur entourage.

« Ils sont devenus très envieux, ils s'intoxiquent entre eux, ils disent que le vrai homme ne doit pas avoir une seule épouse et surtout il ne devrait pas répondre aux demandes de sa femme. »

La communauté a aussi observé un plus grand nombre de naissances de filles par rapport aux garçons et ainsi une transition vers la polygamie est en quelque sorte un mécanisme pour permettre à toutes les jeunes femmes de se marier un jour.

« La polygamie est plus répandue que la monogamie car il y a plus de femmes dans le village et pour résorber cet excès chaque homme devrait épouser autant de filles que possible. Une fille qui n'est pas mariée à l'âge de 20-25 ans représente un péché selon notre tradition. Comme conséquence, lors de disputes, nos maris nous retournent souvent que nous ne sommes pas les seules femmes sur terre. Le lendemain, ils nous présentent une nouvelle coépouse pour nous punir. »

La facilité d'entrer en mariage ainsi que la valeur basse de la dot contribue davantage à la prolifération de la polygamie dans les communautés concernées.

« Les hommes se lancent dans la polygamie car le mariage est très facile dans notre communauté, il n'y a pas de célébration de mariage. Il suffit de croiser une fille en route pour que le mariage soit contracté, il n'y a pas la dot généralement. Les hommes prennent les femmes en cachette dans la nuit. C'est au petit matin ou deux jours après que l'homme viendra se présenter à sa belle-famille, informer le père que sa fille est chez eux et lui offrir un cadeau ou du tabac traditionnel. Ce geste calme la colère du père et le rassure que ça fille est en sécurité. Le père ne pouvant pas récupérer sa fille après une nuitée passée dehors, le mariage est officialisé. A l'époque ce phénomène de mariage facile n'existait pas. De nos jours, même les jeunes hommes de 15 ans peuvent être déjà polygames car la polygamie est devenue une sorte de mode et mieux encore une sorte de concurrence entre les jeunes, et la jeune fille à un certain âge doit se marier car les parents cessent de la prendre en charge et elle se retrouve obligée de se marier. »

Le bas âge qui marque le début de la vie sexuelle de nos jours est lié à une baisse de l'âge au mariage. Si dans le passé les jeunes hommes se sont mariés à l'âge de 25 à 30 ans, aujourd'hui ils peuvent se marier aussitôt qu'à 18

³⁵² Les hommes Peuhls estiment qu'ils n'ont plus assez d'énergie pour satisfaire deux épouses depuis qu'ils ne consomment plus les amples quantités du lait de vache.

ans. Auparavant, les parents avaient la responsabilité de s'occuper de leur fils jusqu'à l'âge plus avancé comme l'acquisition de l'autonomie financière tardait et il fallait qu'ils lui trouvent une femme et des moyens financiers pour la dot. Aujourd'hui, les jeunes acquièrent leur autonomie financière très tôt (surtout à travers la migration) et peuvent faire le choix de leur épouse sans consentement de leurs parents. Afin d'éviter que les jeunes hommes vadrouillent, restent longtemps en migration et/ou se lancent dans la consommation des stupéfiants, les parents les responsabilisent aussitôt possible.

« Au temps de nos grands-parents, il fallait avoir au moins 25 ans pour qu'on te trouve une femme, mais aujourd'hui un gars à 14 ans a au moins 8 copines et peut être sexuellement active déjà sous le regard impuissant des parents. Ainsi, les parents l'obligent de se marier avant qu'il compromette leur réputation. Le même souci s'applique aux filles. Avec l'arrivée des marchés, les filles y restent tard dans la nuit pour vendre leurs marchandises et cela les expose aux grossesses non-désirées. Pour cette raison, il faut les marier tôt. »

Dans les communautés où la dot est requise, les participants aux groupes de discussions ont constaté une augmentation de sa valeur sous pression de l'augmentation générale de coût de vie, n'oubliant que la dot peut servir de stratégie de résilience dans les ménages financièrement vulnérables (Cf. M. Faibles stratégies de résilience). Par exemple, dans la communauté Molko la valeur de la dot dans le passé a été estimée à 5.000 FCFA, complétée par 10 chèvres à 200 ou 300 FCFA par tête. De nos jours, un homme est attendu à verser 150.000 FCFA aux parents et 100.000 FCFA à la fille qu'il désire de marier. La période de courtoisie (dragage) s'étend sur un ou deux mois, suivi par une période de fiançailles de 1 à 4 semaines. Une fois que le jeune couple se mette d'accord pour se marier, le fait est annoncé à la communauté et ceci témoigne la nouvelle union.

Dans la communauté Mandara, le coût de la dot varie entre 60.000 et 100.000 FCFA. Le futur mari fixe la date de la célébration du mariage et cela peut varier entre 6 mois et 2 ans, le temps pour le jeune homme d'être financièrement prêt pour la suite du mariage. Quelques jours avant le mariage, la mère de la future mariée reçoit un soutien financier et des ustensiles de cuisine pour l'aider à garnir le trousseau de la fille. Après que la famille de la mariée ait rattachée leur fille à son domicile conjugal, certains membres de la famille vont y séjourner pendant 7 jours pour soutenir la fille au début de son parcours matrimonial. Les repas sont cuisinés pendant 3 jours à la charge de cette famille avant que le relais ne soit pris par le mari à partir du 4^{ème} jour. Lors du mariage chez les Mandara, la famille de la mariée dépense plus car en plus de la cuisine qu'elle assure, il y a également des cadeaux à offrir à un jeune couple, et la somme perçue pour la dot ne couvre qu'une petite partie. Parmi les cadeaux, au moins le lit, le matelas, les draps, les ustensiles de la cuisine, la bouilloire doit être offert. Dans les familles aisées, on y ajoute le tapis, la télévision avec les amplificateurs de son et le ventilateur. Malgré le cout élevé, cela ne décourage pas la famille de la mariée car il est estimé préférable de s'endetter pour garder sa dignité que de subir la frustration s'il arrivait que la fille tombe enceinte avant le mariage.

En contraste avec les mariages arrangés dans le passé quand la fille n'avait pas le choix de sélection de son époux, la fille de nos jours est libre d'accepter ou refuser la proposition de mariage mais dès que la dot est perçue, l'homme a tous les droits sur elle car elle lui donne l'impression d'avoir acheté la fille.

Restrictions au mariage

Les mariages interethniques sont généralement tolérés mais l'acceptabilité de l'union dépend sur deux ethnies concernées. Par exemple, auparavant les mariages entre les Molko et les Mboko ou entre les Guidabaz et les Koutek n'étaient pas tolérés à cause d'un conflit entre les deux groupes. Actuellement, les litiges étant réparés, ces mariages peuvent être acceptés mais certaines familles peuvent toujours choisir les éviter.

« Le mariage entre les différents groupes sont acceptés de nos jours mais cela ne se faisait pas il y a 20 ans. Il y avait certaines familles qui ont connu l'esclavage auparavant et de ce fait il n'était pas accepté de marier une fille dans ces familles car ils étaient considérées inférieures et méprisées. »

Le mariage entre les cousins et les cousines était et demeure formellement interdit dans les communautés chrétiennes/animistes. S'il arrive que des jeunes commettent cet acte, ils sont expulsés du village jusqu'à leur mort. De même manière, les membres du même clan (ex. Palbara et Mouyengue) ou du même groupe ethnique (ex. Masama, Gapalam, Gueldewi et Makdavar) ne sont non plus autorisés à se marier.

« Les filles et les garçons du clan Gadray ne doivent pas être épousés car celui ou celle qui en épouse sera frappé d'une pauvreté extrême et d'une malchance sans fin. »

Pourtant, chez les Peuhls, le mariage incestueux est permis à l'exception d'un frère et d'une sœur de sang et d'un homme et de la femme de son propre père. La restriction peut aussi être appliquée à d'autres membres de ménage si allaités par la même mère.

Les mariages interreligieux sont généralement interdits aussi dans les communautés chrétiennes/animistes ainsi que dans les communautés musulmanes. Les exceptions sont possibles si les jeunes femmes acceptent de convertir à l'islam. Ceci n'est pas souvent praticable pour les jeunes hommes qui refusent d'être circoncis.

« Nos filles vont en mariage dans les autres communautés mais la condition est que le mari doit obligatoirement être musulman. Par contre, il est difficile de trouver nos filles mariées dans les communautés voisines car ces communautés sont dans des pratiques bizarres qui ne sont pas conformes aux valeurs de l'islam et depuis la nuit de temps cela a toujours existé. »

S. FAIBLE AUTONOMIE DES FEMMES / FAIBLE POUVOIR DE DÉCISION

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶²	+
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	+
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)</i>	-
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	++
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	-
Interprétation globale	+

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
Prise de décision - argent gagné par la femme - principalement la femme	53.8% (EDS 2018)	55.3% (EDS 2018)	74.7% (EDS 2018)
Prise de décision - argent gagné par l'homme - homme et femme ensemble	33.8% (EDS 2018)	30.8% (EDS 2018)	16.6% (EDS 2018)
Prise de décision- soins de santé de la femme - principalement la femme (*)	54.2% (EDS 2018)	46.1% (EDS 2018)	35.5% (EDS 2018)
Prise de décision- achats importants du ménage - principalement la femme (*)	56.9% (EDS 2018)	48.6% (EDS 2018)	35.8% (EDS 2018)
Prise de décision- visites à la familles ou amis - principalement la femme (*)	62.9% (EDS 2018)	54.8% (EDS 2018)	49.4% (EDS 2018)
Tous les trois décisions (*)	46.7% (EDS 2018)	39.1% (EDS 2018)	26.3% (EDS 2018)
Aucune décision	30.8% (EDS 2018)	39.0% (EDS 2018)	43.7% (EDS 2018)
Prise de décision - utilisation des moyens contraceptifs (utilisatrices)	26.0% (EDS 2018)	27.6% (EDS 2018)	38.9% (EDS 2018)
Prise de décision - utilisation des moyens contraceptifs (non-utilisatrices)	35.0% (EDS 2018)	35.9% (EDS 2018)	43.6% (EDS 2018)
Femme peut refuser les rapports sexuels avec son mari	66.8% (EDS 2018)	60.1% (EDS 2018)	58.4% (EDS 2018)

- Plus les femmes sont instruites et riches, plus elles partagent les décisions sur leurs propres revenus avec leurs maris. Par contre, le pouvoir de décision de la femme par rapport aux revenus de l'homme augmente avec le niveau de l'instruction et le quintile économique.³⁵³
- Les relations de pouvoir entre les femmes et les hommes sont généralement caractérisées par une relative domination. Les femmes peuvent contribuer en faisant des propositions, mais elles savent que ce sont les hommes qui décident.³⁵⁴
- Les parents n'interfèrent pas souvent ou alors très peu dans les choix des jeunes filles et garçons (choix scolaires et choix professionnels). Les hommes n'interviennent pas dans le choix des activités génératrices de revenus de leurs épouses (jardin, commerce et champ). Toutefois, les hommes ont le monopole de la prise de décision sur la mobilité des membres de la famille. Pour se déplacer, on sollicite et on obtient la permission du chef de ménage et sa bénédiction.³⁵⁵

³⁵³ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

³⁵⁴ ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

³⁵⁵ ACF and CRF.

- S'agissant de la participation des femmes dans les réunions qui se tiennent dans les espaces publics, les choses semblent évoluer de façon significative. Toutefois, les femmes restent peu représentées dans les instances de prise de décision au niveau communautaire notamment dans les chefferies. Également, lorsque les questions magico-religieuses entrent en cause, les restrictions sont plus fortes. « *Les femmes ne partent pas aux lieux des initiés en brousse parce que ça leur porte malheur* ». ³⁵⁶

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les données MICS 2014 et SMART 2017 n'ont pas inclut les indicateurs relatifs au pouvoir décisionnaire des femmes (Cf. Annexe A, B, E & F). Malgré la disponibilité d'indicateurs dans les bases de données EDS 2018, les associations statistiques significatives avec quel que soit la forme de la sous-nutrition n'ont pas été observées (Cf. Annexe C & D).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Répartition de pouvoir de décision au sein de ménage

« *Chez nous l'homme est supérieur à la femme. Mais de nos jours, la femme cherche à être supérieur à l'homme. L'école rend la femme insolente.* »

L'homme est seul à prendre les décisions au nom de ménage. Il peut quelque fois se concerter avec son épouse mais le dernier mot lui revient toujours. La femme doit s'aligner aux souhaits de son mari et démontrer un respect de ses consignes, même en son absence. La femme detient le pouvoir de décision sur l'organisation journalière de ses tâches ménagères et le régime alimentaire du ménage. Dans les ménages musulmans, la soumission de la femme à son mari est recommandée par le Coran et les femmes expriment un profond dévouement de respecter à la volonté d'Allah. ³⁵⁷ Dans les ménages animistes/chrétiens, l'homme acquiert le contrôle de la femme lors du versement de la dot, notamment de nos jours quand le volume de la dot a substantiellement augmenté (Cf. Famille et mariage). D'ailleurs, les femmes disent vouloir demander l'autorisation de l'homme pour tout faire parce que si jamais elles font quelque chose sans l'autorisation du mari et quelque chose leur arrive, elles porteront une responsabilité qu'elles ne pourraient possiblement pas assumer.

« *Nous ne voulons pas de changement sur le pouvoir de décision de l'homme car c'est normal qu'il ait le plein pouvoir - c'est lui qui est le chef du ménage.* »

Domaine	Pouvoir de décision	Informations complémentaires
Tâches ménagères ³⁵⁸	Femme	Autorisation du mari n'est pas nécessaire ; la femme connaît ses responsabilités et peut s'organiser comme elle veut sous condition que les taches soient exécutées selon les attentes du mari.
Régime alimentaire de ménage	Femme	Autorisation du mari n'est pas nécessaire ; la femme peut composer des repas comme elle veut mais la quantité et la qualité de repas dépend essentiellement sur la ration offerte par le mari.
Achat des aliments au marché	Homme	Autorisation du mari est nécessaire dû au déplacement en dehors du ménage, par contre les achats de petite valeur ne nécessitent pas un aval du mari.
Vente des aliments au marché	Femme / Homme	Autorisation du mari est nécessaire dû au déplacement en dehors du ménage ; la vente de légumes de leurs propres jardins ne nécessite pas un aval du mari mais il est interdit à la femme de vendre les animaux domestiques (poulets, chèvres, moutons, bœufs) même s'ils l'appartiennent. Les femmes sont obligées de demander à leurs maris ou quel que soit autre homme dans la communauté de le faire. Le dernier doit être autorisé par le mari et si jamais il n'est pas informé, il pourra se fâcher. « <i>Dans notre tradition quand le mari est en colère, le dieu qu'il adore est aussi en colère et il y aura des conséquences sur nos enfants.</i> »

³⁵⁶ ACF and CRF.

³⁵⁷ Chez les Peuhls, il est commun que les femmes soient consignées à la maison, ne faisant rien sous le soleil (« *tsourado* »). Elles ne peuvent pas être vues par un autre homme que son mari. Si elles cuisinent, c'est le mari qui doit aller chercher son repas à l'intérieur de la maison. Pour visiter ses parents, elles doivent se déplacer la nuit.

³⁵⁸ Y compris le puisage de l'eau à l'extérieur du ménage.

Utilisation de ressources financières générées par l'homme	Homme	L'avis de la femme peut être parfois demandé mais le dernier mot revient toujours au mari. En cas de nécessité, les femmes peuvent emprunter de l'argent sans autorisation du mari, mais ce dernier peut refuser de le rembourser s'il n'a pas été informé sans délai et/ou la somme a été utilisée pour des raisons jugées non-prioritaires.
Utilisation de ressources financières générées par la femme	Homme	De manière générale, l'homme contrôle l'utilisation des ressources financières générées par la femme, y compris les travaux agricoles rénumérées, les cultures vivrières et maraichères. D'une manière, comme les femmes n'ont pas le droit à la terre, tout ce qu'elles récoltent revient naturellement à son mari. « Si jamais une femme cultive le mil, c'est le mari qui décide quoi faire de ce mil et la femme n'a aucun contrôle sur cela. Mais si c'est autre chose, elle peut éventuellement le vendre une à deux tasses sans la permission du mari mais si c'est une grande quantité elle doit obligatoirement demander la permission à son mari. »
Propriété des biens	Homme	La propriété des biens des femmes est limitée aux articles de la dot. Tout autre bien appartient à l'homme, même s'il est acquis par la femme. « Nous n'avons pas de contrôle sur nos biens car le mari prend quand il veut sans notre consentement et peut même les vendre. »
Recours aux soins (femme)	Homme	Autorisation du mari est nécessaire dû au déplacement en dehors du ménage. En principe, le mari est responsable de la prise en charge de coût de traitement mais ceci devient de moins en moins systématique, surtout dans les communautés animistes/chrétiennes.
Recours aux soins (enfants)	Homme	Autorisation du mari est nécessaire dû au déplacement en dehors du ménage. En principe, le mari est responsable de la prise en charge de coût de traitement mais ceci devient de moins en moins systématique, surtout dans les communautés animistes/chrétiennes. « Je suis obligée de demander l'autorisation de mon mari pour emmener l'enfant au centre de santé. Après la concertation avec lui, je peux emprunter de l'argent pour payer des frais et il va le rembourser. Mais s'il n'a pas de l'argent, je peux vendre des articles de ma dot sans lui demander. »
Utilisation des moyens contraceptifs	Homme	Autorisation du mari est nécessaire (Cf. C. Faible espacement des naissances / grossesses précoces/non désirées)
Espacement de naissances	Homme	Sous l'autorité du mari (en lien avec ses besoins sexuels et l'utilisation des moyens contraceptifs mentionnée ci-dessus (Cf. C. Faible espacement des naissances / grossesses précoces/non désirées)
Nombre d'enfants	Homme	Théoriquement la décision d'avoir des enfants est partagée par le couple mais en réalité la femme n'a pas le droit de refuser d'avoir un enfant, sinon elle risque que son mari épouse une autre femme.
Scolarisation des enfants	Femme / Homme	En principe, l'autorisation du mari n'est pas nécessaire et les frais de scolarité sont inclut dans le budget du ménage. Si les ressources financières générées par l'homme n'arrivent pas couvrir des frais, les femmes se mobilisent pour accumuler la somme nécessaire.
Visites dans le voisinage	Homme	Autorisation du mari est nécessaire dû au déplacement en dehors du ménage. « Avant de sortir de la maison je demande la permission à mon mari. S'il me donne son accord, j'y vais mais s'il dit « non », j'obéis. Je dois obéir même quand le mari m'interdit d'aller chez mes propres parents dans le même village. » Pourtant, certaines femmes ont avoué de désobéir leurs maris, s'il s'agit, par exemple, d'une visite chez le relai communautaire pour des raisons de la consultation en cas de maladie de l'enfant. « Avant d'aller voir le relai, on demande l'autorisation de nos maris. Si le mari refuse, on doit attendre que le mari sorte d'abord pour aller voir le relais en secret. Si on n'a pas l'argent, on doit prendre la dette aussi. »
Visites (hors du village)	Homme	Autorisation du mari est nécessaire dû au déplacement en dehors du ménage. Ceci inclut les sorties à des occasions spécifiques (mariage, deuil, baptêmes ou rendre visite à un malade à l'hôpital). « Chez nous, même en cas de décès de la mère ou du père il faut obligatoirement demander la permission auprès du mari et on l'accepte au nom de la religion même comme si c'est la mort dans l'âme. »

Tableau 15: Répartition de pouvoir de décision au sein de ménage, District sanitaire Tokombéré

Pourtant, les femmes regrettent d'observer un abus d'autorité de l'homme – en ce qui concerne la gestion des ressources générées par la femme - qui s'est normalisé avec le temps. Etant donné qu'elles font des économies surtout pour couvrir les coûts de l'alimentation, de la santé et de la scolarisation de leurs enfants, elles se sentent souvent désespérées quand les hommes

apprivoisent leurs ressources. Certaines femmes ont avoué d'enterrer leur argent et/ou cacher les animaux chez les voisins afin d'éviter ces exactions.

« Si les hommes nous prêtent de l'argent pour commencer le petit commerce, ils retiennent le pouvoir de décision sur l'utilisation des bénéfices. Ils pensent que tout appartient à eux. Nous nous débrouillons pour le bien-être de nos enfants mais dès que nous accumulons quelques ressources, nous risquons les perdre – soit sur l'alcool ou copines de nos maris – et nous n'avons pas le droit de rien dire, sinon la situation se transforme en bastonnade. Alors, si je gagne de l'argent, je l'enterre hors vue ou j'achète une poule avec qui je garde chez ma voisine. »

D'ailleurs, lors de la récolte, les maris peuvent récupérer jusqu'à 100% de la production même s'ils ne sont quasiment pas engagés dans les travaux champêtres (Cf. R. Charge de travail élevée des femmes).

« Nous travaillons dure sur les champs pendant toute la saison pluvieuse pour assurer que nos enfants puissent manger à leur faim mais au moment de la récolte, les hommes cachent tout et ils ne nous donnent même pas une petite portion. C'est frustrant mais nous n'avons pas le droit de se plaindre. Nous devons être patientes, espérant qu'au moment voulu, ils vont quand même nous nourrir – même si souvent ce n'est pas le cas. »

De manière générale, privation de ressources ainsi que l'utilisation de la force est acceptée dans les communautés au large parce que « les femmes et tout ce qu'elles génèrent appartiennent à l'homme. » Chez les Guemzeck, même les biens des enfants appartiennent au père. Par exemple, si l'enfant possède une vache qu'il veut vendre, il lui faut l'autorisation du père « car s'il le fait sans demander l'aval de son papa, il va tomber malade jusqu'à trouver la mort. »

« Dans le passé, chez les Mboko et les Guemzeck, nous avons performé des rituels qui nous ont permis de contraindre les femmes et les enfants à se soumettre à notre autorité totale. Si toutefois, une femme a décidé de désobéir son mari, elle pouvait subir la colère des dieux et tomber immédiatement malade. Pour le rituel, les bœufs ont été enfermés dans les enclos pendant 3 ans. Pour la cérémonie, le vin local a été préparé et les bœufs sacrificiels. Tout le monde qui a goûté le bœuf sacrificiel a été assujettis aux hommes, aux aînés. Ces pratiques ont disparu avec l'arrivée de l'église et l'instruction des femmes sur leurs droits. »

Le pouvoir de décision accordé aux femmes ne change pas lorsque les hommes migrent. En leur absence, toute situation nécessitant une décision doit être consultée par téléphone. Les femmes peuvent parfois exprimer leur mécontentement lorsque les décisions prises par leurs maris sont défavorables mais souvent elles préfèrent de se taire pour éviter la violence conjugale et/ou l'arrivée de la nouvelle épouse. D'après les participantes aux groupes de discussion, les femmes musulmanes sont plus libres d'exprimer leur mécontentement, toléré si articulé de manière polie au petit matin, alors que les femmes dans les communautés animistes/chrétiennes témoignent d'avoir perdu cette liberté d'expression au fil des années.

« Les hommes attendent que nous nous fâchions, ça leur arrange, parce que le dispute leur sert une excuse pour dormir chez leurs copines. Sinon, ils reviennent en nous présentant une nouvelle épouse qui va drainer le peu de ressources que l'homme peut avoir. »

La décision de prendre d'autres épouses revient complètement au mari et la première épouse ne peut pas s'y opposer. Elle est contrainte d'accepter ou de quitter le ménage. En principe, le problème se pose le plus souvent lorsque la nouvelle épouse cherche à bafouer l'autorité de l'ancienne, la méprise ou alors le mari ne traite pas ses épouses de façon équitable.

T. FAIBLE SUPPORT SOCIAL DES FEMMES

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la littérature scientifique ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la revue des données secondaires pertinentes pour la zone d'étude ⁶³	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des analyses de données secondaires (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)	+++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+++
Catégorisation par l'équipe qualitative	+++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+++
Interprétation globale	+++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁸

Indicateur %	National	Rural	Région de l'Extrême Nord
Instruction des femmes (aucune) <i>Femmes 15-49 ans</i>	20.4% (EDS 2018)	35.6% (EDS 2018)	56.3% (EDS 2018)
Instruction des femmes (primaire incomplet) <i>Femmes 15-49 ans</i>	13.6% (EDS 2018)	19.8% (EDS 2018)	21.3% (EDS 2018)
Emploi actuel <i>Femmes 15-49 ans</i>	61.9% (EDS 2018) 62.6% (MICS 2014)	70.7% (EDS 2018) 67.8% (MICS 2014)	80.9% (EDS 2018) 52.9% (MICS 2014)
Femmes propriétaires de leurs parcelles	36.3% (ENSAN 2021) 6.2% (EDS 2018) 8.1% (MICS 2014)	8.9% (EDS 2018) 8.7% (MICS 2014)	23.6% (ENSAN 2021) 3.8% (EDS 2018) 6.6% (MICS 2014)
Femmes propriétaires de leurs maisons	2.6% (EDS 2018)	3.0% (EDS 2018)	2.0% (EDS 2018)
Femmes propriétaires de téléphone portable	63.6% (EDS 2018)	41.5% (EDS 2018)	37.4% (EDS 2018)
Femmes propriétaires de compte bancaire	9.9% (EDS 2018)	2.5% (EDS 2018)	0.7% (EDS 2018)
Aucun media au moins une fois par semaine	49.9% (EDS 2018) 38.6% (MICS 2014)	79.0% (EDS 2018) 67.3% (MICS 2014)	88.3% (EDS 2018) 77.9% (MICS 2014)
<i>Femmes 15-49 ans en union polygame</i>	22.0% (EDS 2018) 24.1% (MICS 2014) 25.0% (EDS 2011) 30.0% (EDS 2004) 33.0% (EDS 1998) 38.0% (EDS 1991)	31.1% (MICS 2014)	32% (EDS 2018) 39.0% (MICS 2014)
<i>Femmes 15-49 ans prenant en charge tout ou partie de leurs propres dépenses</i>	63.2% (MICS 2014)	63.5% (MICS 2014)	49.7% (MICS 2014)
<i>Femmes 15-49 ans prenant en charge tout ou partie des dépenses du ménage</i>	50.6% (MICS 2014)	56.4% (MICS 2014)	41.3% (MICS 2014)
<i>Femmes de 15-49 ans qui sont membres de certaines associations/comités/amicales</i>	51.0% (MICS 2014)	46.3% (MICS 2014)	22.8% (MICS 2014)

Facteurs de risque¹⁹: Education de la mère et/ou du chef de ménage (analphabètes) (MA)^{359 360}, Faible exposition de la mère aux médias^{361 362}

Facteurs de protection¹⁹: Instruction de la mère (minimum le cycle primaire) (MA)^{363 364}, Instruction de la mère (secondaire ou supérieur)^{365 366}

- Le statut de la femme est affaibli, au sein de la famille et de la communauté, par des facteurs tels que l'analphabétisme, la dépendance économique, la polygamie et les différences d'âge

³⁵⁹ World Food Programme, 'Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Cameroun'.

³⁶⁰ Tanang Tichoula, 'Facteurs Explicatifs De La Malnutrition Des Enfants De Moins De Cinq Ans Au CamerounN'.

³⁶¹ Mburano and Mounchingam, 'Déterminants Individuels, Familiaux et Contextuels de La Malnutrition Des Enfants de Moins de Cinq Ans Au Cameroun'.

³⁶² Indice combiné (émaciation, retard de croissance et insuffisance pondérale)

³⁶³ Benjamin et al., 'Pratiques Alimentaires Des Mères Et Malnutrition Infantile Dans Le District De Santé De Pitoa: Etude Cas-Témoin'.

³⁶⁴ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

³⁶⁵ Mburano and Mounchingam, 'Déterminants Individuels, Familiaux et Contextuels de La Malnutrition Des Enfants de Moins de Cinq Ans Au Cameroun'.

³⁶⁶ Indice combiné (émaciation, retard de croissance et insuffisance pondérale)

entre les conjoints.³⁶⁷ Difficultés d'épanouissement de la femme aussi liées aux mariages précoces, grossesses non-désirées, viols, prostitution, faible accès des femmes aux crédits, l'irresponsabilité des hommes dans les ménages.³⁶⁸

- Plus de femmes sans instruction dans le quintile plus bas, parmi les femmes >50 ans³⁶⁹ ; seulement 0.3% femmes à EN ont l'instruction secondaire complet et 0.4% l'instruction supérieure.
- Principaux facteurs qui empêchent des femmes de progresser en matière d'éducation a.) mariage précoce lié à la peur des parents d'avoir une grossesse non-désirée de leur fille non mariée. C'est pourquoi aussitôt que l'on soupçonne qu'elle peut déjà intéresser les garçons ou s'intéresser elle-même à la vie affective, on lui trouve un époux de la convenance des parents ;³⁷⁰ b.) normes sociales sur le rôle de la fille dans la famille: la scolarisation n'étant pas gratuite (frais d'inscription, de fournitures, de déplacements, etc.), ceci semble décourager les familles d'investir comme la jeune fille est considérée « comme quelqu'un de passage », appelée à quitter sa famille de naissance pour une autre famille par le lien de mariage;³⁷¹ c.) préférence des adolescentes pour des activités commerciales au détriment de l'école (culture de la débrouillardise et de la pratique des petites AGR pour couvrir les besoins insatisfaits par les parents);³⁷² d.) désir/volonté des mères de perpétuer la tradition;³⁷³ e.) faible accès à l'éducation sexuelle avec pour effet une exposition aux grossesses précoces; stigmatisation des filles de la part des garçons lorsque leurs menstruations débutent en classe et la difficulté à l'accès de serviettes hygiéniques;³⁷⁴ f.) participation aux tâches domestiques;³⁷⁵ g.) la distance et l'insécurité sur le chemin de l'école³⁷⁶
- Les femmes sont assez bien organisées en mécanismes de solidarité communautaire au sein des associations d'aide et secours.³⁷⁷

RÉSULTATS DES ANALYSES DE DONNÉES SECONDAIRES (MICS 2014, SMART 2017 & EDS 2018)

Les régressions logistiques de données MICS 2014 ont indiqué que les enfants de mères qui n'écoutaient jamais à la radio ou qui l'écoutaient moins d'une fois par semaine avaient un risque plus élevé de retard de croissance ($p=0.008$) (Cf. Annexe A). De l'autre côté, d'après les régressions logistiques de données EDS 2018, les enfants de mères qui écoutaient à la radio une fois par semaine avaient un risque moins élevé de retard de croissance et d'insuffisance pondérale ($p=0.006$ et $p=0.012$, respectivement) (Cf. Annexe C). Les mêmes tendances ont été observées chez les enfants de mères qui ne regardaient jamais la télévision ou qui la regardaient moins d'une fois par semaine ($p=0.016$) (Cf. Annexe A) et les enfants de mères qui regardaient la télévision une fois par semaine ($p=0.003$ et $p=0.001$, respectivement) (Cf. Annexe C). Les enfants de mères qui lisaient un magazine une fois par semaine avaient un risque moins élevé de retard de croissance ($p=0.023$) (Cf. Annexe C).

D'après les régressions logistiques de données MICS 2014, les enfants dont les mères ont atteint au moins un niveau primaire d'instruction avaient un risque moins élevé de retard de croissance et d'insuffisance pondérale ($p=0.002$ et $p=0.002$, respectivement) (Cf. Annexe A). De même manière, d'après les régressions linéaires de même base de données, le niveau d'instruction du chef de ménage (masculin et féminin) a été positivement associé au retard de croissance et l'insuffisance pondérale ($p=0.003$ et $p=0.011$, respectivement), c'est-à-dire qu'un

³⁶⁷ République du Cameroun, 'Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) Au Cameroun'.

³⁶⁸ République du Cameroun, 'Plan Communal de Développement (PCD) de La Commune De Tokombere'.

³⁶⁹ Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

³⁷⁰ ACF and CRF, 'Analyse Genre Du Projet Peren'.

³⁷¹ ACF and CRF.

³⁷² ACF and CRF.

³⁷³ ACF and CRF.

³⁷⁴ ACF and CRF.

³⁷⁵ ACF and CRF.

³⁷⁶ ACF and CRF.

³⁷⁷ UN Women and Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille, 'Cameroun Profile Genre-Pays'.

niveau croissant d'instruction du chef de ménage a diminué un risque de ces déficits nutritionnels chez les enfants (Cf. Annexe B). D'après les régressions linéaires de données SMART 2017, les enfants de mères qui ont complété au moins le niveau d'instruction primaire avaient un risque moins élevé du retard de croissance et d'insuffisance pondérale ($p=0.014$ et $p=0.009$, respectivement (Cf. Annexe F). D'après la régression linéaire de données EDS 2018, les enfants de mères avec le niveau d'instruction le plus élevé avaient un risque moins élevé d'insuffisance pondérale ($p=0.005$) (Cf. Annexe D).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

« L'homme est le premier et le seul responsable du ménage. L'islam est assez intransigeant sur le sujet car cela fait partie des choses sur lesquelles le musulman sera interrogé le jour du jugement dernier. Les femmes et les enfants sont sous sa responsabilité et cela s'appelle « amana », le dépôt, d'où vient l'obligation pour l'homme de nourrir, soigner, nourrir, vêtir tous les membres de son ménage. »

De manière générale, le sens de responsabilité envers leurs ménages est plus présent chez les hommes musulmans qui s'alignent avec l'instruction du Coran. Les femmes attestent que leurs maris assument leurs responsabilités de les nourrir, même si cela devient de plus en plus difficile dû à la disparition graduelle des sources de revenu traditionnelles (Cf. K. Faible accès aux revenus). La déresponsabilisation des hommes envers leurs ménages est plus évidente dans les communautés chrétiennes/animistes où le cadre de la prise en charge du ménage n'est pas aussi bien défini, surtout pour les ménages polygames.

« Les hommes musulmans savent qu'ils doivent traiter leurs épouses de manière équitable. L'islam le prescrit. Par contre, les hommes dans les communautés chrétiennes/animistes ne cherchent que leur plaisir et s'occupent uniquement de la nouvelle épouse au détriment des autres qui doivent chacune s'occuper de leurs enfants en faisant le petit commerce et la vente du bois de chauffe. »

La population constate un changement important au niveau du faible support des femmes dans les dernières dix années qui corrèle à la fois avec l'introduction des marchés *bil-bil* et/ou la prolifération des boissons alcooliques dans les villages (Cf. F. Bien-être du donneur de soins) ainsi qu'avec le début de la crise sécuritaire. Les femmes observent un changement dans le comportement de leurs maris après 1-2 ans de mariage et/ou après 2-3 naissances. Elles estiment qu'elles ne le provoquent pas parce qu'elles n'ont pas le droit de manquer de respect à leurs maris ni de désobéir leurs décisions. Elles supposent que l'affection des hommes envers elles se dégrade à la vue des nouvelles conquêtes, beaucoup plus perceptible pendant leurs grossesses.

« Dès que la femme commence à faner sous le poids de ses responsabilités, l'homme tourne le regard ailleurs et commence à écumer tous les quartiers à la recherche de la nouvelle conquête. Quand il l'épouse, le cycle recommence faisant de ses anciennes femmes des femmes à jeter à la poubelle. »

D'après eux, les hommes s'éloignent de leurs épouses pour assouvir leurs besoins sexuels quand les femmes ne peuvent pas les satisfaire (ex. pendant la période féconde et/ou post-partum) ainsi que pour satisfaire leur curiosité sexuelle, dans une tentative de consolider leur renom basé sur un nombre de femmes qu'ils sont capables de charmer et/ou marier. Ceci déclenche une frustration chez les femmes qu'elles contiennent jusqu'aux « moments de débordement » dû à la répétitivité des relations extraconjugales et/ou l'introduction des épouses qui se dévoilent à travers un écoulement des ressources financières déjà limitées.

« Le jour du marché nous rencontrons leurs maris avec leurs copines jouant la belle vie dans les bars. Parfois, ils dorment chez leur « deuxième bureau » et rentrent tard le lendemain, vus par tous. C'est très frustrant, nous boudons parfois, leur refusant les rapports sexuels mais ceci ne peut pas dépasser 2 jours. Sinon, ils repartent chez leurs copines, cessant nos allocations alimentaires et les enfants dorment affamés. Ainsi, nous n'avons pas le choix, on doit accepter leurs escapades. »

Dans certaines communautés les femmes sans maris n'ont pas la valeur dans les yeux de la communauté³⁷⁸ et ainsi elles préfèrent de rester en union malgré les difficultés au lieu d'être seules. Ces femmes disent d'investir le peu de moyens qu'elles puissent mobiliser à travers des activités génératrices de revenu dans la réconciliation avec leurs maris pour assurer que ces derniers les prennent en charge au moins partiellement. Cependant, elles contribuent ainsi à la perpétuité de leurs va-et-vient, les hommes bénéficiant des traitements préférentiels par leurs épouses et copines en alternance.

« La stratégie pour ramener l'homme est de bien causer avec lui et de lui faire des bons repas copieux. Cela doit continuer de manière continue car si ça cesse, il repartira chez une autre femme. »

De leur côté, les hommes constatent que les attentes des femmes sont exagérées sous l'influence des cultures exogènes³⁷⁹ et elles sont assez acerbes si les hommes n'arrivent pas les satisfaire. Cette hostilité et un manque de compréhension les poussent d'aventurer ailleurs.

« Les femmes ne nous donnent pas assez attention, elles sont constamment insatisfaites, elles boudent, les repas ne sont pas bien composés. C'est normal qu'on aille aller chercher le plaisir ailleurs – soit dans l'alcool ou chez les autres femmes. »

De ce fait, les couples peuvent se retrouver en cercle vicieux de frustrations, justifiables de deux côtés. Lors de mariage, les femmes se trouvent en situation de dépendance mais sans support approprié pour prendre soins de leurs enfants tandis que les hommes se noient sous pression de leurs responsabilités de plus en plus pesantes (Cf. R. Charge de travail élevée des femmes). Ainsi, l'insatisfaction des uns alimente le mécontentement des autres. Parfois, les femmes peuvent s'appuyer sur la famille en guise de protestation pour ramener l'homme à la raison mais ces situations se font plutôt rares de nos jours.

« Au réveil, les hommes partent déjà pour se balader ou boire l'alcool, en nous laissant avec toutes les charges de la maison sans aucun soutien. Ils ne nous laissent rien à manger mais ils attendent qu'un repas soit préparé à leur arrivée quand même. Pourquoi ils nous marient quand ils n'arrivent pas prendre soins de nous ? Pourquoi ils prennent une autre épouse sans penser aux épouses qu'ils ont déjà ? »

Un faible support accordé aux femmes se traduit en leur surcharge de travail (Cf. R. Charge de travail élevée des femmes) et, par conséquent, en faibles pratiques de soins des enfants, comme elles essaient de mobiliser des ressources financières indispensables pour la survie.

« Dans notre localité, beaucoup des mamans ne prennent pas soins de leurs enfants car elles recherchent l'argent pour pouvoir nourrir la famille. »

Un cas particulier sont les veuves dont maris sont décédés lors des accidents routiers à la frontière avec le Nigeria et/ou qui ont été attaqués et tués par les groupes armés non-étatiques dans les derniers dix années. Elles disent qu'il est difficile pour eux de se remarier car les hommes ne veulent pas s'occuper des enfants issus de leur mariage précédant. Ainsi, elles restent dans le ménage de leur défunt mari mais sa famille ne la prend véritablement en charge, à l'exception de la fête de Ramadan quand leurs enfants reçoivent des pagnes et des chaussures. Pendant une année suite à mort de leurs maris, elles sont interdites de s'engager dans les activités génératrices de revenu.

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, plus d'une moitié de femmes (n=12) dans l'échantillon (N=23) se sont plaintes de faible support de leur entourage lors de la grossesse et plus d'un tiers de femmes (n=9 et 10, respectivement) ont regretté un manque de support pendant la période d'allaitement et lors de l'introduction des aliments de complément. Dans la plupart de cas, il s'agit des femmes qui ont constaté une

³⁷⁸ « Une mère célibataire (divorcée) n'a pas de valeur dans cette communauté, la valeur de la femme se mesure par sa capacité de supporter les défis du mariage. Une femme célibataire a moins de considération dans la communauté, elle est assimilée à des prostituées. »

³⁷⁹ "Dans les années antérieures les couples vivaient en harmonie car il n'y avait pas trop d'exigences de la part des femmes."

surcharge de travail pendant les périodes respectives afin de subvenir aux besoins de leurs enfants.

Divorce

Etant donné que la majorité de mariages est de type coutumier, la dissolution de mariage est aussi informelle que sa constitution. Il s'agit d'une séparation d'un couple, marquée par le départ de l'épouse chez ses parents lorsqu'elle estime qu'elle ne peut plus supporter les souffrances de la vie conjugale. Les principales causes de « divorce » pour les femmes incluent a) un faible soutien financier et alimentaire de mari qui augmente la surcharge de travail des femmes, b) une faible reconnaissance de la femme lors des événements spéciaux (ex. refus d'achat des nouveaux pagnes pour la fête de Ramadan et/ou l'assemblée générale), c) l'utilisation des biens de la femme sans son accord, d) les violences conjugales à répétition, et e) l'infidélité.

Les hommes n'ont pas habitude de répudier les femme (à l'exception des cas extrêmes) mais ils peuvent « fermer le robinet » de leur soutien financier de façon permanent, aboutissant éventuellement au départ de la femme de son ménage. Les principales causes de l'impasse incluent a) le refus des rapports sexuels, b) le refus de se procréer et c) une démonstration d'un manque de respect à travers la désobéissance ou l'expression verbale de la frustration. Les participants aux groupes de discussion ont été d'avis que lorsque le pouvoir financier de la femme est supérieur à celui de son mari, la femme est tentée à bafouer l'autorité de l'homme et elle n'accepte pas d'associer ses biens à celui du mari pour la gestion du ménage, en gardant ses biens pour ses propres besoins et ceux de ses enfants. Ceci contredit la perception des hommes sur la propriété exclusive des biens par ces derniers, notamment dans les mariages dotés, et ainsi les hommes jugent pertinent de limiter les opportunités des femmes à générer les revenus (Cf. K. Faibles accès aux revenus) pour assurer leur soumission.

Dans les mariages polygames, la jalousie et/ou la répartition inéquitable de la ration sont des principales causes des conflits conjugaux, débouchant potentiellement sur le divorce. La décision de quitter le mariage n'est pas prise légèrement, les enfants étant un facteur majeur démotivant ce pas. En cas de séparation, les enfants restent avec leur père et ils sont confiés aux soins de la première et/ou la prochaine épouse. Ayant leurs propres enfants, ces femmes ne disposent pas de capacités d'accorder autant d'attention et de ressources à ces enfants qu'aux siens. La mère divorcée peut parfois rendre visite à ses enfants mais certains hommes l'interdit sous prétexte que les enfants portent leur nom et n'appartiennent plus à leurs mères.

« De nos jours les hommes cherchent trop les femmes et puis ils se désresponsabilisent de leurs épouses, surtout dans les ménages polygames où l'homme s'occupe uniquement de la nouvelle épouse au détriment des autres. Ils n'assurent pas la scolarité des enfants et laissent cette charge aux mères d'enfants. Malgré cette souffrance, les femmes arrivent à supporter et ne quittent pas le ménage. Très souvent elles ne restent pas de leur propre gré. Elles sont sous le coup du « charme » (ensorcellement) lancé par le mari afin que la femme ne quitte pas le ménage quel que soit les difficultés qu'elle traverse. La femme peut partir si elle réussit de se délivrer du sort. Cette délivrance se fait chez le féticheur et peut coûter environ 20.000 FCFA. Certaines femmes trouvent que ce n'est pas la peine de gaspiller leur argent dans la délivrance car la même pratique peut être répétée dans son futur mariage. »

Lorsqu'un couple se sépare, la femme rentre chez ses parents et peut s'engager dans les relations intimes avec d'autres hommes « qui viennent comme les mouches sur le miel pour la draguer. » Si la communauté estime qu'elle avait des raisons valables pour quitter le mariage, par exemple la conduite irresponsable de son mari, elle peut se remarier facilement dans le même village. Par contre, si elle a quitté son foyer sans motif qui ne vaille, elle aura des prétendants mais perdant sa valeur aux yeux des hommes, elle sera considérée comme une prostituée.

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Mécanismes causaux de la sous-nutrition

Les associations statistiques par le biais des régressions logistiques et linéaires entre l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et différents facteurs de risque permettent d'observer des similitudes ainsi que des différences entre les mécanismes causaux de la malnutrition aiguë, du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale. Les schémas causaux présentés ci-dessous sont basés sur le schéma construit lors des consultations communautaires (Cf. Figure 1) tandis que les résultats des analyses statistiques y ont été ajoutés pour résumer visuellement les preuves disponibles pour chaque forme de la sous-nutrition. Il est important à noter que les associations statistiques ne sont pas systématiquement valides pour toutes les trois formes de la sous-nutrition et/ou les contradictions peuvent se présenter.

Malnutrition aiguë

Sur la base des preuves disponibles, deux voies causales construites autour de six facteurs de risque clés peuvent expliquer la plupart des cas de malnutrition aiguë dans la zone d'étude. Premièrement, le *faible accès aux revenus* joue sur le *faible accès à l'alimentation de qualité* et, par conséquent, sur les *pratiques d'alimentation des enfants non-optimales*. En parallèle, le *faible accès à l'alimentation de qualité* entraîne le *faible état nutritionnel des femmes*, exacerbé par les *naissances répétitives*, qui les prévient d'observer des *pratiques d'allaitement maternel optimales*. De l'autre côté, le *faible accès à l'eau* augmente le risque des *infections répétitives*, conduisant à la malnutrition aiguë, si laissées non-traitées ou traitées tardivement.

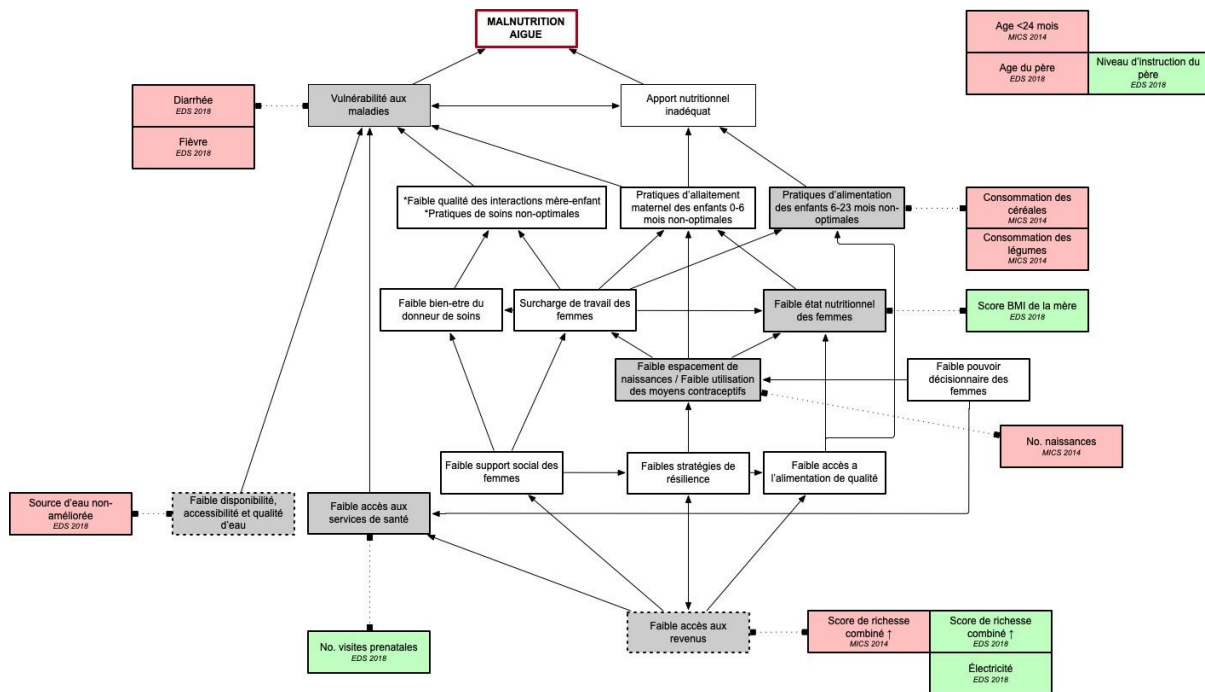


Figure 6: Schéma causal de la malnutrition aiguë, District sanitaire Tokombéré³⁸⁰

³⁸⁰ Les cellules en rouge représentent les facteurs de risque liés de manière significative à la malnutrition aiguë, tandis que les cellules en vert indiquent des facteurs de protection significativement liés à la malnutrition aiguë, selon les calculs de valeur $p < 0.05$. (Cf. Annexe A + B). Les cellules grises représentent les facteurs de risque soutenus par l'évidence disponible. Les cellules en ligne pointillée suggèrent des facteurs de risque mentionnés dans certaines communautés mais ne peuvent pas être généralisés pour toute la zone d'étude.

Facteurs de risque: Les enfants de moins de 24 mois, les enfants de pères plus jeunes et les enfants souffrant de la fièvre et/ou la diarrhée ont été plus susceptibles d'être émaciés. La consommation des céréales et/ou des légumes³⁸¹, l'accès à la source d'eau non-améliorée et un nombre croissant de naissances dans le ménage ont été aussi associés à un risque plus élevé de l'émaciation.

Facteurs de protection: Une valeur croissante de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) de la mère, un nombre croissant de ses visites prénatales et le niveau croissant de l'éducation du père ont été associés à un risque moins élevé de l'émaciation. Les enfants vivant dans les ménages avec l'accès à l'électricité avaient aussi un risque moins élevé de l'émaciation.

Retard de croissance

Sur la base des preuves disponibles, deux voies causales construites autour de onze facteurs de risque clés peuvent expliquer la plupart des cas de retard de croissance dans la zone d'étude. Premièrement, le *faible accès aux revenus* joue sur le *faible support des femmes* qui augmente leur *charge de travail* ainsi que la *perception du stress*. Par conséquent, les femmes n'arrivent pas observer les pratiques de soins optimales, surtout les *pratiques d'allaitement maternel optimales*. En parallèle, le *faible accès aux revenus* entraîne le *faible accès à l'alimentation de qualité* et, par conséquent, sur les *pratiques d'alimentation des enfants non-optimales*. Au même temps, le *faible accès à l'alimentation de qualité* conduit au *faible état nutritionnel des femmes*, exacerbé par les *naissances répétitives* ainsi que leur surcharge de travail.

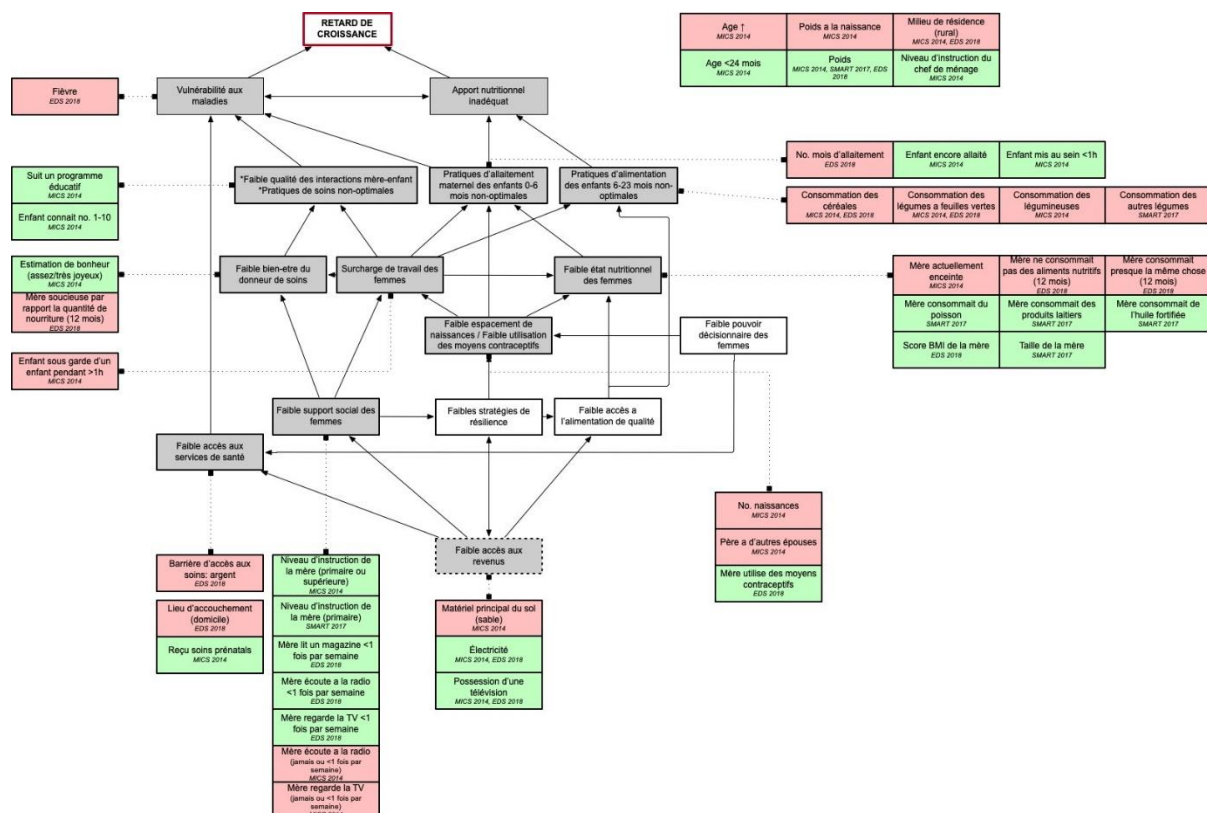


Figure 7: Schéma causal du retard de croissance, District sanitaire Tokombéré³⁸⁰

Facteurs de risque: Les enfants résidant dans le milieu rural et les enfants nés à domicile avaient un risque plus élevé de retard de croissance. Le risque de retard de croissance augmentait avec l'âge et un nombre croissant de naissances dans le ménage. Le poids plus

³⁸¹ Il est important à noter que la nature potentiellement contre-intuitive de ces résultats ne nie pas la valeur nutritive des aliments respectifs mais souligne plutôt un possible méfaut d'un manque de diversité alimentaire si les repas dans les ménages sont principalement composés de ces aliments.

faible à la naissance ainsi qu'un nombre décroissant de mois d'allaitement maternel ont été aussi associés à un risque plus élevé du retard de croissance. Les enfants dont les pères ont eu d'autres épouses, les enfants vivant dans les maisons avec le sol en sable, les enfants dont les mères ont été enceintes au moment de l'enquête ainsi que les enfants de mères qui n'écoutaient jamais à la radio ou qui l'écoutaient moins d'une fois par semaine avaient un risque plus élevé de retard de croissance. Les mêmes tendances ont été observées chez les enfants de mères qui ne regardaient jamais la télévision ou qui la regardaient moins d'une fois par semaine. Les enfants qui ont eu la fièvre et les enfants dont les donneurs de soins ont eu problèmes financiers d'accès aux soins de santé avaient un risque plus élevé de retard de croissance. Le risque plus élevé de retard de croissance s'appliquait également aux enfants dont les mères n'ont pas pu manger des aliments nutritifs et sains au cours des 12 mois précédant l'enquête, aux enfants dont les mères ont presque toujours mangé la même chose et aux enfants dont les mères se sont inquiétées de ne pas avoir assez à manger. La consommation des aliments à la base de céréales, des légumes à feuilles vertes, des autres légumes et/ou des aliments à base des haricots a été associée à un risque plus élevé du retard de croissance³⁸¹.

Facteurs de protection: Les enfants de moins de 24 mois et les enfants dont mères étaient de plus grande taille avaient un risque moins élevé de retard de croissance. Le risque diminuait avec la valeur croissante de l'IMC de la mère, le poids croissant de l'enfant et un nombre croissant des visites prénatales. Le risque était moins élevé pour les enfants dont les mères ont utilisé une méthode contraceptive traditionnelle et/ou moderne, les enfants dont les mères ont déclaré d'avoir été assez ou très joyeuse et les enfants dont les mères ont consommé des produits laitiers, de la viande et de l'huile fortifié. Les enfants qui ont été mis au sein dans la première heure après l'accouchement et/ou les enfants qui ont été encore allaités au moment de l'enquête avaient aussi un risque moins élevé de retard de croissance. Les enfants vivant dans les ménages avec l'accès à l'électricité, dans les ménages avec une télévision, les enfants des mères résidant avec leurs maris au moment de l'enquête et/ou des mères possédant une maison conjointement avec leurs maris avaient un risque moins élevé de retard de croissance. Les enfants dont les mères ont atteint au moins un niveau primaire d'instruction ou les enfants de mères qui lisaient un magazine, écoutaient à la radio ou regardaient la télévision une fois par semaine avaient un risque moins élevé de retard de croissance. D'ailleurs, un niveau croissant d'instruction du chef de ménage a diminué un risque de retard de croissance.

Insuffisance pondérale

Sur la base des preuves disponibles, deux voies causales construites autour de neuf facteurs de risque clés peuvent expliquer la plupart des cas de l'insuffisance pondérale dans la zone d'étude. Premièrement, le *faible accès aux revenus* joue sur le *faible support des femmes* qui augmente leur *perception du stress*. Par conséquent, les femmes n'arrivent pas observer les pratiques de soins optimales, surtout les *pratiques d'allaitement maternel optimales*. En parallèle, le *faible accès aux revenus* entraîne le faible accès à l'alimentation de qualité et, par conséquent, sur les *pratiques d'alimentation des enfants non-optimales*. Au même temps, le faible accès à l'alimentation de qualité conduit au *faible état nutritionnel des femmes*, exacerbé par les *naissances répétitives*.

Facteurs de risque: Les enfants nés à domicile, les enfants vivant dans les ménages avec une femme en tant que chef de ménage, et/ou les enfants dont les pères ont eu d'autres épouses avaient un risque élevé d'insuffisance pondérale. Le risque d'insuffisance pondérale augmentait avec l'âge et un nombre croissant de naissances dans le ménage. Le fait que les mères n'ont accompli aucune visite prénatale a été associé à un risque plus élevé d'insuffisance pondérale chez leurs enfants. Le poids plus faible à la naissance ainsi qu'un nombre décroissant de mois d'allaitement maternel ont été aussi associés à un risque plus élevé d'insuffisance pondérale. Les enfants qui ont bu autre chose que du lait maternel pendant les trois jours après

la naissance avaient un risque plus élevé d'insuffisance pondérale ainsi que les enfants qui ont eu la fièvre et les enfants dont les donneurs de soins ont eu problèmes financiers d'accès aux soins de santé. Le risque plus élevé d'insuffisance pondérale s'appliquait également aux enfants dont les mères n'ont pas pu manger des aliments nutritifs et sains au cours des 12 mois précédant l'enquête, aux enfants dont les mères ont presque toujours mangé la même chose et aux enfants dont les mères se sont inquiétées de ne pas avoir assez à manger. La consommation des aliments à la base de céréales, des légumes à feuilles vertes, des autres légumes et/ou des aliments à base des haricots a été associée à un risque plus élevé d'insuffisance pondérale³⁸¹.

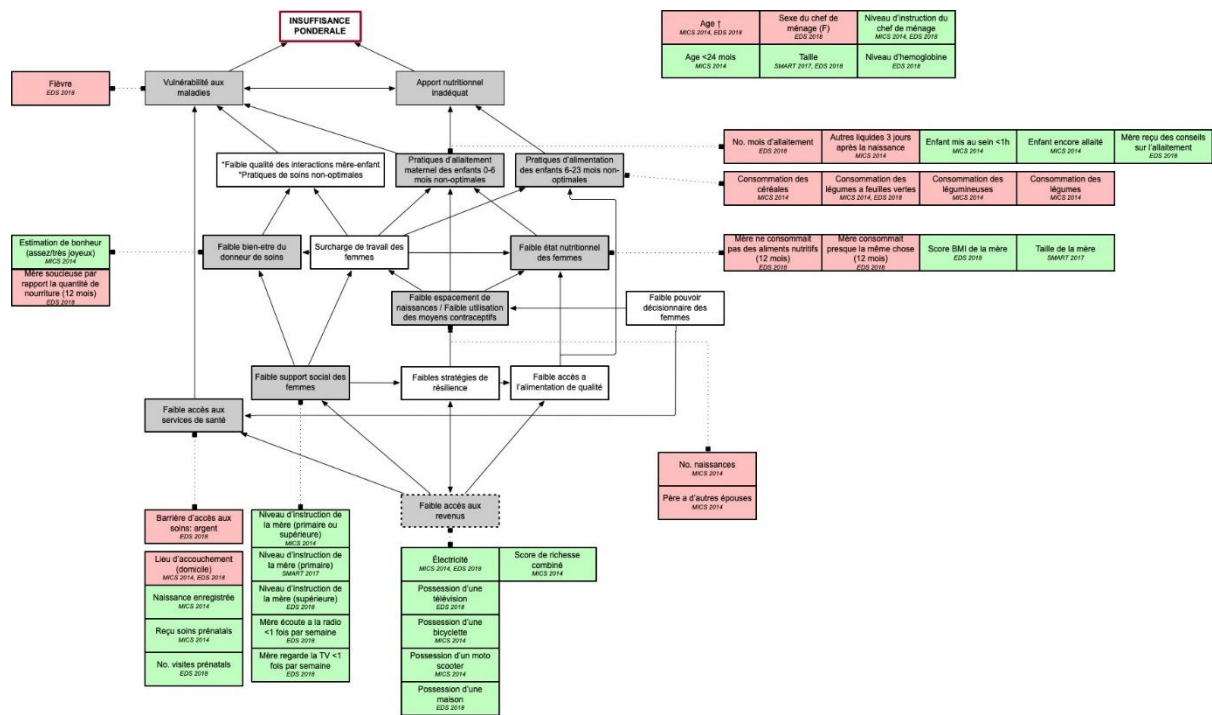


Figure 8: Schéma causal de l'insuffisance pondérale, District sanitaire Tokombéré³⁸⁰

Facteurs de protection: Les enfants de moins de 24 mois et les enfants dont mères étaient de plus grande taille avaient un risque moins élevé d'insuffisance pondérale. Le risque diminuait avec la valeur croissante de l'IMC de la mère, la taille croissante de l'enfant, le taux d'hémoglobine de l'enfant, un nombre croissant des visites prénatals et la valeur croissante de l'indice de richesse combiné. Le risque était moins élevé pour les enfants dont les mères ont reçu des conseils sur l'allaitement au cours de 2 premiers jours après l'accouchement et les enfants dont les mères ont déclaré d'avoir été assez ou très joyeuse. Les enfants qui ont été mis au sein dans la première heure après l'accouchement et/ou les enfants qui ont été encore allaités au moment de l'enquête avaient aussi un risque moins élevé de d'insuffisance pondérale. Les enfants vivant dans les ménages avec l'accès à l'électricité, dans les ménages qui possédaient une télévision, une bicyclette et/ou un moto scooter et/ou des mères possédant une maison conjointement avec leurs maris avaient un risque moins élevé d'insuffisance pondérale. Les enfants dont les mères ont atteint au moins un niveau primaire d'instruction, les mères avec le niveau d'instruction le plus élevé, les mères qui écoutaient à la radio ou regardaient la télévision une fois par semaine avaient un risque moins élevé d'insuffisance pondérale. D'ailleurs, un niveau croissant d'instruction du chef de ménage et/ou le père a diminué un risque d'insuffisance pondérale.

Sous-nutrition

Les facteurs de risque communs pour l'émaciation sur la base de l'indice Poids/Taille, le retard de croissance sur la base de l'indice Taille/Âge et l'insuffisance pondérale sur la base de l'indice

Poids/Âge comprennent la fièvre, un nombre de naissances dans le ménage, et la consommation des céréales et d'autres légumes. Les facteurs de protection communs pour ces trois déficits nutritionnels incluent l'indice de Masse Corporelle (IMC) de la mère et l'accès à l'électricité dans le ménage.

Aucun facteur de risque et/ou de protection commun a été identifié pour l'émaciation et le retard de croissance. Deux facteurs de protection communs, à savoir le score de richesse combiné et un nombre de visites prénatales, a été identifié pour l'émaciation et l'insuffisance pondérale.

Une majorité de chevauchements a été observée entre le retard de croissance et l'insuffisance pondérale. Les facteurs de risque communs pour ces deux déficits nutritionnels comprennent le lieu d'accouchement (domicile), un nombre de mois d'allaitement (bas), le père ayant d'autres épouses, l'argent étant une barrière d'accès aux services de santé ainsi que la consommation de légumes à feuilles vertes et des légumineuses. D'ailleurs, le risque plus élevé de retard de croissance et d'insuffisance pondérale s'appliquait également aux enfants dont les mères n'ont pas pu manger des aliments nutritifs et sains au cours des 12 mois précédant l'enquête, aux enfants dont les mères ont presque toujours mangé la même chose et aux enfants dont les mères se sont inquiétées de ne pas avoir assez à manger. Les facteurs de protections communs pour le retard de croissance et l'insuffisance pondérale incluent l'âge de l'enfant (<24 mois), l'enfant étant mis au sein dans la première heure après l'accouchement, l'enfant encore allaité, la taille de la mère, le niveau d'instruction du chef de ménage et/ou le niveau d'instruction de la mère (primaire), l'estimation de la joie de la mère (assez ou très joyeuse), la possession d'une télévision et/ou l'accès aux informations à travers la radio et/ou la télévision.

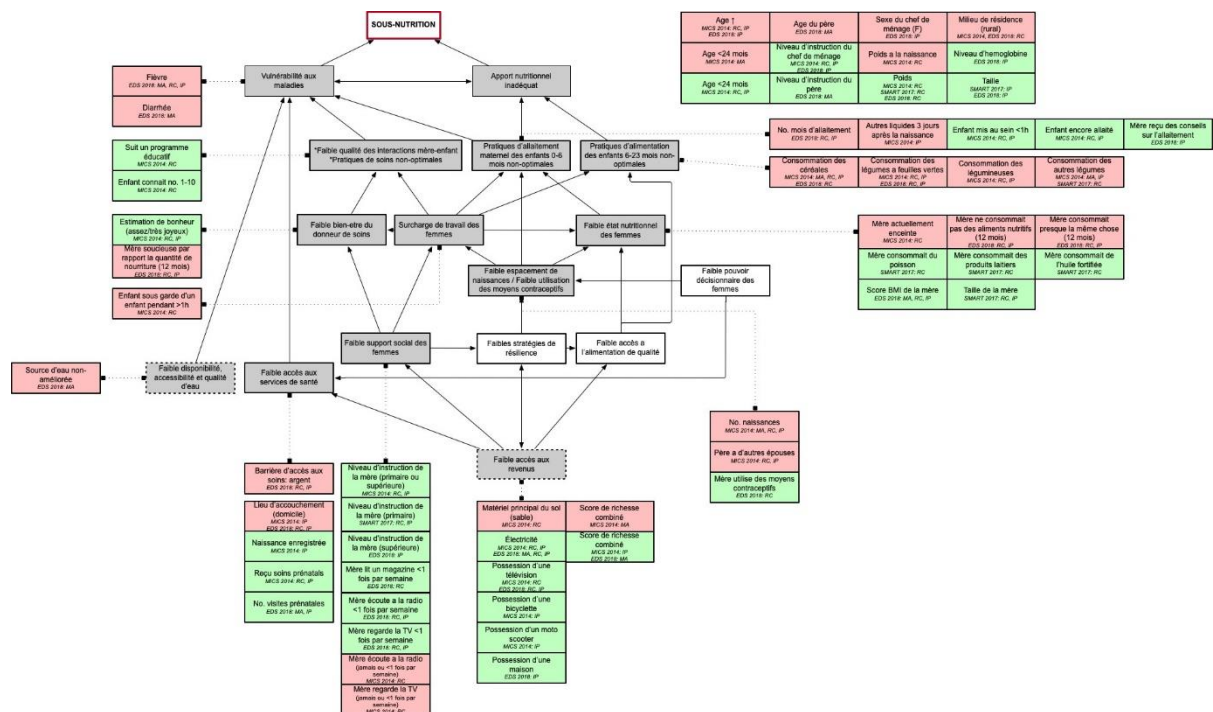


Figure 9: Synthèse de données disponibles pour trois types de la sous-nutrition, District sanitaire Tokombéré

Synthèse de la catégorisation des facteurs de risque

Les analyses entreprises au cours de cette étude Link NCA ont permis de catégoriser 20 facteurs de risque, susceptibles d'avoir l'effet sur l'incidence de la sous-nutrition (malnutrition aigüe, malnutrition chronique et insuffisance pondérale) dans la zone d'étude. Suite à une triangulation de données provenant de sources diverses, cinq (5) facteurs de risque ont été identifiés comme ayant un impact majeur, sept (7) facteurs de risque ont été classés comme

ayant un impact important et huit (8) facteurs de risque ont été considérés comme ayant un impact mineur. Parmi les facteurs de risque majeurs, deux ont été identifiés dans le secteur de la santé, à savoir le faible espacement de naissance, grossesses précoces, répétitives ou non-désirées et le faible état nutritionnel des femmes, un facteur de risque a été identifié dans le secteur de la santé mentale et pratiques de soins, à savoir les pratiques d'alimentation des enfants 6-23 mois non-optimales, un facteur de risque a été identifié dans le secteur de la sécurité alimentaire et les moyens d'existence, à savoir le faible accès aux sources de revenu, un facteur a été identifié dans le secteur de genre, à savoir le faible support social des femmes.

Facteur de risque		Interprétation globale/ Impact de facteur de risque
A	Faible accès aux services de santé	+
B	Faible utilisation des services de santé	++
C	Espacement de naissances / Grossesses précoces, répétitives ou non-désirées	+++
D	Petit poids à la naissance	+
E	Faible état nutritionnel des femmes	+++
F	Bien-être du donneur de soins	++
G	Pratiques d'allaitement maternel 0-6 mois inadéquates	++
H	Pratiques d'alimentation des enfants 6-23 mois inadéquates	+++
I	Faible qualité d'interactions entre l'enfant et le donneur de soins	+
J	Faible accès à l'alimentation de qualité	++
K	Faible accès aux sources de revenu	+++
L	Faible accès au marché	+
M	Faibles capacités de résilience	++
N	Accessibilité, disponibilité et qualité inadéquate de l'eau au niveau de ménage	++
O	Faibles pratiques d'assainissement	+
P	Faibles pratiques d'hygiène personnelle	+
Q	Faibles pratiques d'hygiène alimentaire et d'environnement	+
R	Surcharge de travail des femmes	++
S	Faible autonomie des femmes / Faible pouvoir de décision	-
T	Faible soutien des femmes	+++

Tableau 16: Synthèse de la catégorisation des facteurs de risque, District sanitaire Tokombéré

La catégorisation des facteurs de risque repère des points majeurs soulevés par les communautés, même si leur priorisation dévie partiellement des résultats finaux. Par exemple, la catégorisation de facteurs de risque E. Faible état nutritionnel des femmes et K. Faible accès aux sources de revenu a été augmentée de niveau « important » au « majeur » dû à la forte association des indicateurs respectifs avec la sous-nutrition dans la revue des données secondaires et/ou sur la base des analyses de données secondaires (MICS 2014, SMART 2017 et EDS 2018). La catégorisation de facteurs de risque C. Faible espacement de naissance, grossesses précoces, répétitives ou non-désirées et H. Pratiques d'alimentation des enfants 6-23 mois non-optimales a été augmentée de niveau « mineur » au « majeur » pour des mêmes raisons. Cependant, des avis sont pleinement alignés dans le cas de facteur de risque T. Faible soutien des femmes qui requiert une réponse programmatique prioritaire. D'ailleurs, il est important à noter qu'au moins 4 de ces 5 facteurs de risque sont directement liés aux femmes en tant que donneurs de soins, ce qui souligne l'importance d'orientation des réponses programmatiques vers l'amélioration de leurs circonstances de vie.

Recommandations

Sur la base de ces résultats, les activités suivantes sont recommandées d'être incorporées dans le cadre du projet CPP 2 et/ou dans les projets complémentaires mis en œuvre dans la zone d'étude:

- Diffuser les principaux résultats de cette étude Link NCA auprès de tous les partenaires étatiques, non-étatiques et communautaires actifs dans le district sanitaire de Tokombéré afin d'encourager leur prise en compte dans les politiques, stratégies et plans d'actions respectifs⁶, en appuyant spécifiquement les groupements villageois dans le

développement des interventions bénéficiant aux femmes surtout pendant la saison pluvieuse;

- Renforcer les activités du plaidoyer, notamment auprès du Ministère de Mines, Eau et Energie (MINEE), sur les besoins en électricité dans les zones hors réseau, ainsi qu'auprès d'autres partenaires d'investir dans les interventions transversales, telles que l'installation des panneaux solaires, etc;
- Accentuer des actions communautaires de gestion locale de la sécurité associée à un plaidoyer auprès des autorités administratives locales dans la gestion des menaces sécuritaires sur les moyens d'existence des populations.
- Stimuler le dialogue communautaire pour évaluer les rôles et responsabilités au sein des ménages par rapport aux pressions socio-économiques actuelles afin de rééquilibrer les rôles, responsabilités et le pouvoir de décision des hommes et des femmes dans le ménage, tout en respectant leurs positionnements culturels et religieux. L'enjeu sera de créer un environnement favorable qui permettra aux femmes de construire une plus grande indépendance économique, les habilitant à sécuriser des moyens économiques pour les soins d'enfants et prendre des décisions à cet égard, sans déstabiliser davantage le positionnement de l'homme en tant que chef de ménage et ses responsabilités envers les membres de son ménage. Ceci devrait inclure les discussions sensibles sur la planification familiale afin de permettre aux femmes et aux hommes de prendre des décisions éclairées par rapport à la taille de leur ménage, en assurant la bonne santé de tous les membres. Il est important à noter que malgré la reconnaissance communautaire des difficultés liées à la taille du ménage, ils ne sont pas disposés à changer de manière substantielle le statut quo actuel sans l'adhésion à leurs croyances ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge dans les structures sanitaires des femmes enceintes, parturientes et post-partum, notamment celles qui subissent des complications de santé et/ou leur état nutritionnel et mental est perturbé par des difficultés vécues au niveau du ménage. Encourager le développement des stratégies de support social et/ou communautaire pendant la période des 1000 jours.

ANNEXES

ANNEXE A: REGRESSIONS LOGISTIQUES MICS 2014

Tableau 17: Associations non-ajustées entre les facteurs de risque et la classification binaire de l'émaciation, du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale démontrées par régression logistique (SOURCE: Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2014)

Facteur de risque					T/A <-2		P/T<-2		P/A <-2		T/A & P/T <-2	
Statistiques descriptives et régressions logistiques					Enfants 6-59 mois		Enfants 6-59 mois		Enfants 6-59 mois		Enfants 6-59 mois	
Indicateur	N	n	Proportion in analysed sample	Design effect	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	p-value	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	p-value
			[95% CI]		[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]		
Milieu_de_residence	922	693	80.95 [0.77:0.84]	2.1	1.43 [1.05:1.96]	0.026	0.96 [0.57:1.69]	0.875	1.14 [0.81:1.61]	0.457	1.41 [0.61:3.82]	0.460
Sexe (garçon)	922	470	50.87 [0.47:0.55]	1.2	1.07 [0.82:1.4]	0.615	0.96 [0.6:1.55]	0.883	0.88 [0.66:1.17]	0.377	1.35 [0.66:2.85]	0.414
Naissance_enregistree	562	67	10.92 [0.08:0.15]	1.5	0.56 [0.31:0.95]	0.038	0.35 [0.06:1.19]	0.159	0.44 [0.21:0.83]	0.017	.	.
Suit_un_programme_d_apprentissage_educatif	362	19	3.78 [0.02:0.07]	1.6	0.27 [0.07:0.75]	0.021	1.85 [0.1:10.49]	0.568	0.3 [0.05:1.08]	0.113	.	.
Enfant_peut_citer_au_moins_10_lettres_alphabet	361	20	4.28 [0.02:0.08]	1.4	0.55 [0.2:1.37]	0.211	.	.	0.65 [0.18:1.84]	0.458	.	.
Enfant_connaît_et_lit_les_nombres_de_1_a_10	362	29	6.49 [0.04:0.11]	2	0.25 [0.09:0.59]	0.003	.	.	0.29 [0.07:0.84]	0.045	.	.
Enfant_souvent_top_malade_pour_jouer	362	134	37.67 [0.33:0.42]	0.8	0.97 [0.63:1.49]	0.887	0.63 [0.14:2.22]	0.500	0.83 [0.5:1.34]	0.447	1.02 [0.21:4.24]	0.974
Enfant_a_ete_allaite	555	525	94.78 [0.92:0.97]	1.6	0.71 [0.34:1.56]	0.383	1.18 [0.4:5.03]	0.795	0.81 [0.37:1.92]	0.615	1.25 [0.25:22.77]	0.831
Enfant_est_encore_allaite	525	334	64.84 [0.6:0.69]	1.1	0.36 [0.25:0.53]	0.000	2.27 [1.23:4.48]	0.012	0.67 [0.45:0.99]	0.044	1.25 [0.52:3.34]	0.628
Enfant_mange_cereales_hier	554	9	1.65 [0.01:0.04]	2	0.24 [0.01:1.32]	0.179	6.51 [1.57:25.26]	0.006	0.77 [0.11:3.25]	0.752	2.91 [0.15:16.89]	0.324
Enfant_mange_pain_riz_hier	553	410	74.37 [0.71:0.78]	0.8	3.67 [2.27:6.15]	0.000	1.48 [0.79:2.99]	0.247	2.79 [1.7:4.79]	0.000	3.69 [1.06:23.27]	0.080
Enfant_mange_courge_carotte_hier	554	9	1.43 [0.01:0.03]	1.1	1.21 [0.3:4.62]	0.773	9.55 [2.32:36.9]	0.001	5.42 [1.42:25.84]	0.018	8.56 [1.24:37.31]	0.009
Enfant_mange_pommes_de_terres_igname_manioc_macabo_hier	554	28	4.14 [0.03:0.06]	1.1	1.49 [0.68:3.21]	0.309	1.3 [0.37:3.51]	0.636	1.31 [0.55:2.89]	0.519	1.81 [0.28:6.64]	0.439
Enfant_mange_legumes_feuilles_vertes	554	326	58.54 [0.55:0.62]	0.8	2.78 [1.9:4.13]	0.000	0.78 [0.46:1.33]	0.360	2.31 [1.54:3.53]	0.000	1.6 [0.67:4.22]	0.310
Enfant_mange_mangue_papyer_hier	552	61	10.09 [0.07:0.14]	1.4	0.96 [0.54:1.68]	0.899	1.01 [0.4:2.21]	0.974	0.87 [0.46:1.58]	0.659	0.76 [0.12:2.67]	0.709
Enfant_mange_autre_legume_hier	554	61	11.05 [0.08:0.15]	1.7	1.28 [0.72:2.21]	0.388	0.84 [0.31:1.9]	0.701	0.88 [0.46:1.59]	0.672	1.24 [0.29:3.77]	0.732
Enfant_mange_foie_rognon_abats_hier	553	21	3.58 [0.02:0.06]	1.2	1.99 [0.8:4.95]	0.131	1.37 [0.31:4.24]	0.621	1.71 [0.66:4.15]	0.244	1.2 [0.07:6.19]	0.864
Enfant_mange_v viande_boeuf_porc_agneau_hier	553	98	16.35 [0.13:0.21]	1.5	1.22 [0.77:1.91]	0.387	1.11 [0.55:2.12]	0.754	1.12 [0.68:1.8]	0.649	1.27 [0.41:3.28]	0.642

Enfant_mange_oeufs	551	41	7.15 [0.05:0.1]	1.4	0.45 [0.19:0.95]	0.050	1.07 [0.36:2.6]	0.895	0.54 [0.22:1.18]	0.14 8	1.17 [0.18:4.18]	0.838
Enfant_mange_poisson_frais	554	197	35.61 [0.31:0.41]	1.4	1.06 [0.77:1.47]	0.708	1.21 [0.67:2.06]	0.510	1.4 [0.99:1.97]	0.05 4	0.71 [0.24:1.72]	0.487
Enfant_mange_insectes_comestibles_sauterelles_cr iquets_crillons_hier	554	10	1.56 [0.01:0.03]	1	1.57 [0.38:6]	0.506	0.96 [0.05:5.37]	0.971	1.84 [0.46:6.53]	0.35 1	2.91 [0.15:16.89]	0.324
Enfant_mange_fromage_produit_laitier_hier	554	12	2.07 [0.01:0.04]	1	0.73 [0.16:2.54]	0.638	2.98 [0.64:10.62]	0.114	0.91 [0.2:3.08]	0.88 3	2.32 [0.12:12.93]	0.433
Enfant_mange_aliments_base_haricots_hier	554	143	26.04 [0.21:0.32]	1.9	1.99 [1.34:2.95]	0.001	0.72 [0.36:1.33]	0.311	1.7 [1.12:2.56]	0.01 2	0.78 [0.25:1.99]	0.624
Carte_vaccination_enfant	553	237	41.55 [0.34:0.49]	3.2	0.86 [0.6:1.24]	0.423	0.92 [0.53:1.56]	0.750	0.95 [0.65:1.39]	0.79 4	0.35 [0.11:0.88]	0.039
Enfant_a_recu_vaccin	310	269	87.54 [0.8:0.92]	2.5	1.09 [0.55:2.29]	0.807	1.75 [0.59:7.55]	0.371	1.88 [0.84:4.78]	0.15 1	1.09 [0.29:7.12]	0.908
Enfant_a_recu_BCG	269	159	57.29 [0.45:0.68]	3.7	1.04 [0.62:1.73]	0.892	1.07 [0.51:2.3]	0.865	0.8 [0.47:1.37]	0.41 2	1.41 [0.48:4.63]	0.544
Enfant_a_recu_Polio	269	261	97.49 [0.95:0.99]	0.8	0.91 [0.22:4.51]	0.897	1 [0.17:18.92]	0.997	2.85 [0.5:53.81]	0.33 1	.	.
Enfant_a_recu_DTC_HEP_B_and_HIB	268	141	51.13 [0.39:0.63]	3.7	1.16 [0.7:1.93]	0.568	1.07 [0.52:2.26]	0.852	0.86 [0.51:1.47]	0.58 7	1.36 [0.48:4.17]	0.570
Enfant_a_deja_recu_vaccin_PNEUMO	263	121	45.28 [0.34:0.57]	3.7	1.02 [0.61:1.71]	0.927	0.95 [0.44:2.01]	0.889	0.79 [0.46:1.36]	0.40 5	0.72 [0.21:2.22]	0.572
Enfant_a_recu_vaccin_contre_rougeole_VAR_ou_R OR	266	93	34.2 [0.26:0.44]	2.4	1.35 [0.79:2.27]	0.268	1.04 [0.48:2.2]	0.911	1.02 [0.58:1.77]	0.94 8	0.89 [0.27:2.58]	0.831
Enfant_a_recu_vaccin_contre_Fievre_jaune	264	88	32.97 [0.25:0.43]	2.4	1.56 [0.91:2.65]	0.102	0.97 [0.43:2.07]	0.947	1.13 [0.64:1.97]	0.67 1	0.96 [0.29:2.79]	0.939
Enfant_a_recu_des_supplements_en_vitamine_six_ derniers_mois	550	304	55.38 [0.48:0.63]	3.1	0.95 [0.66:1.35]	0.757	1.21 [0.71:2.1]	0.484	1.31 [0.9:1.93]	0.16 5	1.24 [0.53:3.03]	0.621
Enfant_a_eu_diarrhee_2_dernieres_semaines	921	321	35.73 [0.32:0.4]	1.4	0.95 [0.72:1.25]	0.715	1.31 [0.8:2.11]	0.280	1.32 [0.98:1.78]	0.07 0	0.76 [0.33:1.62]	0.496
Enfant_a_eu_fievre_2_dernieres_semaines	922	278	30.95 [0.27:0.35]	1.6	1.14 [0.86:1.52]	0.356	0.97 [0.57:1.61]	0.916	1.05 [0.77:1.44]	0.74 9	0.79 [0.33:1.73]	0.579
Enfant_a_eu_la_toux_2_dernieres_semaines	922	329	36.65 [0.32:0.41]	2.2	0.92 [0.69:1.21]	0.534	0.64 [0.37:1.08]	0.105	0.93 [0.69:1.26]	0.64 8	0.42 [0.15:0.96]	0.057
Quantite_liquides_enfant_a_bu_durant_maladie	316	109	33.56 [0.26:0.42]	2.3	1.01 [0.63:1.63]	0.952	1.49 [0.68:3.18]	0.306	1.19 [0.72:1.95]	0.49 8	1.52 [0.37:5.84]	0.542
Quantite_nourriture_enfant_a_mange_durant_mala die	321	191	60.95 [0.55:0.67]	1.2	1.2 [0.76:1.91]	0.440	1.18 [0.55:2.65]	0.674	1.36 [0.84:2.24]	0.21 5	2.42 [0.57:16.4]	0.276
A_recherche_soins_ou_traitement_contre_diarrhee	321	205	62.31 [0.56:0.68]	1.3	1.72 [1.07:2.8]	0.028	0.71 [0.33:1.54]	0.371	1.58 [0.95:2.66]	0.07 9	1.14 [0.29:5.48]	0.857
Moustiquaire_observede	512	458	89.18 [0.85:0.92]	1.9	1.12 [0.63:2.03]	0.711	1.14 [0.43:3.92]	0.812	1.61 [0.82:3.47]	0.19 5	0.96 [0.26:6.16]	0.953
Niveau_d_instruction_de_la_mere (primaire ou superieur)	922	311	30.74 [0.25:0.37]	4	0.63 [0.47:0.83]	0.002	1.07 [0.64:1.75]	0.780	0.61 [0.44:0.83]	0.00 2	0.57 [0.23:1.28]	0.199
Frequence_de_lecture_du_journal_ou_du_magazin e (jamais ou moins d'une fois par semaine)	141	128	92.17 [0.86:0.96]	1.1	1.25 [0.36:5.84]	0.742	1.36 [0.24:25.7]	0.778	1.47 [0.37:9.87]	0.62 9	.	.
Frequence_d_ecoute_de_la_radio (jamais ou moins d'une fois par semaine)	882	765	88.49 [0.85:0.91]	2.4	1.79 [1.17:2.8]	0.008	1.5 [0.72:3.67]	0.324	1.54 [0.97:2.53]	0.07 4	.	.
Frequence_de_visionnage_de_la_TV (jamais ou moins d'une fois par semaine)	884	788	91.42 [0.87:0.94]	3.7	1.78 [1.13:2.88]	0.016	0.67 [0.35:1.38]	0.242	1.49 [0.91:2.56]	0.13 1	1.12 [0.39:4.76]	0.854

A_recu_des_soins_prenataux	632	413	63.72 [0.55:0.71]	4.3	0.63 [0.44:0.88]	0.007	1.07 [0.61:1.91]	0.820	0.52 [0.36:0.75]	0.001	0.35 [0.14:0.83]	0.018
A_propre_carnet_de_vaccinations	628	331	50.78 [0.43:0.59]	3.8	0.72 [0.52:1.01]	0.056	1.24 [0.73:2.16]	0.429	0.77 [0.53:1.11]	0.162	0.41 [0.15:0.97]	0.052
Lieu_d_accouchement (maison)	632	463	74.73 [0.67:0.81]	4	1.28 [0.88:1.89]	0.199	1.35 [0.73:2.67]	0.358	1.86 [1.2:2.98]	0.008	1.69 [0.62:5.9]	0.351
Taille_de_l_enfant (plus petit que la moyenne)	907	148	17.92 [0.13:0.24]	4.3	0.99 [0.66:1.46]	0.951	1.32 [0.71:2.36]	0.356	1.5 [0.99:2.26]	0.051	1.96 [0.77:4.67]	0.140
On_a_pese_l_enfant_a_la_naissance	631	153	23.5 [0.17:0.32]	4.6	0.95 [0.64:1.39]	0.786	0.67 [0.32:1.28]	0.247	0.81 [0.52:1.25]	0.355	0.47 [0.11:1.4]	0.230
A_allaite	631	625	99.25 [0.98:1]	1.3	0.52 [0.1:2.82]	0.422	0.53 [0.08:10.18]	0.562	0.64 [0.12:4.66]	0.610	.	.
Enfant_mis_au_sein_pour_la_premiere_fois_unite	624	431	69.19 [0.63:0.74]	2.2	0.7 [0.49:1]	0.048	0.87 [0.5:1.56]	0.622	0.58 [0.39:0.85]	0.005	0.95 [0.39:2.52]	0.909
Enfant_a_bu_autre_chose_que_du_lait_maternel_pendant_les_trois_jours_apres_la_naissance	625	522	84.19 [0.78:0.89]	3.6	1.47 [0.93:2.39]	0.107	1.83 [0.82:4.86]	0.176	2.28 [1.29:4.3]	0.007	4.33 [0.89:78.04]	0.155
Duree_de_sejour_dans_la_structure_de_sante_unit_e	157	93	60.57 [0.47:0.73]	2.8	0.66 [0.33:1.33]	0.248	0.47 [0.13:1.54]	0.213	1.68 [0.7:4.35]	0.260	.	.
L_enfant_est_controle_apres_l_accouchement	113	88	77.31 [0.65:0.86]	1.8	1.04 [0.41:2.82]	0.929	1.01 [0.22:7.06]	0.994	2.64 [0.81:11.86]	0.143	.	.
La_mere_est_controle_apres_l_accouchement	113	89	78.14 [0.63:0.88]	2.6	0.77 [0.3:2.02]	0.576	0.95 [0.21:6.68]	0.952	1.67 [0.56:6.19]	0.395	.	.
Actuellement_enceinte	877	112	12.9 [0.11:0.16]	1.2	1.78 [1.19:2.66]	0.005	0.48 [0.17:1.11]	0.122	1.24 [0.8:1.89]	0.336	0.48 [0.08:1.63]	0.320
Dispute_avec_lui	880	172	21.45 [0.17:0.27]	3.1	0.81 [0.57:1.14]	0.233	0.72 [0.35:1.35]	0.334	1 [0.68:1.44]	0.989	0.83 [0.28:2.02]	0.700
Actuellement_mariee_ou_vit_avec_un_homme	884	833	94.83 [0.93:0.96]	1.4	0.86 [0.49:1.53]	0.596	0.83 [0.35:2.44]	0.694	0.61 [0.34:1.13]	0.105	0.55 [0.18:2.34]	0.333
Mari_a_des_autres_femmes_epouses_partenaires	829	305	35.84 [0.29:0.43]	4.3	1.35 [1.01:1.8]	0.041	1.3 [0.78:2.14]	0.313	1.42 [1.03:1.94]	0.030	1.87 [0.86:4.08]	0.111
Etait_marie_ou_vivait_comme_12_derniers_mois	45	15	26.86 [0.14:0.44]	1.3	2.25 [0.65:8.34]	0.209	0 [NA:9.42288162585743e+135]	0.995	1 [0.27:3.53]	1.000	.	.
Estimation_de_bonheur_en_general	265	212	79.17 [0.71:0.86]	2.2	0.43 [0.23:0.8]	0.008	0.48 [0.19:1.33]	0.134	0.36 [0.19:0.69]	0.002	0.19 [0.04:0.73]	0.015
Proprietaire_de_la_maison	881	26	2.58 [0.02:0.04]	1.6	0.95 [0.41:2.08]	0.892	0.91 [0.14:3.16]	0.902	0.79 [0.29:1.88]	0.613	1.12 [0.06:5.58]	0.913
Proprietaire_d_un_terrain	881	53	6.03 [0.04:0.09]	1.8	0.7 [0.38:1.25]	0.241	0.89 [0.26:2.26]	0.827	0.76 [0.38:1.43]	0.420	1.1 [0.17:3.81]	0.898
Materiau_principal_du_sol	868	729	85.94 [0.81:0.9]	3	1.56 [1.06:2.31]	0.025	0.7 [0.39:1.31]	0.236	1.39 [0.92:2.17]	0.132	1.85 [0.64:7.8]	0.318
Electricite	922	132	11.54 [0.07:0.17]	5.4	0.59 [0.39:0.88]	0.010	0.92 [0.43:1.76]	0.816	0.52 [0.31:0.82]	0.006	0.62 [0.15:1.78]	0.438
Radio	921	352	35.43 [0.3:0.42]	3.6	0.79 [0.6:1.04]	0.098	0.97 [0.59:1.58]	0.917	0.75 [0.55:1.01]	0.060	0.65 [0.28:1.38]	0.278
Television	922	128	10.74 [0.07:0.15]	3.4	0.5 [0.33:0.75]	0.001	1.08 [0.53:2.03]	0.821	0.57 [0.35:0.9]	0.020	0.64 [0.15:1.85]	0.474
Refrigerateur_Congelateur	922	25	2.24 [0.01:0.04]	2.5	0.58 [0.22:1.35]	0.229	0.99 [0.16:3.43]	0.987	0.5 [0.14:1.32]	0.206	1.18 [0.07:5.9]	0.871

Telephone_mobile	922	589	62.83 [0.57:0.68]	2.8	0.84 [0.64:1.11]	0.216	0.77 [0.47:1.25]	0.277	0.88 [0.65:1.19]	0.39 7	0.52 [0.25:1.07]	0.073
Bicyclette	922	485	51.51 [0.42:0.6]	7.5	0.9 [0.69:1.17]	0.414	0.63 [0.38:1.01]	0.057	0.73 [0.54:0.97]	0.03 1	0.55 [0.26:1.13]	0.112
Moto_Scooter	922	331	33.39 [0.28:0.4]	3.8	0.79 [0.59:1.04]	0.091	1.32 [0.81:2.13]	0.259	0.69 [0.51:0.94]	0.02 1	1.14 [0.53:2.34]	0.734
Charrette_tiree_par_un_animal	922	38	4.26 [0.02:0.09]	5.3	0.99 [0.5:1.9]	0.971	0.64 [0.1:2.16]	0.545	0.7 [0.3:1.48]	0.37 7	0.78 [0.04:3.79]	0.807
Voiture_Camion	922	11	0.95 [0:0.02]	1.5	0.86 [0.23:2.88]	0.817	2.57 [0.39:10.2]	0.233	1 [0.22:3.48]	0.99 6	2.89 [0.15:15.81]	0.320
Menage_possede_des_animaux_de_ferme_ou_de_l_a_volaille	922	801	88.62 [0.84:0.92]	4.2	0.88 [0.6:1.3]	0.511	0.77 [0.42:1.54]	0.429	0.82 [0.55:1.26]	0.35 8	0.51 [0.22:1.3]	0.125
Source_principale_d_eau_potable	922	118	14.83 [0.07:0.28]	19.2	1.44 [0.97:2.12]	0.068	1.36 [0.68:2.52]	0.359	1.37 [0.9:2.06]	0.13 7	1.65 [0.6:3.87]	0.280
Traite_l_eau_avant_de_la_boire (non amélioré)	921	75	8.23 [0.05:0.13]	4.1	0.98 [0.6:1.58]	0.926	1.23 [0.5:2.61]	0.627	0.83 [0.46:1.4]	0.49 5	0.78 [0.12:2.67]	0.739
Type_de_toilettes (non amélioré/pas de toilettes)	922	794	88.36 [0.83:0.92]	4.6	.	.	0.61 [0.34:1.15]	0.107	1.1 [0.72:1.7]	0.66 9	0.85 [0.35:2.55]	0.743
Partage_ces_toilettes_avec_d'autres_personnes_q ui_ne_sont_pas_membres_du_menage	713	79	10.98 [0.08:0.15]	2.5	0.97 [0.59:1.56]	0.891	1.83 [0.87:3.56]	0.090	1.4 [0.84:2.28]	0.18 5	2.52 [0.9:6.13]	0.056
Savon_ou_autres_produits_nettoyants_sont_dispo nibles_dans_le_menage	843	521	61.87 [0.54:0.69]	5.2	1.32 [0.99:1.76]	0.060	1.33 [0.79:2.33]	0.295	1.27 [0.93:1.74]	0.14 4	2.09 [0.88:5.77]	0.118
Sexe_du_chef_de_menage (homme)	922	829	90.11 [0.86:0.93]	3.7	0.8 [0.52:1.24]	0.321	1.31 [0.6:3.45]	0.543	0.8 [0.51:1.29]	0.34 4	1.06 [0.36:4.48]	0.930
A_effecute_un_test_du_VIH_SIDA_depuis_le_mom ent_ou_a_ete_testee_pendant_la_grossesse	172	42	22.75 [0.14:0.35]	2.5	0.44 [0.18:0.99]	0.058	0.31 [0.05:1.14]	0.128	0.14 [0.02:0.48]	0.00 8	.	.
Type_d_occupation_principale_menage	922	546	61.29 [0.5:0.71]	11.2	1.28 [0.98:1.68]	0.072	1.59 [0.96:2.69]	0.076	1.19 [0.88:1.6]	0.25 7	1.74 [0.82:4.02]	0.169
Type_d_occupation_principale_agricolture	922	110	11.84 [0.08:0.18]	5.5	1.01 [0.67:1.51]	0.956	1.01 [0.46:2]	0.969	1.05 [0.66:1.62]	0.83 3	1.41 [0.47:3.47]	0.490
Type_d_occupation_principale_industrie	922	51	4.91 [0.02:0.1]	5.6	0.75 [0.4:1.34]	0.336	.	.	0.81 [0.4:1.52]	0.53 0	.	.
Type_d_occupation_principale_commerce	922	51	5.03 [0.03:0.08]	2.3	0.62 [0.32:1.12]	0.123	0.45 [0.07:1.49]	0.274	0.72 [0.35:1.38]	0.34 3	.	.
Type_d_occupation_principale_servis et admin	922	50	5.42 [0.03:0.1]	4.3	0.7 [0.37:1.27]	0.251	0.75 [0.18:2.11]	0.633	0.65 [0.3:1.27]	0.23 4	.	.
Materiau_principal_du_toit_feuille	896	282	34.96 [0.24:0.48]	14.3	1.12 [0.84:1.49]	0.443	0.91 [0.53:1.53]	0.733	1.23 [0.9:1.69]	0.19 1	1.96 [0.93:4.07]	0.072
Materiau_principal_du_toit_palm/bamboo	896	257	28.9 [0.19:0.41]	13.7	1.14 [0.85:1.54]	0.371	0.83 [0.47:1.42]	0.518	0.82 [0.59:1.15]	0.25 6	0.76 [0.3:1.7]	0.526
Materiau_principal_du_toit_metal	896	346	35.19 [0.28:0.43]	5.2	0.81 [0.61:1.06]	0.131	1.1 [0.67:1.8]	0.698	0.92 [0.68:1.25]	0.60 6	0.56 [0.23:1.23]	0.170
Personne_habituellement_chargee_de_chercher_d e_l_eau_femme >15y	836	618	74.98 [0.67:0.81]	5.4	1.37 [0.99:1.9]	0.056	1.02 [0.59:1.87]	0.936	1.2 [0.85:1.73]	0.31 2	1.53 [0.61:4.62]	0.401
Personne_habituellement_chargee_de_chercher_d e_l_eau_homme >15y	836	42	5.32 [0.03:0.09]	3.6	1.39 [0.74:2.59]	0.304	0.56 [0.09:1.9]	0.438	0.63 [0.27:1.31]	0.24 2	0.74 [0.04:3.61]	0.766
Personne_habituellement_chargee_de_chercher_d e_l_eau_Jeune fille <15y	836	131	14.05 [0.1:0.19]	3.2	0.56 [0.37:0.84]	0.005	1.34 [0.68:2.46]	0.367	0.9 [0.58:1.37]	0.62 6	0.96 [0.28:2.55]	0.936
Personne_habituellement_chargee_de_chercher_d e_l_eau_Jeune garçon <15y	836	45	5.65 [0.04:0.09]	2.7	0.94 [0.5:1.74]	0.847	0.54 [0.09:1.8]	0.397	0.99 [0.48:1.89]	0.96 8	.	.

child_age_groups (moins de 24 mois)	922	373	41.21 [0.38:0.44]	0.7	0.34 [0.25:0.45]	0.000	3.21 [1.96:5.37]	0.000	0.64 [0.47:0.86]	0.00 4	1.24 [0.6:2.55]	0.553
-------------------------------------	-----	-----	-------------------	-----	------------------	-------	------------------	-------	------------------	-----------	--------------------	-------

ANNEXE B: REGRESSIONS LINEAIRES MICS 2014

Tableau 18: Associations non ajustées entre les facteurs de risque et la classification binaire de l'émaciation, du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale démontrées par régression linéaire (SOURCE: Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2014)

Facteur de risque					T/A <-2			P/T<-2			P/A <-2		
Statistiques descriptives et régressions linéaires					Enfants 6-59 mois			Enfants 6-59 mois			Enfants 6-59 mois		
Indicateur	N	Mean	Standard error	Design Effect	Coeff.	SE	P-value	Coeff.	SE	P-value	Coeff.	SE	P-value
		[95% CI]											
Age_mois	922	28.4 [27.43:29.37]	0.49	0.8	-0.023	0.003	0.000	0.003	0.002	0.117	-0.01	0.002	0.000
Laisse_seul_pendant_plus_d_1_heure_semaine_derniere	922	0.9 [0.72:1.07]	0.09	2.7	-0.041	0.031	0.192	0.004	0.022	0.840	-0.021	0.024	0.378
Combined_wealth_score	922	-1.12 [-1.21:-1.03]	0.04	5	0.128	0.082	0.120	-0.116	0.058	0.044	0.007	0.063	0.916
Age_de_la_femme	884	28.9 [28.26:29.55]	0.33	2	-0.01	0.008	0.212	-0.007	0.006	0.200	-0.008	0.006	0.160
Total_de_naissances	884	4.7 [4.43:4.97]	0.14	2.2	-0.042	0.020	0.036	-0.029	0.014	0.037	-0.037	0.015	0.013
Poids_de_l_enfant_kg	922	10.61 [10.4:10.81]	0,10	0.9	0.048	0.016	0.003	0.099	0.011	0.000	0.109	0.012	0.000
Poids_a_la_naissance	646	1.29 [1.23:1.36]	0.03	2.6	-0.313	0.128	0.015	-0.144	0.093	0.121	-0.295	0.099	0.003
Age_du_mari_ou_partenaire	780	38.8 [37.5:40.11]	0.67	2.9	-0.005	0.005	0.364	-0.004	0.004	0.337	-0.001	0.004	0.757
Temps_en_minutes_pour_aller_chercher_de_l_eau_et_revenir	833	24.37 [19.68:29.06]	2.39	8.9	0.001	0.003	0.820	0.000	0.002	0.851	0.000	0.002	0.912
Age_au_premier_mariage	217	15.94 [15.3:16.58]	0.33	4.9	0.008	0.020	0.694	0.018	0.013	0.164	0.014	0.015	0.345
Laisse_avec_un_enfant_pendant_plus_1_heure_semaine_derniere	917	1.79 [1.52:2.05]	0.14	3.2	-0.073	0.023	0.002	0.017	0.017	0.298	-0.028	0.018	0.114
Niveau_d_instruction_du_chef_de_menage	919	.	.	5.9	0.178	0.060	0.003	0.019	0.042	0.660	0.117	0.046	0.011

ANNEXE C: REGRESSIONS LOGISTIQUES EDS 2018

Tableau 19: Associations non-ajustées entre les facteurs de risque et la classification binaire de l'émaciation, du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale et de l'anémie démontrées par régression logistique (SOURCE: Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018)

Facteur de risque					T/A <-2		P/T<-2		P/A <-2		T/A & P/T <-2		Anemie (Hg/dl)	
Statistiques descriptives et régressions logistiques					Enfants 6-59 mois		Enfants 6-59 mois		Enfants 6-59 mois		Enfants 6-59 mois		Enfants 6-59 mois	
Indicateur	N	n	Proportion in analysed sample	Design effect	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	p-value	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	P-value
			[95% CI]		[95% CI]		[95% CI]		[95% CI]		[95% CI]		[95% CI]	
Type of place of residence (rural)	627	418	70.49[0.59:0.8]	7.7	1.51[1.06:2.17]	0.0255	1.01[0.56:1.86]	0.979	1.45[0.97:2.22]	0.075	1.21[0.44:3.85]	0.721	1.6[1.11:2.31]	0.012
Source of drinking water: un-improved (vs improved)	620	160	25.57[0.18:0.35]	5.7	1.04[0.71:1.51]	0.857	1.83 [1.00:3.26]	0.044	1.28[0.84:1.93]	0.248	2.28[0.8:6.21]	0.109	1.21[0.81:1.82]	0.368
Type of toilet facility	620	394	67.77[0.55:0.78]	9.7	1.24[0.88:1.77]	0.223	0.88[0.5:1.58]	0.659	1.12[0.76:1.67]	0.572	0.97[0.35:2.88]	0.952	1.3[0.91:1.87]	0.148

Household has electricity	620	114	15.96[0.1:0.25]	6.1	0.41[0.25:0.67]	0.000	0.34[0.1:0.86]	0.042	0.38[0.20:0.68]	0.002	.	.	0.84[0.54:1.33]	0.457
Household has radio	620	171	26.05[0.2:0.34]	4.1	0.83[0.56:1.2]	0.324	0.68[0.33:1.31]	0.275	0.71[0.45:1.10]	0.135	0.61[0.14:1.93]	0.451	0.94[0.64:1.4]	0.775
Household has television	620	97	14.36[0.09:0.23]	6	0.5[0.3:0.82]	0.008	0.53[0.18:1.26]	0.195	0.43[0.22:0.78]	0.009	0.35[0.02:1.76]	0.312	0.91[0.57:1.48]	0.704
Household has refrigerator	620	24	3.16[0.02:0.06]	2.5	0.37[0.11:0.98]	0.070	.	.	0.47[0.11:1.38]	0.225	.	.	0.69[0.28:1.73]	0.410
Household has bicycle	620	267	44.14[0.37:0.51]	2.9	0.87[0.62:1.22]	0.413	0.93[0.52:1.65]	0.813	0.76[0.52:1.11]	0.162	1.33[0.48:3.67]	0.569	1.26[0.89:1.81]	0.195
Household has motorcycle/scooter	620	181	29.5[0.23:0.37]	3.7	0.86[0.59:1.24]	0.419	0.93[0.49:1.71]	0.826	0.74[0.48:1.13]	0.171	0.54[0.12:2.17]	0.344	1.2[0.81:1.78]	0.368
Main roof material (metal vs leaves)	620	338	54.47[0.44:0.64]	6.3	0.74[0.53:1.03]	0.078	1.66[0.93:3.06]	0.094	1.03[0.7:1.5]	0.894	0.82[0.3:2.25]	0.694	0.96[0.67:1.36]	0.805
Sex of household head: female	627	71	11.32[0.07:0.17]	3.8	1.04[0.61:1.74]	0.878	1.21[0.48:2.63]	0.661	1.9[1.1:3.2]	0.019	0.49[0.03:2.45]	0.490	0.68[0.4:1.16]	0.151
Mother reading magazine once a week or less (vs not at all)	627	25	3.54[0.02:0.07]	2.3	0.24[0.06:0.71]	0.023	2.07[0.59:5.7]	0.198	0.44[0.1:1.31]	0.194	3.34[0.51:12.8]	0.123	0.5[0.21:1.21]	0.123
Mother listening to radio once a week or less (vs not at all)	627	89	14.26[0.09:0.22]	5.6	0.47[0.27:0.78]	0.006	1.21[0.54:2.46]	0.620	0.43[0.21:0.8]	0.012	0.8[0.12:2.89]	0.764	0.78[0.48:1.29]	0.324
Mother watching tv once a week or less (vs not at all)	627	94	14.06[0.08:0.24]	7.4	0.45[0.26:0.75]	0.003	0.83[0.33:1.78]	0.654	0.31[0.14:0.6]	0.001	0.74[0.12:2.7]	0.698	0.72[0.45:1.16]	0.171
Toilet facilities shared with other households	549	68	10.28[0.06:0.17]	3.7	0.79[0.45:1.36]	0.406	2.08[0.94:4.27]	0.056	1.12[0.61:1.98]	0.706	0.58[0.03:3.03]	0.607	0.75[0.44:1.32]	0.318
Place of delivery: home (vs hospital)	625	366	60.03[0.5:0.69]	6.2	1.72[1.23:2.44]	0.002	1.03[0.59:1.84]	0.919	1.99[1.34:2.99]	0.001	1.31[0.49:3.85]	0.598	1.52[1.07:2.16]	0.021
Currently pregnant	627	79	13.27[0.1:0.17]	1.3	1.17[0.71:1.89]	0.538	0.25[0.04:0.82]	0.056	0.63[0.32:1.13]	0.142	.	.	1.16[0.71:1.95]	0.566
Mother using a natural/prescribed contraceptive method	627	60	8.76[0.05:0.14]	3.2	0.54[0.28:0.98]	0.051	0.74[0.22:1.9]	0.577	0.49[0.21:0.99]	0.066	0.58[0.03:3.94]	0.604	0.82[0.47:1.46]	0.495
At health facility told of family planning	407	89	20.46[0.13:0.31]	5.3	1.35[0.81:2.2]	0.240	1.92[0.86:4.06]	0.095	2.12[1.23:3.61]	0.006	1.2[0.17:5.33]	0.822	0.98[0.57:1.71]	0.945
Gave child juice	450	6	1.07[0:0.03]	1.5	1.01[0.14:5.26]	0.988	.	.	.	.	.	.	1.07[0.21:7.8]	0.938
Gave child tinned powdered or fresh milk	450	16	4.46[0.02:0.1]	3.6	0.67[0.18:1.95]	0.489	2.06[0.46:6.69]	0.275	1.48[0.46:4.16]	0.481	.	.	0.61[0.2:1.94]	0.388
Gave child baby formula	450	8	1.48[0.01:0.04]	1.6	0.28[0.02:1.62]	0.242	2.95[0.42:13.28]	0.193	1.07[0.15:4.71]	0.938	.	.	0.71[0.15:3.64]	0.655
Gave child fortified baby food	450	5	0.73[0:0.04]	2.2	0.5[0.03:3.44]	0.541	0[NA:1.30081554238699e+42]	0.989	0[NA:1.240331283034e+23]	0.982	.	.	0.35[0.05:2.14]	0.255
Gave child soup/clear broth	450	25	4.47[0.02:0.09]	2.9	0.62[0.22:1.52]	0.327	.	.	.	.	.	.	1.88[0.72:5.82]	0.226
Gave child bread noodles other made from grains	450	290	65.65[0.58:0.73]	2.9	1.55[1.02:2.39]	0.045	1.58[0.82:3.28]	0.191	1.47[0.92:2.37]	0.112	2.7[0.7:7.7]	0.204	1.77[1.1:2.85]	0.018
Gave child potatoes cassava or other tubers	450	13	2.4[0.01:0.05]	1.5	1.77[0.56:5.42]	0.313	.	.	0.57[0.09:2.18]	0.474	.	.	1.21[0.39:4.54]	0.754
Gave child eggs	450	16	2.58[0.01:0.06]	2	0.67[0.18:1.95]	0.489	0.56[0.03:2.89]	0.584	0.21[0.01:1.03]	0.128	.	.	1.18[0.42:3.83]	0.758

Gave child meat (beef pork lamb chicken etc)	450	42	11.1[0.05:0.24]	9.5	1.43[0.73:2.72]	0.283	1.85[0.72:4.23]	0.168	1.31[0.63:2.61]	0.450	1.94[0.29:7.69]	0.403	1.46[0.73:3.16]	0.305
Gave child pumpkin carrots squash (yellow or orange inside)	450	10	1.88[0.01:0.05]	1.9	0.87[0.18:3.17]	0.837	0.96[0.05:5.26]	0.966	0.8[0.12:3.23]	0.774	.	.	1.25[0.34:5.9]	0.745
Gave child any dark green leafy vegetables	450	196	46.15[0.37:0.56]	4.3	1.87[1.26:2.8]	0.002	0.96[0.51:1.77]	0.901	1.58[1.02:2.46]	0.039	0.61[0.16:1.98]	0.432	0.96[0.63:1.47]	0.862
Gave child mangoes papayas other vitamin A fruits	450	13	3.01[0.01:0.08]	3.6	0.6[0.13:2]	0.443			0.57[0.09:2.18]	0.474	.	.	0.85[0.28:2.87]	0.781
Gave child any other fruits	450	112	24.78[0.18:0.33]	3.5	1.06[0.67:1.65]	0.816	1.67[0.85:3.15]	0.123	1.24[0.75:2]	0.397	1.48[0.39:4.8]	0.528	1.02[0.64:1.63]	0.939
Gave child liver heart other organs	450	5	0.99[0:0.03]	1.2	3.08[0.51:23.6]	0.220	2.18[0.11:15.12]	0.491	.	.	.	.	0.35[0.05:2.14]	0.255
Gave child fish or shellfish	450	99	21.8[0.15:0.3]	3.4	1.02[0.63:1.63]	0.943	0.83[0.36:1.71]	0.627	0.71[0.4:1.21]	0.221	0.68[0.1:2.64]	0.626	0.87[0.54:1.42]	0.586
Gave child food made from beans peas lentils, nuts	450	39	8.78[0.05:0.14]	2.3	0.89[0.42:1.78]	0.753	0.7[0.16:2.04]	0.563	0.68[0.27:1.5]	0.370	.	.	0.63[0.34:2.125]	0.180
Gave child cheese yogurt other milk products	450	9	3.4[0.01:0.08]	2.6	0.57[0.08:2.41]	0.491	2.53[0.37:10.84]	0.257	0.91[0.13:3.84]	0.909	4.77[0.25:29.52]	0.157	0.42[0.1:1.61]	0.200
Gave child foods made with red palm oil palm nut or palm nut pulp sauce	450	10	1.75[0.01:0.05]	2	0.5[0.07:2.03]	0.385	0.96[0.05:5.26]	0.966	0.35[0.02:1.89]	0.321	.	.	1.25[0.34:5.9]	0.745
Gave grubs snails insects or other small protein food	450	17	3.37[0.02:0.06]	1.5	0.84[0.26:2.31]	0.746			0.68[0.15:2.12]	0.544	.	.	0.68[0.25:1.93]	0.447
Gave child yogurt	450	3	0.49[0:0.02]	1.1	1.01[0.05:10.67]	0.991			1.6[0.07:16.9]	0.701	.	.	0.26[0.01:2.78]	0.279
Child put to breast above 1hour	587	346	58.5[0.5:0.67]	4.2	0.94[0.67:1.33]	0.718	1.17[0.65:2.15]	0.615	1.04[0.7:1.54]	0.853	0.62[0.23:1.64]	0.328	0.67[0.46:0.97]	0.036
Mother anemic	625	289	45.12[0.38:0.52]	3.3	1.17[0.84:1.63]	0.349	1.38[0.79:2.42]	0.263	1.13[0.78:1.64]	0.529	2.16[0.81:6.34]	0.134	1.53[1.07:2.18]	0.019
Disposes of child stool not in toilet	450	117	27.92[0.21:0.36]	3.4	0.76[0.48:1.2]	0.252	0.77[0.35:1.55]	0.486	0.5[0.28:0.85]	0.014	0.94[0.21:3.22]	0.928	1.25[0.76:2.09]	0.395
Getting medical help for self: getting permission to go	627	223	36.82[0.29:0.45]	4.4	1.22[0.87:1.72]	0.250	1.37[0.77:2.41]	0.274	1.35[0.92:1.97]	0.127	2.07[0.78:5.59]	0.141	1.05[0.73:1.51]	0.799
Getting medical help for self: getting money needed for treatment	627	529	86.17[0.81:0.9]	2.5	2.16[1.31:3.69]	0.003	1.56[0.7:4.16]	0.321	2.16[1.2:4.17]	0.014	1.41[0.39:9.06]	0.649	1.03[0.63:1.65]	0.908
Getting medical help for self: distance to health facility	627	273	44.29[0.34:0.55]	6.9	0.89[0.64:1.25]	0.514	0.89[0.5:1.56]	0.684	0.81[0.55:1.18]	0.267	1.9[0.72:5.3]	0.199	0.99[0.7:1.41]	0.955
Getting medical help for self: not wanting to go alone	627	131	21.43[0.17:0.27]	2.7	1.09[0.72:1.63]	0.679	1.72[0.9:3.14]	0.087	0.94[0.58:1.48]	0.791	2.82[1.01:7.51]	0.039	0.94[0.62:1.45]	0.788
Mother currently residing with husband	585	540	91.35[0.85:0.95]	4	0.57[0.31:1.06]	0.073	0.94[0.36:3.25]	0.917	0.33[0.18:0.63]	0.001	1.25[0.24:22.87]	0.831	1.27[0.63:3.49]	0.494
Mother currently working	627	508	83.07[0.77:0.88]	3.4	1.28[0.83:1.98]	0.268	0.81[0.42:1.66]	0.541	1.02[0.64:1.67]	0.928	1.78[0.49:11.41]	0.447	0.68[0.42:1.09]	0.114
Woman/together decide how to spend her earnings	355	320	91.29[0.83:0.96]	3.9	0.85[0.41:1.84]	0.666	1.32[0.37:8.45]	0.715	1.74[0.71:5.25]	0.268	.	.	1.02[0.46:2.16]	0.960
Woman/together decides on healthcare	585	195	34.21[0.26:0.43]	4.6	1.06[0.74:1.52]	0.745	0.54[0.26:1.04]	0.081	0.89[0.58:1.34]	0.578	0.66[0.18:1.92]	0.473	0.85[0.58:1.25]	0.412
Person who usually decides on large household purchases	585	196	34.16[0.25:0.45]	6.2	1.17[0.82:1.68]	0.380	0.54[0.26:1.04]	0.081	0.77[0.5:1.16]	0.220	0.66[0.18:1.92]	0.473	1.27[0.86:1.88]	0.227
Woman/together decides on visiting family	585	252	44.86[0.36:0.54]	5.3	0.78[0.55:1.1]	0.164	0.6[0.31:1.09]	0.104	0.8[0.53:1.18]	0.256	0.79[0.27:2.16]	0.655	1.11[0.77:1.61]	0.567

woman/together decide how to spend husband earning	585	80	13.82[0.09:0.2]	3.8	1.01[0.61:1.65]	0.957	1.24[0.52:2.63]	0.592	1.14[0.65:1.95]	0.632	1.49[0.34:4.75]	0.542	0.7[0.43:1.17]	0.171
Beating justified if wife goes out without telling husband	627	184	30.79[0.22:0.41]	6.4	0.82[0.56:1.18]	0.281	0.83[0.43:1.53]	0.570	0.83[0.54:1.24]	0.368	0.31[0.05:1.12]	0.125	0.88[0.61:1.29]	0.5206
Beating justified if wife neglects the children	627	243	37[0.31:0.44]	2.8	1.12[0.8:1.57]	0.498	0.86[0.47:1.53]	0.617	1.13[0.77:1.66]	0.516	0.66[0.21:1.81]	0.447	0.98[0.69:1.41]	0.920
Beating justified if wife argues with husband	627	200	33.08[0.26:0.41]	3.6	1.15[0.81:1.63]	0.447	1.07[0.58:1.91]	0.831	1.13[0.76:1.67]	0.542	0.88[0.28:2.4]	0.807	1.09[0.75:1.59]	0.647
Beating justified if wife refuses to have sex with husband	627	180	29.02[0.23:0.36]	3.3	0.76[0.52:1.1]	0.149	0.85[0.44:1.57]	0.625	0.78[0.51:1.19]	0.257	0.75[0.21:2.16]	0.622	0.97[0.69:1.43]	0.869
Beating justified if wife burns the food	627	141	20.54[0.15:0.28]	3.9	1.05[0.7:1.55]	0.816	1.13[0.56:2.11]	0.724	1.14[0.73:1.75]	0.560	0.74[0.17:2.32]	0.645	0.7[0.47:1.05]	0.085
Owens a house alone or jointly	627	37	5.89[0.03:0.11]	4.2	0.5[0.21:1.06]	0.086	0.28[0.02:1.32]	0.210	0.28[0.07:0.79]	0.037	.	.	2.79[1.21:7.58]	0.025
Owens land alone or jointly	627	60	10.18[0.06:0.16]	4	0.73[0.4:1.3]	0.305	0.34[0.05:1.12]	0.137	0.73[0.35:1.4]	0.368	.	.	1.35[0.74:2.56]	0.337
Child is twin	627	18	2.75[0.01:0.07]	3.9	0.57[0.16:1.62]	0.325	0.61[0.03:3.05]	0.631	0.66[0.15:2.04]	0.520	2.28[0.12:12.28]	0.438	1.26[0.45:4.04]	0.675
Sex of child male	627	311	50.8[0.45:0.57]	2.3	1.06[0.77:1.48]	0.712	1.08[0.62:1.9]	0.776	0.91[0.63:1.32]	0.630	1.14[0.43:3.06]	0.795	1.24[0.88:1.76]	0.221
Prenatal: no visits	396	76	19.72[0.14:0.27]	2.6	1.57[0.94:2.62]	0.084	1.84[0.77:4.07]	0.144	2.16[1.24:3.73]	0.006	4.48[1.22:16.51]	0.020	0.79[0.44:1.43]	0.423
During pregnancy, given or bought iron tablets/syrup (mother)	396	288	72.25[0.65:0.79]	2.3	0.65[0.41:1.03]	0.066	0.92[0.42:2.17]	0.843	0.58[0.35:0.96]	0.034	0.56[0.16:2.23]	0.379	1.38[0.82:2.32]	0.220
During pregnancy took SP/fansidar for malaria (mother)	395	261	66[0.59:0.73]	2.1	0.65[0.42:1]	0.049	1.08[0.5:2.45]	0.854	0.61[0.37:0.99]	0.044	0.76[0.21:3.03]	0.678	0.92[0.55:1.51]	0.735
Given child anything other than breast milk	371	193	52.66[0.45:0.6]	2.3	0.82[0.53:1.26]	0.362	1.93[0.9:4.41]	0.103	1.06[0.65:1.73]	0.817	3.76[0.93:25.13]	0.097	0.96[0.59:1.57]	0.882
Drugs for intestinal parasites during pregnancy	396	90	19.6[0.14:0.26]	2.3	1.03[0.63:1.68]	0.895	1.44[0.61:3.17]	0.376	0.56[0.29:1.03]	0.074	1.5[0.32:5.52]	0.563	0.99[0.57:1.75]	0.978
Respondent health checked after discharge/delivery at home	396	57	12.81[0.08:0.19]	2.4	1.18[0.65:2.09]	0.582	1.16[0.38:2.92]	0.775	1.02[0.5:1.94]	0.957	1.5[0.22:6.18]	0.614	1.29[0.66:2.65]	0.463
Baby postnatal check within 2 months	396	38	9.86[0.06:0.16]	2.5	0.87[0.41:1.75]	0.695	1.89[0.61:4.9]	0.221	1.26[0.56:2.62]	0.558	2.45[0.36:10.25]	0.269	1.35[0.67:3.33]	0.490
During first 2 days health provider: examine cord	395	121	27.56[0.21:0.35]	2.6	0.77[0.49:1.21]	0.263	0.91[0.39:1.97]	0.812	0.63[0.36:1.08]	0.100	1.5[0.38:5.35]	0.536	0.71[0.43:1.17]	0.175
During first 2 days health provider: measure temperature	395	118	27.79[0.21:0.36]	2.6	0.96[0.61:1.5]	0.846	0.66[0.26:1.51]	0.356	0.71[0.41:1.21]	0.222	1[0.21:3.67]	0.999	0.71[0.43:1.17]	0.175
During first 2 days health provider: counsel on newborn dangers	396	109	26.05[0.2:0.34]	2.5	0.69[0.42:1.1]	0.124	0.6[0.22:1.42]	0.280	0.65[0.36:1.13]	0.136	1.11[0.24:4.09]	0.877	0.59[0.35:0.97]	0.037
During first 2 days health provider: counsel on breastfeeding	396	126	29.68[0.23:0.38]	2.8	0.71[0.45:1.11]	0.139	0.73[0.3:1.61]	0.451	0.5[0.28:0.87]	0.017	1.43[0.36:5.11]	0.583	0.52[0.32:0.85]	0.008
During first 2 days health provider: observe breastfeeding	396	94	21.79[0.16:0.29]	2.1	0.77[0.46:1.25]	0.294	1.12[0.45:2.49]	0.796	0.7[0.38:1.24]	0.239	3.3[0.9:12.1]	0.064	0.75[0.45:1.29]	0.293
Has health card and or other vaccination document	380	269	71.09[0.63:0.78]	2.9	1.1[0.69:1.76]	0.692	1.28[0.58:3.13]	0.561	1.04[0.62:1.78]	0.897	0.58[0.18:1.99]	0.356	1.33[0.76:2.3]	0.317
Child had diarrhea in the past two weeks	627	81	12.1[0.09:0.16]	1.5	1.42[0.87:2.27]	0.153	2.08[1.01:4.04]	0.037	1.2[0.69:2.02]	0.503	2.12[0.58:6.16]	0.200	1.19[0.72:2.01]	0.515
Child had fever in last two weeks	627	113	18.5[0.13:0.26]	4.1	1.55[1.02:2.35]	0.038	3.26[1.79:5.86]	0.000	1.66[1.05:2.6]	0.027	4.18[1.54:11.19]	0.004	1.42[0.91:2.27]	0.131

Child had cough in last two weeks	627	58	8.68[0.06:0.12]	1.3	1.36[0.77:2.34]	0.277	1.5[0.59:3.29]	0.348	0.77[0.37:1.47]	0.444	1.29[0.2:4.74]	0.737	0.88[0.5:1.59]	0.669
Vitamin A in last 6 months	627	317	49.64[0.42:0.57]	3.3	0.98[0.71:1.37]	0.927	1.16[0.66:2.04]	0.603	1.04[0.72:1.51]	0.838	1.42[0.54:3.97]	0.479	1.06[0.75:1.5]	0.738
Taking iron pills sprinkles or syrup	627	56	7.92[0.04:0.14]	4.1	0.95[0.52:1.68]	0.875	0.37[0.06:1.24]	0.177	1.01[0.51:1.89]	0.969	1.37[0.21:5.05]	0.679	1.31[0.72:2.49]	0.390
Mother worried about not having enough food to eat the last 12 months	627	391	62.97[0.53:0.72]	6.4	1.69[1.19:2.41]	0.003	0.88[0.5:1.58]	0.667	1.57[1.06:2.36]	0.028	0.42[0.15:1.10]	0.081	1.02[0.71:1.47]	0.894
Mother could not eat nutritious and healthy foods the last 12 months	627	466	74.43[0.66:0.82]	5.3	1.52[1.03:2.26]	0.038	1.11[0.59:2.21]	0.750	1.99[1.25:3.27]	0.005	1.14[0.4:4.11]	0.816	0.75[0.49:1.13]	0.174
Mother almost always ate the same thing the last 12 months	627	431	68.92[0.58:0.78]	7.6	1.65[1.15:2.41]	0.008	1.31[0.71:2.54]	0.408	2.59[1.65:4.23]	0.000	1.48[0.51:5.29]	0.502	0.91[0.62:1.33]	0.629
Religion Christian	625	252	39.58[0.28:0.52]	9.3	1.05[0.75:1.46]	0.790	0.86[0.48:1.52]	0.613	0.74[0.5:1.09]	0.133	1.03[0.37:2.73]	0.947	0.8[0.57:1.15]	0.228
Religion Muslim	625	325	53.11[0.4:0.66]	11.3	1.06[0.76:1.48]	0.720	1.35[0.77:2.42]	0.295	1.73[1.18:2.54]	0.005	1.3[0.49:3.64]	0.594	1.42[1.01:2.02]	0.047
Religion Animist	625	48	7.31[0.04:0.13]	4.2	0.66[0.32:1.27]	0.235	0.46[0.07:1.57]	0.298	0.29[0.08:0.72]	0.018	.	.	0.6[0.32:1.16]	0.125

ANNEXE D: REGRESSIONS LINEAIRES EDS 2018

Tableau 20: Associations non ajustées entre les facteurs de risque et la classification binaire de l'émaciation, du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale et de l'anémie démontrées par régression linéaire (SOURCE: Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018)

Facteur de risque					T/A <-2			P/T <-2			P/A <-2			Anemie (Hg/dl)		
Statistiques descriptives et régressions linéaires					Enfants 6-59 mois			Enfants 6-59 mois			Enfants 6-59 mois			Enfants 6-59 mois		
Indicateur	N	Mean	Standard error	Design Effect	Coeff.	SE	P-value	Coeff.	SE	P-value	Coeff.	SE	P-value	Coeff.	SE	P-value
		[95% CI]														
Time to get to water source	620	19.28[16.16:22.4]	1.59	4.4	-0.003	0.004	0.361	-0.001	0.003	0.651	-0.001	0.003	0.625	-0.099	0.091	0.273
Number of household members	627	8.06[7.14:8.98]	0.47	5.9	-0.025	0.013	0.059	0.001	0.010	0.910	-0.015	0.010	0.135	0.733	0.334	0.029
Age of household head	627	39.43[37.69:41.18]	0.89	3	-0.003	0.006	0.632	-0.002	0.004	0.604	-0.002	0.004	0.618	0.125	0.142	0.380
Wealth index combined	627	1.74[1.58:1.89]	0.08	3.9	0.109	0.063	0.083	0.100	0.047	0.034	0.119	0.049	0.015	1.723	1.644	0.295
Births in last five years	627	1.9[1.8:2]	0.05	3.4	0.131	0.095	0.169	0.028	0.071	0.700	0.057	0.075	0.442	-1.670	2.488	0.502
Number of living children	627	4.09[3.81:4.37]	0.14	2.5	0.041	0.029	0.157	-0.021	0.022	0.330	0.010	0.023	0.672	0.346	0.761	0.649
Mother Body Mass Index	627	21.31[20.76:21.87]	0.28	4.6	0.071	0.019	0.000	0.056	0.014	0.000	0.081	0.015	0.000	0.482	0.499	0.334
Hemoglobin level (g/dl) mother	625	119.51[117.47:121.54]	1.03	2.6	0.003	0.004	0.423	0.003	0.003	0.397	0.003	0.003	0.305	-0.079	0.111	0.480
Children under 5 slept under mosquito bed net last night	627	1.23[1.15:1.31]	0.04	2.8	-0.014	0.109	0.896	0.142	0.081	0.082	0.059	0.085	0.491	-4.193	2.870	0.145
Number of other wives	583	0.33[0.25:0.41]	0.04	2.3	-0.191	0.100	0.057	0.021	0.074	0.771	-0.128	0.077	0.097	6.331	2.865	0.028
Ideal number of children	519	7.33[6.88:7.77]	0.22	3.8	0.022	0.026	0.401	-0.002	0.019	0.926	0.016	0.020	0.442	-0.031	0.741	0.967
Husband's education level	583	0.8[0.63:0.97]	0.08	6.1	0.123	0.081	0.130	0.173	0.059	0.004	0.216	0.062	0.001	-0.913	2.181	0.676

Husband's age	585	38.09[36.91:39.26]	0.6	1.9	0.002	0.007	0.783	-0.013	0.005	0.007	-0.008	0.005	0.126	0.210	0.173	0.225
Birth order number	627	4.15[3.88:4.41]	0.14	1.6	0.017	0.024	0.462	-0.021	0.018	0.242	-0.006	0.019	0.732	0.077	0.619	0.901
Months of breastfeeding	272	7.87[7.02:8.71]	0.43	1	-0.054	0.014	0.000	-0.014	0.011	0.187	-0.036	0.012	0.002	-0.090	0.137	0.511
Number of antenatal visits during pregnancy	396	3.32[2.96:3.67]	0.18	2.9	0.067	0.041	0.102	0.061	0.029	0.039	0.095	0.032	0.003	0.150	1.408	0.915
Child age in months	627	28.56[27.61:29.52]	0.49	0.5	-0.01	0.004	0.008	-0.003	0.003	0.312	-0.008	0.003	0.009	0.218	0.112	0.051
Child's weight in kilograms	627	10.88[10.6:11.16]	0.14	1	0.099	0.018	0.000	0.094	0.014	0.000	0.133	0.013	0.000	1.477	0.529	0.005
Child's height in centimeters	627	82.94[82.03:83.84]	0.46	0.6	0.026	0.005	0.000	-0.006	0.004	0.079	0.011	0.004	0.003	0.340	0.142	0.017
Hemoglobin level (g/dl) child	553	105.75[102.83:108.67]	1.49	1.1	0.003	0.002	0.115	0.002	0.001	0.163	0.003	0.001	0.021	1.000	0.000	0.000
Highest educational level mother	627	0.55[0.4:0.71]	0.08	7.5	0.185	0.090	0.040	0.119	0.068	0.079	0.198	0.070	0.005	0.515	2.366	0.828

ANNEXE E: REGRESSIONS LOGISTIQUES SMART 2017

Tableau 21: Associations non-ajustées entre les facteurs de risque et la classification binaire de l'émaciation, du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale démontrées par régression logistique (SOURCE: Enquête Nutritionnelle SMART 2017)

Facteur de risque	N	n	Proportion in analysed sample [95% CI]	T/A <-2		P/T <-2		P/A <-2	
				Odds Ratio [95% CI]	P-value	Odds Ratio [95% CI]	P-value	Odds Ratio [95% CI]	P-value
<i>Statistiques descriptives et régressions logistiques</i>				<i>Enfants 6-59 mois</i>		<i>Enfants 6-59 mois</i>		<i>Enfants 6-59 mois</i>	
Indicateur	N	n	Proportion in analysed sample [95% CI]	Odds Ratio [95% CI]	P-value	Odds Ratio [95% CI]	P-value	Odds Ratio [95% CI]	P-value
Child sex	314	158	50.32[44.79:55.85]	1.04[0.65:1.66]	0.873	0.99[0.23:4.24]	0.985	0.85[0.4:1.81]	0.674
Child age (< 23 months)	314	93	29.62[24.57:34.67]	0.61[0.35:1.04]	0.075	0.33[0.02:1.9]	0.306	0.85[0.34:1.92]	0.710
Child vit a supplementation in the last 6 months	302	198	65.56[60.2:70.92]	2.01[1.19:3.47]	0.010	0.69[0.15:3.58]	0.637	1.19[0.53:2.83]	0.685
Child deworming in the last 6 months	300	165	55[49.37:60.63]	1.31[0.81:2.14]	0.275	0.61[0.12:2.8]	0.518	1.18[0.55:2.62]	0.680
Child breastfed	95	82	86.32[79.41:93.23]	2.02[0.49:13.7]	0.385			0.51[0.11:3.74]	0.440
Child put at breast within one hour	82	22	26.83[17.24:36.42]	0.34[0.07:1.16]	0.114			0.43[0.02:2.72]	0.445
Child given water in the past 24hr	95	89	93.68[88.79:98.57]	0.66[0.12:4.97]	0.640			0.17[0.03:1.38]	0.063
Child given formula in the past 24h	95	1	1.05[-1:3.1]						
Child given other milk in the past 24h	95	2	2.11[-0.78:5]						
Child given clear slurry in the past 24h	95	41	43.16[33.2:53.12]	1.81[0.71:4.69]	0.211			1.74[0.43:7.44]	0.434
Child given fruit juice in the past 24h	95	3	3.16[-0.36:6.68]	1.5[0.07:16.37]	0.745			5.25[0.23:61.1]	0.195
Child given tea or coffee in the past 24h	95	13	13.68[6.77:20.59]	2.07[0.57:6.99]	0.245			1.95[0.27:9.38]	0.440
Child ate grains in the past 24h	95	66	69.47[60.21:78.73]	1.44[0.52:4.4]	0.498	0.43[0.02:11.15]	0.557	1.6[0.36:11.23]	0.573
Child ate legumes in the past 24h	95	26	27.37[18.4:36.34]	0.85[0.28:2.36]	0.764			1.37[0.27:5.65]	0.674

Child ate nuts and seeds in the past 24h	95	31	32.63[23.2:42.06]	0.81[0.28:2.15]	0.676			0.23[0.01:1.36]	0.180
Child ate dairy products in the past 24h	94	8	8.51[2.87:14.15]	3.3[0.72:15.14]	0.112			3.76[0.49:20.36]	0.144
Child ate meat in the past 24h	95	16	16.84[9.31:24.37]	0.64[0.14:2.22]	0.514				
Child ate fish in the past 24h	95	17	17.89[10.18:25.6]	0.89[0.23:2.87]	0.856			1.35[0.19:6.29]	0.723
Child ate vit A dark leafy greens in the past 24h	95	52	54.74[44.73:64.75]	1.94[0.75:5.33]	0.178	0.82[0.03:21.24]	0.892	1.74[0.43:8.66]	0.454
Child ate vit A rich fruit in the past 24h	95	6	6.32[1.43:11.21]	1.52[0.2:8.37]	0.640			2.02[0.1:14.81]	0.542
Child ate other vegetables in the past 24h	95	29	30.53[21.27:39.79]	4.06[1.54:11.03]	0.005			1.95[0.45:7.97]	0.347
Child ate other fruit in the past 24h	95	6	6.32[1.43:11.21]	0.57[0.03:3.81]	0.621				
Child ate vit A fortified oil in the past 24h	95	16	16.84[9.31:24.37]	1.44[0.41:4.5]	0.547			1.47[0.2:6.88]	0.652
Child ate fatty foods in the past 24h	95	27	28.42[19.35:37.49]	1.37[0.49:3.66]	0.538			1.29[0.26:5.32]	0.732
Child ate sweets in the past 24h	95	33	34.74[25.17:44.31]	1.17[0.44:3.04]	0.742	1.91[0.07:49.28]	0.652	0.93[0.19:3.81]	0.926
Child ate RUTF in the past 24h	95	7	7.37[2.12:12.62]	4.53[0.93:24.65]	0.060	14.5[0.53:399.52]	0.070	4.63[0.59:26.42]	0.098
Mother married in a monogamous HH	268	181	67.54[61.93:73.15]	0.85[0.5:1.47]	0.559			1.49[0.6:4.24]	0.416
Mother married in a polygamous HH	268	69	25.75[20.51:30.99]	1.2[0.67:2.12]	0.536			0.39[0.09:1.16]	0.132
Mother widowed	268	17	6.34[3.42:9.26]	0.83[0.26:2.31]	0.732			1.39[0.21:5.36]	0.676
Moother currently breastfeeding	268	43	16.04[11.65:20.43]	1.23[0.62:2.41]	0.544			1.86[0.64:4.78]	0.216
Mother currently pregnant	266	162	60.9[55.04:66.76]	1.14[0.67:1.93]	0.632	0.64[0.08:5.38]	0.655	0.74[0.32:1.75]	0.480
Mother ate grains in the past 24h	268	264	98.51[97.06:99.96]	0.49[0.06:4.15]	0.481				
Mother ate legumes in the past 24h	268	124	46.27[40.3:52.24]	0.86[0.52:1.44]	0.571	0.38[0.02:3.03]	0.407	0.67[0.27:1.57]	0.369
Mother ate nuts and seeds in the past 24h	268	136	50.75[44.76:56.74]	1.48[0.89:2.49]	0.131	0.97[0.12:8.18]	0.976	1.4[0.6:3.36]	0.438
Mother ate dairy products in the past 24h	265	58	21.89[16.91:26.87]	0.44[0.21:0.86]	0.021	1.19[0.06:9.52]	0.880	0.93[0.3:2.45]	0.896
Mother ate organ meat in the past 24h	268	18	6.72[3.72:9.72]	0.38[0.09:1.19]	0.136			0.58[0.03:3.04]	0.605
Mother ate meat in the past 24h	268	95	35.45[29.72:41.18]	0.25[0.13:0.46]	0.000	0.6[0.03:4.78]	0.663	0.45[0.15:1.16]	0.125
Mother ate fish in the past 24h	268	86	32.09[26.5:37.68]	0.89[0.51:1.52]	0.665	2.14[0.25:18.11]	0.450	1.3[0.53:3.06]	0.553
Mother ate vit A dark leafy greens in the past 24h	268	222	82.84[78.33:87.35]	1.99[0.97:4.43]	0.073			1.04[0.37:3.71]	0.946
Mother ate vit A rich fruit in the past 24h	268	28	10.45[6.79:14.11]	1.34[0.59:2.98]	0.472	2.93[0.14:23.77]	0.360	1.83[0.5:5.35]	0.303
Mother ate other vegetables in the past 24h	268	165	61.57[55.75:67.39]	1.09[0.65:1.85]	0.748			0.86[0.37:2.08]	0.733
Mother ate other fruit in the past 24h	268	20	7.46[4.31:10.61]	0.48[0.13:1.36]	0.201			1.91[0.42:6.28]	0.333
Mother ate vit A fortified oil in the past 24h	268	66	24.63[19.47:29.79]	0.36[0.17:0.7]	0.004	3.12[0.37:26.47]	0.259	0.41[0.09:1.24]	0.160
Mother ate ate fatty foods in the past 24h	268	131	48.88[42.9:54.86]	0.74[0.44:1.23]	0.243	0.34[0.02:2.72]	0.358	1.05[0.45:2.45]	0.909
Mother ate sweets in the past 24h	265	132	49.81[43.79:55.83]	0.43[0.25:0.72]	0.002	3.07[0.39:62.5]	0.334	0.84[0.36:1.95]	0.683

Mother MUAC <245mm (underweight)	268	60	22.39[17.4:27.38]	0.91[0.49:1.67]	0.773			2.27[0.91:5.41]	0.069
----------------------------------	-----	----	-------------------	-----------------	-------	--	--	-----------------	-------

ANNEX F: REGRESSIONS LINEAIRES SMART 2017

Tableau 22: Associations non ajustées entre les facteurs de risque et la classification binaire de l'émaciation, du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale démontrées par régression linéaire (SOURCE: Enquête Nutritionnelle SMART 2017)

Facteur de risque	N	Mean [95% CI]	Standard error	T/A <-2			P/T<-2			P/A <-2		
				Enfants 6-59 mois			Enfants 6-59 mois			Enfants 6-59 mois		
Indicateur				Coeff.	SE	P-value	Coeff.	SE	P-value	Coeff.	SE	P-value
Child age in months	314	31.49 [29.8:33.17]	0.85	-0.006	0.004	0.180	0.003	0.003	0.348	-0.002	0.003	0.470
Child weigh in kg	314	11.74 [11.42:12.05]	0.16	0.083	0.022	0.000	0.115	0.017	0.000	0.123	0.016	0.000
Child height in cm	314	86.14 [84.89:87.40]	0.64	0.023	0.006	0.000	0.004	0.005	0.419	0.014	0.004	0.001
Child IDDS	89	2.87 [2.38:3.35]	0.13	0.015	0.058	0.799	-0.028	0.039	0.462	-0.009	0.039	0.824
Mother age	268	28 [27.22:28.7]	0.36	0.006	0.011	0.557	-0.005	0.008	0.529	0.001	0.008	0.915
Mother education (3 = primary)	268	3 [2.74:3.26]	0.12	0.078	0.0315	0.014	0.019	0.024	0.443	0.060	0.023	0.009
Mother's first pregnancy age	186	22.41 [19.86:24.95]	0.99	-0.001	0.0047	0.902	-0.002	0.004	0.612	-0.001	0.004	0.790
Mother's first delivery age	265	22.14 [20.16:24.11]	0.92	0.001	0.0043	0.823	-0.001	0.003	0.685	0.000	0.003	0.965
Number of pregnancies	265	4.89 [4.53:5.25]	0.17	-0.01	0.0236	0.662	0.01	0.018	0.583	0.004	0.017	0.812
Number of deliveries	265	4.57 [4.24:4.90]	0.15	-0.015	0.0263	0.576	0.01	0.020	0.629	0.001	0.019	0.970
Mother's MDDW	265	4.45 [4.22:4.70]	0.10	0.023	0.0388	0.558	-0.032	0.030	0.283	-0.010	0.028	0.721
Mother's weight in kg	225	54.92 [53.78:56.06]	0.49	0.011	0.0084	0.184	0.006	0.007	0.406	0.010	0.006	0.099
Mother height in cm	268	161.29 [160.60:161.98]	0.33	0.046	0.0117	0.000	0.002	0.009	0.811	0.027	0.009	0.002
Mother MUAC in mm	268	268.23 [264.05:272.41]	1.96	0.001	0.002	0.486	0.001	0.002	0.335	0.002	0.002	0.186
Mother number of meals	268	2.84 [2.70:2.98]	0.07	0.078	0.0579	0.181	0.015	0.045	0.730	0.056	0.042	0.188

ANNEXE G: GUIDE QUALITATIF

A. NOTE D'INFORMATION³⁸²

Analyse causale de la sous-nutrition Link NCA dans le District de Tokombéré, Département du Mayo-Sava, Région de l'Extrême-Nord fait partie du projet CPP. La réalisation de l'étude Link NCA permettra de mieux comprendre les facteurs de risque multi-sectoriels de la sous-nutrition et de renforcer les réponses programmatiques. L'étude permettra de prioriser les interventions du projet et d'assurer un engagement communautaire fort dans toutes ses phases.

Nom du chercheur principal: Lenka Blanárová

INVITATION: Nous aimerions que vous participiez à une étude menée par Action Contre La Faim, une organisation non gouvernementale, qui lutte contre les causes et les effets de la faim dans près de 50 pays du monde, y compris Cameroun. L'organisation possède une expertise dans le domaine de la santé et de la nutrition, y compris la santé mentale et les pratiques de soins, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, ainsi que la sécurité alimentaire et les moyens d'existence.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE: L'objectif de cette étude est d'améliorer notre compréhension des causes de la sous-nutrition dans le district de Tokombéré. Nous espérons que cette étude nous aidera à identifier les facteurs de risque déclenchant la sous-nutrition dans votre communauté de manière qu'ensemble, et avec la participation des autorités locales et des autres partenaires, nous puissions réduire la sous-nutrition à l'avenir. L'étude se déroulera du 24 Avril au 19 Mai 2023 dans quatre communautés échantillonnées.

PROCEDURE: Nous aimerions passer 6 jours consécutifs à compter d'aujourd'hui dans votre communauté. Nous partagerons une planification détaillée de nos activités afin de faciliter la sélection et la mobilisation des participants pour des entretiens et des discussions de groupe. L'étude concernera principalement les parents d'enfants de moins de 5 ans, mais d'autres informateurs clés pourraient être sollicités. Toute personne désirant partager son opinion en dehors des entretiens prévus et des discussions de groupe peut s'adresser à l'équipe d'étude pour le faire. L'équipe chargée de l'étude aimerait également effectuer un certain nombre d'observations et de visites de ménages dans votre communauté, si possible, afin que nous puissions mieux comprendre vos défis quotidiens. Les discussions des groupes de discussion seront organisées autour de thèmes tels que la santé, la nutrition, les pratiques de soins, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance, ainsi que le genre. 8-12 personnes doivent participer à chaque discussion de groupe, comme indiqué dans la planification détaillée partagée. Il convient de noter que nous ne serons pas en mesure d'accueillir plus de personnes à la fois. Les participants sont priés de se présenter à l'heure afin de ne pas retarder les discussions des groupes suivantes. Au nom de votre communauté, acceptez-vous d'assister à cette étude? Avez-vous des questions? Si tel est le cas, nous aurons besoin de vous pour désigner un mobilisateur communautaire. Ce doit être une personne connue et respectée par tous les membres de votre communauté. Le rôle de cette personne sera de mobiliser les participants pour des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe, comme indiqué dans notre planification détaillée. De préférence, la sélection des participants sera coordonnée avec vous. Veuillez noter qu'il est préférable que les participants sélectionnés assistent à une seule discussion de groupe. S'ils souhaitent contribuer plus d'une fois, cela n'est autorisé que si cela concerne différents sujets. Cependant, nous souhaitons

³⁸² À utiliser comme une ouverture de chaque échange avec des informateurs clés, qu'il s'agisse d'un entretien semi-structuré ou d'une discussion de groupe. Les phrases en gris ne sont relatives que pour une première réunion avec les leaders communautaires.

parler avec autant de membres de la communauté que possible et pour cette raison, il serait préférable si plus de personnes du village soient mobilisées pour participer. Veuillez noter que la participation d'un mobilisateur de communauté ne sera pas rémunérée et doit être entièrement volontaire.

Veuillez noter qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse à nos questions, pas de bonne ou de mauvaise opinion et pas de bonne ou de mauvaise façon de faire les choses. Nous sommes sincèrement intéressés à plonger dans votre vie quotidienne et à apprendre davantage sur vos croyances et vos pratiques. Si vous acceptez de participer, nous vous demanderons environ une heure de votre temps.

CONFIDENTIALITÉ: Nous ne vous demanderons pas votre nom et ne partagerons pas le contenu de notre discussion avec d'autres personnes de votre communauté. Votre nom n'apparaîtra pas dans notre étude et personne ne pourra identifier ce que vous avez partagé avec nous.

RISQUES: Malheureusement, mis à part notre sincère reconnaissance, nous ne pouvons rien vous promettre en échange de votre participation à cette étude. La participation à cette étude ne garantit pas votre sélection dans les activités futures d'Action Contre la Faim et ne devrait pas non plus avoir d'effet négatif sur votre participation aux activités en cours. Toutefois, pendant les discussions de groupe, nous partagerons avec vous de l'eau et des collations que vous pourrez choisir de rapporter à la maison, si vous le souhaitez.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ: La participation à cette étude est votre choix. Vous êtes libre d'arrêter l'entretien ou de quitter le groupe de discussion à tout moment. Votre participation est entièrement volontaire. Si vous ne souhaitez pas répondre à une question, vous pouvez refuser de le faire et nous passerons à une autre question. Si vous avez des questions sur nous ou sur le travail que nous effectuons, vous pouvez nous le demander à tout moment.

B. CALENDRIER SAISONNIER³⁸³

Un calendrier saisonnier est un diagramme des changements au cours des saisons - généralement sur une période de 12 mois. Les calendriers saisonniers sont utiles pour identifier les tendances saisonnières - par exemple, l'évolution de la disponibilité des ressources, telles que la nourriture ou le revenu, tendances de travail et flux migratoire; pour explorer les relations entre différentes tendances de changement - par exemple, la relation entre les niveaux de revenu et les mouvements de populations clés pour le travail; pour identifier quand les personnes peuvent être particulièrement vulnérables; pour explorer les schémas saisonniers de bien-être et de difficultés et la manière dont différentes personnes sont affectées; ou pour identifier quand les personnes sont particulièrement vulnérables à l'infection.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche explorera les variations saisonnières pour chaque facteur de risque, tandis que le sujet sera abordé. Les facteurs de risque respectifs seront listés sur un format d'un calendrier saisonnier imprimé, décrivant douze mois d'une année universelle. Au cours des discussions de groupe, les participants seront invités à définir le mois pendant lequel chaque facteur de risque est le plus important et les causes précises de ces changements.

C. CALENDRIER HISTORIQUE

Un calendrier historique est un diagramme qui montre l'évolution sur une certaine période. Aux fins de cette étude, une période de 10 à 15 ans sera considérée. Toutefois, si les participants mentionnent des événements clés antérieurs à la période de 15 ans, ils seront également notés. Un calendrier historique est utile pour explorer les changements au fil du temps dans une situation particulière et les raisons de ce changement. Cela peut inclure des

³⁸³ Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 19 & 20 (<https://www.aidsalliance.org/>).

changements de comportement, de connaissances et d'attitudes dans une communauté. C'est également utile pour explorer les conséquences d'un événement particulier ou pour évaluer l'efficacité (impact) d'un projet ou d'une initiative communautaire.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche explorera les variations historiques pour chaque facteur de risque, tandis que le sujet sera discuté. Les facteurs de risque respectifs seront listés sur un modèle dessiné à la main d'un calendrier historique (format A2), décrivant 15 années universelles. Au cours des discussions des groupes de discussion, les participants seront invités à définir en quelle année chaque facteur de risque était le plus importante et préciser les causes de ces changements. Tous les événements importants qui ont marqué la vie dans une communauté de manière positive ou négative, qu'il soit politique, socio-économique, environnemental ou autre, seront considérés comme des déclencheurs potentiels. L'objectif sera de capter des tendances fondées sur les connaissances de la communauté et d'identifier éventuellement des corrélations entre divers facteurs de risque.

D. NARRATION³⁸⁴

La narration implique des participants discuter les histoires « typiques » de leur communauté. Cette approche permet d'ouvrir des discussions sur des sujets sensibles de manière non menaçante et d'identifier les situations et les problèmes de la vie réelle qui affectent les membres de leur communauté. Il est utile d'explorer ce que les gens pensent de ces situations et quelles mesures ils aimeraient prendre.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche introduira des histoires réelles au cours de discussions de groupe afin de tester le point de vue des participants sur des sujets particulièrement sensibles et/ou de tester leurs réponses données dans le cadre d'un échange classique de questions-réponses. Le but de cette méthode sera de détourner l'attention d'eux (ce qui peut les rendre mal à l'aise) et plutôt de les impliquer en tant qu'observateurs et conseillers d'autres personnes dans des situations reflétant leur réalité quotidienne.

E. ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Le tableau des activités quotidiennes trace comment les gens passent leur temps au cours d'une journée typique. Il est utile pour explorer comment les hommes et les femmes passent leur journée, pour évaluer leur charge de travail et pour discuter de leurs différents rôles et responsabilités ou explorer les facteurs qui influent ces différences.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche présentera des images imprimées des activités quotidiennes dans une communauté donnée et demandera aux participants des discussions de groupe de les arranger chronologiquement, commençant par l'heure habituelle de réveil et terminant par l'heure habituelle de sommeil. Cela sera fait séparément pour les hommes et les femmes. Tout autre groupe, tel que les enfants ou les personnes âgées, ou des groupes ayant des fonctions économiques différentes (agriculteurs, éleveurs ou vendeurs au marché) peuvent être introduits, si cela est jugé pertinent.

F. COMPOSITION DES REPAS

Le tableau de composition des repas montre ce que les gens mangent habituellement au cours d'une journée. Il est utile pour explorer la perception d'une bonne nutrition de la part de la communauté et la façon dont cela se reflète sur leurs habitudes alimentaires maintenant et dans des situations où l'argent ne serait pas un obstacle à l'achat des aliments souhaités. Aux fins de la présente étude, trois scénarios seront envisagés: la consommation alimentaire typique pendant une période de soudure, la consommation alimentaire typique pendant une

³⁸⁴ Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 58 (<https://www.aidsalliance.org/>).

période post-récolte et la consommation alimentaire typique lorsque l'argent ne constitue pas un obstacle.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe d'étude présentera un graphique dessiné à la main (format A2), divisé en trois colonnes, représentant chaque scénario. Il sera demandé aux participants d'une discussion de groupe de dire combien de repas ils mangent par jour au cours de chaque scénario et quels repas ils mangent à ces moments de la journée.

G. DÉPENSES MÉNAGÈRES

Les dépenses ménagères est un exercice participatif, dont le principal objectif est de montrer comment le revenu des ménages est réparti pour couvrir ses dépenses. Cela peut révéler les priorités du ménage en termes de dépenses, identifier les comportements néfastes ou les mécanismes de prise de décision au sein du ménage.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche présentera un ensemble d'images imprimées représentant différents types de dépenses ordinaires engagées par un ménage dans une communauté donnée. Ces images seront placées devant les participants. Les participants recevront également un ensemble de cailloux représentant l'argent qu'un ménage dispose pour couvrir ces dépenses. Le rôle des participants sera de répartir les revenus entre différents groupes de dépenses, comme ils le feraient dans la vie réelle.

H. ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE³⁸⁵

Cet outil permet à dessiner l'histoire du voyage d'une personne en quête d'un rétablissement de sa santé sur une période donnée. Il s'agit de suivre l'évolution de la santé de la personne depuis qu'il est tombé malade, en indiquant les différentes options de traitement explorées afin de guérir. L'itinéraire thérapeutique est un exercice participatif, qui permet d'ouvrir une discussion sur les traitements traditionnels et non traditionnels de manière non menaçante. Cela permet également d'explorer la compréhension des personnes sur des maladies récurrentes, qui essentiellement influence leur choix de traitement. De plus, l'outil permet d'explorer les obstacles à l'accès à un traitement biochimique disponible dans les établissements de santé soutenus par l'État.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche présentera une feuille de papier vierge (format A2) et demandera aux participants d'expliquer leur parcours de santé typique en cas de maladies récurrentes, qui sera tracé sur cette feuille de papier. L'objectif est d'identifier si leur connaissance de ces maladies déclenche la même réaction et/ou certaines différences existent. Une attention particulière sera accordée à la compréhension et au traitement de la sous-nutrition chez l'enfant.

I. GUIDE D'ENTRETIEN: INTRODUCTION AUX FACTEURS DE RISQUE

1. Comment décririez-vous un enfant en bonne santé? (taille/caractéristiques/comportement) Que faites-vous pour garder votre enfant en bonne santé? Quel type de soins est-il le plus important? Combien d'effort faut-il pour le faire tous les jours?
2. Auxquels défis font les parents dans votre communauté face pour garder les enfants en bonne santé? (Cf. [Flashcards Hypothèses](#)) Quelles conséquences ont ces défis sur leur santé? Pourquoi?
3. Comment ces défis changent au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment sont-elles changées au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#))
4. Dans quel type de ménage/chez quel type de femme avez-vous observé des naissances des enfants plus petits? (PISTE DE RECHERCHE : âge, groupe ethnique, religion, statut matrimonial (célibataire, mariée, divorcée, veuve), type de ménage (monogame vs.

³⁸⁵ Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 17 (<https://www.aidsalliance.org/>).

polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, charge de travail, bien être, quintile économique, etc.) Pourquoi ? Comment la prévalence du faible poids à la naissance a changé au cours de ces derniers 10-15 ans ? (Cf. [Calendrier historique](#))

5. Quel type de femme semble être plus vulnérable à la sous-nutrition? (PISTE DE RECHERCHE : idem.) Dans quel type de ménage avez-vous observé des enfants très maigres ou de petite taille ? (PISTE DE RECHERCHE : idem.)

J. GUIDE D'ENTRETIEN: SANTÉ

1. Quelles barrières d'accès (Cf. [Flashcards des barrières d'accès](#)) vous posent des plus grandes difficultés en termes d'accès aux structures sanitaires ? Pourquoi ? Comment votre accès aux établissements de santé change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
Barrières géographiques : faible accessibilité géographique, inaccessibilité de certaines structures sanitaires en saison des pluies , insécurité
Barrières temporelles : temps d'attente
Barrières financières : cout d'opportunité, coût élevé des soins, gratuité limitée
Barrières socio-culturelles : recours à la médecine traditionnelle , prolifération des médicaments de la rue , peur de jugement, perception de la malédiction de la structure sanitaire, manque de confiance en soins modernes et/ou le découragement si les résultats ne sont pas rapides
Barrières de qualité de soins : l'offre insuffisante de services de santé, insuffisance en infrastructures, équipements et ressources humaines; mauvais accueil manque de confidentialité, défaillances dans la gestion des services, notamment l'approvisionnement des médicaments
2. Quel type de ménages fait face aux plus grandes difficultés d'accéder aux services de santé ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)
3. Quels types de services sont disponibles dans le centre de santé le plus proche? Lesquels utilisez-vous? (PISTE DE RECHERCHE: consultations prénatales/postnatales, accouchement, planning familial, traitement des maladies infantiles, vaccination, antiparasitage, supplémentation en vitamines) Pourquoi? Quels services de santé ne sont pas culturellement acceptables? Quels services de santé ne sont pas du tout disponibles malgré le besoin communautaire?
4. Qu'est-ce que vous pensez des enfants sur les images (Cf. [Flashcards des maladies infantiles](#)) Quelles maladies sont les plus courantes dans votre communauté? (PISTE DE RECHERCHE: diarrhée, fièvre, infections respiratoires aiguës, paludisme) Comment la prévalence de ces maladies change-t-elle au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
5. Quelles sont les causes de ces maladies? (NB: A tracer pour chaque maladie séparément.) Comment sont ces maladies traitées? (Cf. [Itinéraire thérapeutique](#)) (NB: A tracer pour chaque maladie séparément.) Quelles maladies infantiles ne peuvent pas être soignées aux structures sanitaires ? Pourquoi ? Comment ont les options de traitement changées au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#)) Comment décidez-vous quel traitement de choisir? Qui vous conseille?
6. A part des médicaments, comment soignez-vous un enfant malade? (PISTE DE RECHERCHE: pratiques d'allaitement/alimentation/hygiène – changent-t-elles par rapport les soins quand l'enfant est en bonne santé)
7. Quel type d'enfant semble être plus vulnérable aux problèmes de santé? (PISTE DE RECHERCHE : sexe, âge, rang de l'enfant, religion, composition du ménage (taille/espacement de naissances, chef de ménage), caractéristiques de la mère (âge, éducation, charge de travail, bien être), moyens économiques, pratiques d'allaitement/alimentation/hygiène, etc.

8. Qu'est-ce que vous pensez des séances de sensibilisation organisées par des agents de santé ou des agents de développement communautaire de différentes ONG? Que pensez-vous des différents sujets dont ils parlent? Avez-vous les trouvés utiles/pertinents/facilement applicables? Pourquoi/pourquoi pas? Avec quels comportements avez-vous particulièrement lutté? Pourquoi? (Avantages / Désavantages)

K. GUIDE D'ENTRETIEN: MALNUTRITION

1. Que pensez-vous des enfants sur ces photos? (Cf. [Photos d'enfants malnutris \(marasme/kwashiorkor\) + enfants souffrant de malnutrition chronique](#)) De quelle maladie souffrent-ils? Quels mots utilisez-vous pour décrire tels enfants dans votre communauté? Certains mots sont-ils plus sensibles que d'autres? Pourquoi?
2. Que pensez-vous de cette maladie? Comment est-elle similaire ou différente des autres maladies infantiles? Quel type est plus commun dans votre communauté?
3. Quelles sont les causes de cette maladie? Quelles sont les raisons pour lesquelles un enfant deviendrait comme ça? (Cf. [Flashcards Hypothèses](#))
4. Comment traitez-vous cette maladie dans votre communauté? (Cf. [Itinéraire thérapeutique](#)) (PISTE DE RECHERCHE: Quel est le traitement le plus courant?)
5. Quel type d'enfant semble être plus vulnérable à cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE : sexe, âge, groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, quintile économique, chef de ménage F/H), caractéristiques de la mère (âge, charge de travail, bien être), pratiques d'allaitement/alimentation/hygiène, etc.
6. Au cours de quelle saison/mois observez-vous plus d'enfants être comme ça? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Depuis quand les enfants de votre communauté souffrent-ils de cette maladie? (Cf. [Calendrier historique](#)) Avez-vous observé une augmentation/diminution de cas pendant certaines années? Comment expliquerez-vous ces variations?
7. Pensez-vous que votre enfant pourrait devenir comme ça? Pourquoi/pourquoi pas? Quels comportements/pratiques peuvent induire/prévenir cette condition? Pensez-vous que vous pourriez devenir comme ça? Pourquoi/pourquoi pas?
8. **Narration** : *Rachida est une mère de trois enfants vivant dans un foyer polygame. Etant la première épouse, son époux l'a abandonné lors de sa grossesse et a porté son dévolu sur la deuxième épouse. Rachida s'est senti délaissé, de plus en plus moins aimée et considérée. Abandonné à elle-même, sans autre soutien, elle désirait reconquérir son époux. Dans le but de porter toute son attention sur son mari, elle s'est sentie obligée de moins en moins s'occuper de ses enfants, plus particulièrement de son dernier garçon de 18 mois, Bachirou. Au fur et à mesure que les jours passaient Bachirou devenait de plus en plus maigre avec un gros ventre et joues gonflés car sa mère l'a sevré très tôt afin de préserver son corps pour plaire à son mari et être plus belle que sa coépouse.*
Que pensez-vous de cette histoire? XX a-t-elle pris des bonnes décisions? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment? Que suggèreriez-vous ensuite à XX?

L. GUIDE D'ENTRETIEN: NUTRITION

1. Comment décrivez-vous un repas nutritif (sans limitation des ressources financières)? (PISTE DE RECHERCHE: composition/quantité/type de cuisson/facilité de préparation/gout/apport nutritif/apport énergétique/capacité de rassasier/droit de manger en priorité/fréquence de consommation) (Cf. [Flashcards aliments](#)) Pourquoi pensez-vous que ce repas est bon pour la santé? Avec quelle fréquence arrivez-vous manger ce type de repas? Qu'est-ce que vous prévient de le manger plus souvent? (PISTE DE RECHERCHE: disponibilité/accessibilité/acceptabilité/facilité de préparation) (Cf. [Composition des repas](#))

2. Comment décrivez-vous un repas préféré (très apprécié mais pas nécessairement nutritif)? (Cf. [Flashcards aliments](#)) Pourquoi vous l'aimez? Avec quelle fréquence arrivez-vous manger ce type de repas? Qu'est-ce que vous préviend de le manger plus souvent? (PISTE DE RECHERCHE: disponibilité/accessibilité/habitudes culturelles)
3. Comment décrivez-vous vos repas habituels (mangés fréquemment)? (Cf. [Flashcards aliments](#)) Qu'est-ce que vous pensez de ces types de repas? (PISTE DE RECHERCHE: composition/quantité/type de cuisson/facilité de préparation/gout/apport nutritif/apport énergétique/capacité de rassasier/fréquence de consommation) Avec quelle fréquence mangez-vous ce type de repas? Qui au sein de ménage décide quel type de repas est cuisiné? Comment divisez-vous le repas disponible parmi tous les membres de votre ménage? La famille mange-t-elle ensemble ou dans un ordre spécifique?
4. Quels changements dans vos habitudes alimentaires avez-vous observé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quels changements dans vos habitudes alimentaires observez-vous au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) (Cf. [Composition des repas](#) période de soudure vs. période post-récolte)
5. Comment les habitudes alimentaires des enfants et/ou femmes enceintes et allaitantes diffèrent des habitudes alimentaires d'autres membres de ménage? Quels aliments ne peuvent pas être consommés par les enfants/femmes enceintes et allaitantes? Pourquoi? Comment diffère l'alimentation des filles/garçons?
6. Comment les femmes enceintes et allaitantes s'alimentent pendant le mois de Ramadan ? Comment le jeûne du mois de Ramadan influence l'alimentation des enfants <5 ans ?
7. Où trouvez-vous habituellement vos aliments? (PISTE DE RECHERCHE: production agricole, achat, aide alimentaire, troc/échange, cueillette/chasse) Comment cela varie tout au long de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment est-ce que cela a changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quel type de ménages fait face aux plus grandes difficultés d'accéder aux aliments ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)
8. **Narration:** *Mariam est mariée à Moustapha depuis plus de 4 ans. Ils ont deux enfants ensemble. Un jour elle apprend de la bouche de sa voisine qui a entendu Moustapha dire à son mari qu'il va épouser une deuxième femme parce que depuis que Mariam est mère d'enfants, elle ne s'occupe plus de lui. Tout ce qu'elle prépare revient à ses deux enfants, et rien n'est réservé pour lui! Prise de panique, Mariam va désormais orienter toute la nourriture qu'elle prépare vers son époux, servant ses deux enfants le reste du repas de son père ou rien du tout.*
Que pensez-vous de cette histoire? Que pensez-vous de la situation de XX? Les femmes de votre communauté font-elles face aux mêmes difficultés? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment?

M. GUIDE D'ENTRETIEN: PRATIQUES DE SOINS

1. À quoi ressemble votre routine quotidienne avec un bébé de moins de 3 mois/6 mois/plus de 6 mois? Comment votre routine quotidienne change par rapport l'âge de l'enfant? (PISTE DE RECHERCHE: allaitement maternel/alimentation complémentaire/interactions avec l'enfant/gardiennage/hygiène) Comment votre routine change-t-elle au cours de la semaine? Comment votre routine change-t-elle au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment votre routine a-t-elle changé entre le premier et les successifs enfants que vous avez eu? Quels changements de pratiques de soins des enfants avez-vous observé entre vous et vos parents/grands-parents? (Cf. [Calendrier historique](#))
2. Quels défis rencontrez-vous lorsque vous vous occupez de vos enfants? (PISTE DE RECHERCHE: manque de connaissances/ressources/temps/préoccupations mentales, autre)

3. Qui vous aide à s'occuper de vos enfants? Qu'est-ce qu'ils vous aident avec? A quelle fréquence? Comment les pères sont-ils impliqués dans les activités de garde d'enfants? Que pensez-vous de leur implication?
4. Qui vous conseille comment s'occuper de vos enfants? Etes-vous sous l'obligation de respecter ces conseils? Quel type de décisions par rapport les soins des enfants pouvez-vous faire toutes seules?
5. Comment les pratiques de soins diffèrent parmi les ménages dans cette communauté ? (PISTE DE RECHERCHE : groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage) Quelles conséquences sur la croissance et le développement des enfants vivant dans ces ménages avez-vous observé?
6. Quelles croyances locales influencent-elles les pratiques de soins des enfants dans votre communauté? Quelles croyances empêchent l'appropriation des « nouvelles » pratiques promues par le personnel de santé? (PISTE DE RECHERCHE : allaitement maternel exclusif : pratique « exogène », praticable seulement par les femmes dans les ménages riches qui sont bien nourries et ne travaillent pas des longues heures, colostrum jeté (liquide sale), « l'eau c'est la vie », protection contre le sort (l'eau des saintes écritures), alimentation du nourrisson et du jeune enfant : enfant qui mange seul devient chiche)
7. *Narration: Habiba a 4 enfants. Son mari s'est remarié l'an dernier et il s'occupe de Habiba et de ses enfants de moins en moins. Ce nouveau mariage a bouleversé la vie de Habiba, elle n'est plus la même, toujours préoccupée, et elle n'arrive plus à prendre soin d'elle-même ou de ses enfants. Malgré tout, elle s'est mobilisée cette année pour acheter un champ de 2/4 ha et elle compte de récolter beaucoup de sacs pour mieux assurer ses finances. Elle travaille de 6h à 15h, en laissant son dernier bébé, Akim, de 8 mois avec sa sœur de 10 ans. Quand elle part au champ, elle donne des instructions à sa fille, comment prendre soins d'Akim, comment lui nourrir avec la bouillie laissée dans la marmite. Vu le manque d'autres repas, la sœur aînée profite de la bouillie en donnant juste quelques cuillères au bébé. De retour du champ, Habiba oublie souvent de donner un bain à Hakim car elle doit aller chercher de l'eau pour préparer le repas du soir. Néanmoins, elle nourrit Akim au sein avant de le coucher et dans la nuit quand il se réveille. Par contre, elle lui refuse le sein quand il est agité et pleure beaucoup. Habiba ne peut pas supporter ses pleurs avec tant de responsabilités sur sa tête. Deux mois plus tard, quand les travaux champêtres ne sont plus intenses, Habiba constate que son bébé Akim a perdu du poids, il ne joue plus.*
Que pensez-vous de cette histoire? Que pensez-vous de la situation de XX? Les femmes de votre communauté font-elles face aux mêmes difficultés? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment?
8. Quand introduisez-vous les aliments de complément à votre bébé? De quoi consistent-ils les repas de votre bébé? Combien de fois le donnez-vous à manger? (Cf. [Composition des repas](#)) Qu'est-ce que vous aimeriez faire différemment qu'aujourd'hui? Pourquoi ? Qu'est-ce qui vous empêche le faire? Comment les habitudes alimentaires des enfants changent-elles au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Quel type de ménages/mères n'arrivent pas de suivre des recommandations sur l'ANJE ?
9. Comment interagissez-vous avec vos enfants de manière régulière (interactions corporelles, vocales, visuelles, affectives) ? Quel niveau de contact est-il considéré approprié dans cette communauté ? Combien de temps êtes-vous capable d'offrir aux activités de développement mental et social (parler, jouer, changer, etc.) ? Comment ces pratiques changent au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) ? Comment ont-elles évolué ces derniers 10-15 ans ? (Cf. [Calendrier historique](#))
10. Comment avez-vous habitude de démontrer votre amour pour vos enfants ? Comment ces démonstrations diffèrent dans les cas des filles/garçons ? Comment disciplinez-vous vos enfants ?

N. GUIDE D'ENTRETIEN: MARIAGE, GROSSESSE & ESPACEMENT DES NAISSANCES

1. **Narration:** *Halimatou a 14 ans. Elle est issue d'une famille simple où elle devrait assumer les responsabilités pour les tâches ménagères très tôt. Elle désirait étudier mais à un moment, son père a arrêté à payer les frais de scolarité. Il a donné la préférence à son fils unique. Halimatou était très triste. Avec l'aide de sa mère, elle a lancé un petit commerce de fruits pour gagner sa vie. Un jour elle rencontre Moustapha qui achète des mangues chez elle. Il revient chaque jour et offre de prendre soin de Halimatou. Les parents de Halimatou entendent des rumeurs qui circulent dans le village et encourage Halimatou à se marier. Inexpérimentée et sous pression de quitter le foyer, Halimatou devient la quatrième épouse de Moustapha, un homme de 45 ans. Quelques mois après, Halimatou tombe enceinte et Moustapha s'éloigne.*
Que pensez-vous de cette histoire? Est-ce que cela se produit dans votre communauté? Comment la communauté perçoit-elle les mariages/grossesses précoces? Que feriez-vous si vous étiez Halimatou? Que feriez-vous si vous étiez ses parents?
2. A quel âge commencent les jeunes femmes et hommes dans votre communauté d'être sexuellement actifs ? À quel âge se marient-ils? Quels changements avez-vous observé dans ces pratiques au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#)) Qu'est ce qui a inspiré ces changements? Quand est-ce que les jeunes hommes/femmes sont prêts à se marier/être parents (physiquement et émotionnellement?)
3. Comment décriviez-vous la vie en couple dans votre communauté? Comment peut-on décrire un mariage exemplaire? Comment gère-t-on des désaccords pendant le mariage? Quelles sont les causes habituelles de ces désaccords? Quand est-ce que l'utilisation de la force est-elle justifiée ? Pourquoi ? Dans quel type de ménages observe-t-on la prévalence plus élevée de la VBG (ex. dénis de ressources, d'opportunités ou de services, agressions physiques, violences psychologiques, violences sexuelles)? Pourquoi ? Comment les relations entre les hommes et les femmes ont changés au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
4. Combien d'enfants les membres de votre communauté ont-ils habituellement? Pourquoi? Quel est l'espacement des naissances habituel dans votre communauté? Pourquoi? Quels changements par rapport un nombre d'enfants souhaités et/ou l'espacement de naissances avez-vous observé ces derniers 10-15 ans ? Pourquoi ? Comment ces pratiques diffèrent parmi les ménages dans votre communauté ? (PISTE DE RECHERCHE : groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), niveau d'instruction, quintile économique)
5. **Narration:** *Zahra est une femme mariée et mère de 7 enfants. Son mari est un homme très strict qui souhaite de faire grandir son ménage davantage. Zahra ne partage pas son avis comme ils ont déjà des difficultés financières. Elle aide son mari avec les petites activités génératrices de revenu mais il devient de plus en plus difficile de nourrir tous les enfants. D'ailleurs, elle est constamment occupée et n'arrive plus s'occuper d'eux proprement. Les plus grands gardent les petits quand elle coure entre le champ et le marché tous les jours. Un jour elle s'arrête au centre de santé afin de se renseigner sur les méthodes de protection contre les nouvelles grossesses. Elle en a entendu parler mais son mari est catégoriquement contre. Le médecin lui recommande une méthode discrète et la rassure que cette pratique soit acceptée par sa religion afin de pouvoir assurer sa santé ainsi que celle de ses enfants.*
Que pensez-vous de cette histoire? Comment la communauté perçoit-elle l'utilisation des moyens contraceptifs modernes? Que feriez-vous si vous étiez Zahra?
6. Quelles pratiques utilise-t-on pour espacer des naissances (PISTE DE RECHERCHE : moyens contraceptifs traditionnels/modernes, éloignement du mari, abstinence) Comment ces pratiques sont-elles perçues/acceptées par la communauté ? Quel type de ménage est strictement contre la limitation et/ou l'espacement de naissances ? (PISTE DE RECHERCHE : âge du couple, groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, niveau d'instruction)

7. Quelles barrières d'utilisation des consultations prénatales vous posent des plus grandes difficultés? Croyances culturelles (naissance d'un enfant n'appartient pas à l'hôpital), exposition de la nudité des femmes devant les prestataires de santé de sexe masculin et/ou exposition de la femme à l'adultère, la jalousie de l'époux, traumatismes et les expériences malheureuses précédentes, coûts financiers élevés, mauvais accueil) Pourquoi ? Comment votre utilisation des consultations prénatales change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#))
8. Quelles barrières de l'accouchement au structure sanitaire vous posent des plus grandes difficultés? Coûts financiers élevés, mauvais accueil, préférence de l'accouchement à la maison (espace intime, accouchement non-assisté), préférence de l'accouchement avec l'assistance de l'accoucheuse traditionnelle. Pourquoi ? Comment l'utilisation de l'accouchement au structure sanitaire change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quel type de femmes accède plus difficilement ou choisit de ne pas accéder aux structures sanitaires pour l'accouchement ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)

O. GUIDE D'ENTRETIEN: CHARGE DE TRAVAIL ET CHARGE MENTALE DES FEMMES

1. Qu'est ce qui caractérise une femme idéale dans cette communauté ? Quels astuces les femmes ont développé afin de rapprocher au maximum cet idéal ? Quel comportement est difficilement accepté (ou pas du tout accepté) chez une femme ? Pourquoi ?
2. A quoi ressemble votre routine quotidienne? (Cf. [Activités quotidiennes](#)) Comment votre routine change-t-elle au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Quels changements en routine quotidienne avez-vous observé entre vous et vos parents/grands-parents? (Cf. [Calendrier historique](#)) Comment votre routine quotidienne diffère-t-elle de celle des hommes? Quelles différences dans les routines quotidiennes avez-vous observé entre les différents ménages?
3. Comment percevez-vous votre charge de travail? Quand est-ce votre charge de travail est plus élevée/vous vous sentez plus occupées ou fatiguées? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Que faites-vous quand vous vous sentez comme ça? Quel type d'activités représente une charge de travail particulier ? Comment votre charge de travail change pendant la grossesse/après l'accouchement ? Qu'est-ce qui caractérise les ménages avec la charge de travail plus/moins importante? Qu'est ce que vous faites si vous n'arrivez pas d'exécuter toutes vos tâches journalières ?
4. Comment percevez-vous votre charge mentale ? Quand vous vous sentez plus préoccupées/stressées ? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Que faites-vous quand vous vous sentez comme ça? Qu'est ce que vous n'êtes pas capable de faire quand vous vous sentez comme ça ? (PISTE DE RECHERCHE : tâches ménagères, activités génératrices de revenu, allaitement maternel, pratiques d'hygiène, rapports sexuels) Quels sentiments ressentez-vous lors de ces moments de préoccupation/stress ? (PISTE DE RECHERCHE : manque de joie, angoisse, manque d'énergie, difficultés de concentration, manque d'intérêt pour le bébé/ménage, culpabilisation, sentiment d'abandon, troubles d'appétit, troubles de sommeil, cauchemars) Quelles sont les causes courantes de vos préoccupations/stress (PISTE DE RECHERCHE : problèmes conjugaux, problèmes familiales, surcharge de travail, manque de ressources financières, maladie, décès, départ d'un membre de famille (migration), manque de soutien)
5. A quel point est-il accepté pour une femme de démontrer ses émotions/frustrations ? Quelles démonstrations de détresse sont généralement tolérées vs. quelles démonstrations ne sont pas du tout tolérées ? Quels mécanismes de support au sein du ménage/famille/communauté existent pour l'offrir le soutien nécessaire ?

6. Comment décriviez-vous l'état d'esprit des femmes après l'accouchement ? Quels sentiments sont souvent associés avec cet évènement ? Quels autres sentiments les femmes dans votre communauté ont avoué d'avoir après l'accouchement ? Quel type de femmes risquent de ressentir ces sentiments ? Pourquoi ?
7. Comment décririez-vous vos relations avec les autres membres de votre ménage? Quelles relations vous apportent le plus de joie? Quelles relations vous préoccupent le plus? Pourquoi? Dans quelle mesure êtes-vous à l'aise de dire aux membres de votre ménage que vous n'êtes pas bien/pas d'accord?
8. Aux quels groupes communautaires faites-vous partie? Quels sont les avantages et/ou désavantages de la participation dans ces groupes? À quelle fréquence participez-vous aux rassemblements communautaires?

P. GUIDE D'ENTRETIEN: AUTONOMIE DES FEMMES

1. À quelle fréquence sortez-vous de votre maison/quartier/village? Qui décide si vous pouvez partir? Où pouvez-vous aller sans demander personne?
2. Quelles activités les femmes de cette communauté peuvent-elles effectuer pour générer des revenus? Qui contrôle les revenus ainsi générés? Quelles d'autres activités pensez-vous que les femmes de cette communauté devraient être autorisées à exercer pour générer des revenus? Quels changements en autonomie/pouvoir de décisions avez-vous observé entre vous et vos parents/grands-parents? (Cf. [Calendrier historique](#))
3. Que pouvez-vous vendre au marché sans consulter un autre membre de votre ménage? Que pouvez-vous acheter au marché sans consulter un autre membre de votre ménage? Selon vous, quels changements pourraient vous aider en ce qui concerne la vente/l'achat au marché? Pourquoi?
4. Pour quelles activités pouvez-vous prendre des décisions sans consulter personne? Pour quelles activités avez-vous besoin de consulter un autre membre de votre ménage? Pour quelles activités seul un membre de votre ménage peut prendre des décisions? (PISTE DE RECHERCHE: scolarité, mariage, dépenses ménagères, composition des repas, activités quotidiennes, charge de travail, repos après l'accouchement, traitement médical en cas de maladie, planification familiale). Que pensez-vous de cette division de la prise de décision? Que souhaiteriez-vous changer à propos de cette division du processus décisionnel? Dans quels domaines aimeriez-vous que les décisions soient prises différemment?
5. Pour les décisions, où vous devez consulter un autre membre de votre ménage, dans quelle mesure pouvez-vous participer à la prise de décision? Pour les décisions, lorsqu'un membre de votre ménage prend des décisions, dans quelle mesure pouvez-vous participer à la prise de décision? Dans quelle mesure vous sentez-vous écouté lorsque des décisions sont prises? Que pouvez-vous faire lorsque vous n'êtes pas d'accord avec une décision prise? Que se passe-t-il lorsque votre opinion n'a pas été prise en compte, mais qu'il s'est avéré que cela aurait été une bonne décision? Comment cela change-t-il la prise de décision au sein du ménage?
6. Votre pouvoir de décision change-t-il lorsque vos maris migrent? Qui prend les décisions en leur absence?
7. Dans quelle mesure pouvez-vous accéder aux informations pour prendre des décisions éclairées? Quels obstacles à l'accès rencontrez-vous pour accéder à l'information?
8. Quels droits les femmes de cette communauté ont-elles en ce qui concerne la possession/l'héritage de la terre? Qui décide généralement de ce qu'il faut planter?
9. Quels droits les femmes de cette communauté ont-elles en matière de prêt ou d'emprunt d'argent? Qui décide de la façon dont l'argent emprunté est dépensé? Qui est responsable du remboursement de l'argent? Quels avantages/inconvénients cet arrangement vous apporte-t-il? Comment pensez-vous que cet arrangement devrait changer?
10. Quel type de femmes a le pouvoir de décision plus restreint que les autres femmes dans cette communauté ? (PISTE DE RECHERCHE : Age, Différence d'âge entre le couple, Statut

matrimonial, Type de mariage (monogame vs. polygame), Religion, Niveau d'instruction, Quintile économique, etc.) Pourquoi ? Comment cela affecte leur fonctionnement et/ou leur santé/santé de leurs enfants ?

Q. GUIDE D'ENTRETIEN: CHARGE DE TRAVAIL ET CHARGE MENTALE DES HOMMES

1. Qu'est ce qui caractérise un homme idéal dans cette communauté ? Quels astuces les hommes ont développé afin de rapprocher au maximum cet idéal ? Quel comportement est difficilement accepté (ou pas du tout accepté) chez un homme ? Pourquoi ?
2. A quoi ressemble votre routine quotidienne? (Cf. [Activités quotidiennes](#)) Comment votre routine change-t-elle au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Quels changements en routine quotidienne avez-vous observé entre vous et vos parents/grands-parents? (Cf. [Calendrier historique](#)) Comment votre routine quotidienne diffère-t-elle de celle des femmes? Quelles différences dans les routines quotidiennes avez-vous observé entre les différents ménages?
3. Comment percevez-vous votre charge de travail? Quand est-ce votre charge de travail est plus élevée/vous vous sentez plus occupées ou fatiguées? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Que faites-vous quand vous vous sentez comme ça? Quel type d'activités représente une charge de travail particulier ? Qu'est-ce qui caractérise les ménages avec la charge de travail plus/moins importante? Qu'est-ce que vous faites si vous n'arrivez pas d'exécuter toutes vos tâches journalières ?
9. Comment percevez-vous votre charge mentale ? Quand vous vous sentez plus préoccupées/stressées ? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Que faites-vous quand vous vous sentez comme ça ? Qu'est-ce que vous n'êtes pas capable de faire quand vous vous sentez comme ça ? (PISTE DE RECHERCHE : activités génératrices de revenu, pratiques d'hygiène, rapports sexuels) Quels sentiments ressentez-vous lors de ces moments de préoccupation/stress ? (PISTE DE RECHERCHE : manque de joie, angoisse, manque d'énergie, difficultés de concentration, manque d'intérêt pour le ménage, culpabilisation, sentiment d'abandon, troubles d'appétit, troubles de sommeil, cauchemars) Quelles sont les causes courantes de vos préoccupations/stress (PISTE DE RECHERCHE : problèmes conjugaux, problèmes familiales, surcharge de travail, manque de ressources financières, maladie, décès, départ d'un membre de famille (migration), manque de soutien)
4. A quel point est-il accepté pour un homme de démontrer ses émotions/frustrations ? Quelles démonstrations de détresse sont généralement tolérées vs. quelles démonstrations ne sont pas du tout tolérées ? Quels mécanismes de support au sein du ménage/famille/communauté existent pour l'offrir le soutien nécessaire ?
5. Comment décririez-vous vos relations avec les autres membres de votre ménage? Quelles relations vous apportent le plus de joie? Quelles relations vous préoccupent le plus? Pourquoi? Dans quelle mesure êtes-vous à l'aise de dire aux membres de votre ménage que vous n'êtes pas bien/pas d'accord?
6. Aux quels groupes communautaires faites-vous partie? Quels sont les avantages et/ou désavantages de la participation dans ces groupes? À quelle fréquence participez-vous aux rassemblements communautaires?

R. GUIDE D'ENTRETIEN: PERSPECTIVES DE VIE (PARENTS)

1. **Narration:** Lors de la discussion dans leur village, Haoua constate que depuis le retour de sa fille Laleyta de Yaoundé, elle n'est plus la même! Quand elle quittait le village à l'âge de 13 ans pour y aller continuer ses études, elle l'obéissait au doigt et à l'œil. Aujourd'hui, à l'âge de 20 ans, elle est revenue au village parce qu'elle n'a pas pu obtenir son baccalauréat. Elle porte désormais les vêtements indécents et boit la bière ! Haoua ne la reconnaît plus. Quand elle lui fait des reproches, Laleyta lui retourne qu'elle est villageoise qui ne connaît pas la vie. En revanche, elle lui reproche de se soumettre à son mari, le père de Laleyta, qui réclame tout le revenu généré

par Haoua pour acheter de l'alcool pour les soirées avec ses amis. Haoua est désespérée. Non seulement le comportement de Laleyta lui rend triste mais elle subit aussi des coups de son mari pour l'avoir mal élevé. Pourtant c'est lui qui a autorisé ses études à Yaoundé !

Que pensez-vous de cette histoire? Est-ce que cela se produit dans votre communauté? Comment la communauté perçoit-elle le clivage entre les générations? Pourquoi cela arrive ?

1. Comment la vie dans votre communauté a changé depuis la génération de vos parents/grands-parents ? Qu'est-ce que vous avez eu l'habitude de vivre/entendre qui n'est plus la réalité aujourd'hui ? Quelles valeurs ont progressivement disparu et quelles nouvelles valeurs sont révérees ? Quel effet ce changement a eu sur la vie dans la communauté ?
2. Quels événements (PISTE DE RECHERCHE : sècheresse, inondation, insécurité, conflit agropastoral, flux de population, croissance démographique, exploitation des ressources naturelles) ont eu l'impact important sur la vie dans votre communauté ? (Cf. [Calendrier historique](#)) Comment ces événements ont progressivement changé la vie dans votre communauté ?
3. Quels chocs ont actuellement le plus grand impact sur la survie de ménages (PISTE DE RECHERCHE : maladie, décès, départ d'un membre de ménage, séparation/divorce, diminution et/ou perte de récolte, scolarisation des enfants (au moment de l'inscription), etc.)
4. Comment l'accès aux sources de revenu/aliments/soins de santé/l'eau/infrastructures sanitaires/électricité/téléphone/appareils ménagers a changé depuis les derniers 10-15 ans ? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quel effet ce changement a eu sur la vie dans la communauté ?
5. Quels mécanismes d'entraide communautaire ont été utilisés dans le passé mais ont progressivement disparu ? Quel effet cet disparition a eu sur la capacité de ménages de résister aux chocs vécus ? Quels nouveaux mécanismes ont été créés afin d'assister les ménages dans les moments difficiles et/ou contribuer au développement de la communauté ? Quel type de ménages n'a un accès facile à ces mécanismes ? Pourquoi ?
6. Comment décriviez-vous la façon dans laquelle vos parents interagissaient avec vous et la façon dans laquelle vous interagissez avec vos enfants ? Qu'est ce qui a changé entre temps ?
7. Sur quels sujets avez-vous eu l'habitude de discuter avec vos parents ? Sur quels sujets avez-vous l'habitude de discuter avec vos enfants ? Comment les sujets et/ou le temps accordé a ces discussions a changé ces derniers 10-15 ans ? (Cf. [Calendrier historique](#)) Pourquoi ? Quels sujets avez-vous évité avec vos parents et quels sujets évitez-vous avec vos enfants ? Pourquoi ? Qui est censé de familiariser les enfants avec les sujets sensibles ?
8. En cas de besoin, auprès de qui cherchez-vous les conseils/l'aide? Qui a la plus grande influence sur vos décisions? Auprès de qui cherchent vos enfants les conseils/l'aide? Qu'est-ce que vous pensez de ce choix?
9. Quels désaccords entre les jeunes, leurs parents et/ou leurs grands-parents existent-ils dans votre communauté ? Quelles valeurs partagez-vous/ne partagez-vous avec les jeunes générations? Qu'est-ce que vous reprochez les plus à vos enfants ?
10. D'après vous, quels sont les problèmes les plus récurrents entre les femmes et les hommes ? Pourquoi existent-ils ? (PISTE DE RECHERCHE : (sources de revenu et leur utilisation/qualité de repas/charge de travail/rerelations intimes/infidélité/nombre d'enfants/pouvoir de décision) Qu'est-ce que vous ne tolérez jamais dans vos relations ? Comment les relations entre les hommes et les femmes ont changés au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#))
11. Quand est-ce que l'utilisation de la force est-elle justifiée ? Pourquoi ? Quel type de violence (ex. dénis de ressources, d'opportunités ou de services, agressions physiques,

violences psychologiques, violences sexuelles) est la plus récurrente/normalisée/pas du tout tolérée ?

12. Quelles possibilités de travail/épanouissement avez-vous dans votre communauté ? Que pensez-vous de ces possibilités? Comment ces possibilités influencent votre façon de vivre dans vos ménages/votre communauté? Aux quelles activités assistez-vous habituellement avec les autres membres de la communauté? Aux quels groupes communautaires faites-vous partie? Quels sont les avantages et/ou désavantages de la participation dans ces groupes? Quelles institutions présentent-elles la plus grande valeur pour vous dans votre vie ? (PISTE DE RECHERCHE : famille/diaspora/école/église/état/aide internationale). Comment leur rôle a changé au fil de temps ?
13. Comment le sentiment de la sécurité/l'insécurité influence votre façon à vivre dans la communauté?
14. *Narration: Il y a un village pas loin qui a été habité par une seule ethnie. Les membres de cette communauté ont observé des traditions qui les ont été transmises par leurs ancêtres. Dans ce village, les hommes ne travaillaient pas aux champs – ce travail étant réservé uniquement aux femmes qui ont reçu une responsabilité de s'occuper de leurs maris et des femmes lors du mariage. Comme l'homme a payé la dote, souvent extrêmement chère, la femme a été attendue à travailler toute sa vie afin de rembourser cette dette. Comme les années ont passé, plusieurs autres ethnies sont arrivées dans ce village, chacune avec ses propres traditions qui ont commencé à se mélanger. Observant la répartition de travail des autres ethnies, les femmes de la première ethnie se sont rendu compte de leur positionnement désavantagé. Petit à petit, elles ont commencé à se révolter contre les travaux champêtres sous le soleil accablant. A leur tour, les hommes ont aussi remarqué les différences et ont beaucoup discuté les pratiques des autres ethnies. Progressivement, ils ont abandonné la dote qui leur a posé des grandes difficultés financières dans la situation économique précaire et ont assumé la responsabilité d'approvisionner le ménage à l'instar des autres ethnies.*

S. GUIDE D'ENTRETIEN: PERSPECTIVES DE VIE (JEUNES)

1. *Narration: Halimatou a 14 ans. Elle est issue d'une famille simple où elle devrait assumer les responsabilités pour les tâches ménagères très tôt. Elle désirait étudier mais à un moment, son père a arrêté à payer les frais de scolarité. Il a donné la préférence à son fils unique. Halimatou était très triste. Avec l'aide de sa mère, elle a lancé un petit commerce de fruits pour gagner sa vie. Un jour elle rencontre Moustapha qui achète des mangues chez elle. Il revient chaque jour et offre de prendre soin de Halimatou. Les parents de Halimatou entendent des rumeurs qui circulent dans le village et encourage Halimatou à se marier. Inexpérimentée et sous pression de quitter le foyer, Halimatou devient la quatrième épouse de Moustapha, un homme de 45 ans. Quelques mois après, Halimatou tombe enceinte et Moustapha s'éloigne.*
Que pensez-vous de cette histoire? Est-ce que cela se produit dans votre communauté? Comment les jeunes perçoivent-ils ce phénomène ?
2. Comment la vie dans votre communauté a changé depuis la génération de vos parents/grands-parents ? Qu'est-ce que vous avez eu l'habitude de vivre/entendre qui n'est plus la réalité aujourd'hui ? Sur quelles traditions insistent-ils vos parents que vous considérez démodés aujourd'hui ? Comment le refus de ces traditions influence-t-il vos relations avec vos parents ?
3. Quels désaccords entre les jeunes, leurs parents et/ou leurs grands-parents existent-ils dans votre communauté ? Quelles valeurs partagez-vous/ne partagez-vous avec eux? Qu'est-ce que vous reprochez les plus à vos parents ?
4. Comment décriviez-vous la façon dans laquelle vos parents interagissent avec vous (lien affectif, activités communes, apprentissage) ? Sur quels sujets avez-vous eu l'habitude de discuter avec vos parents ? Quels sujets évitez-vous ? Pourquoi ? Chez qui vous cherchez des informations sur les sujets sensibles ?

5. En cas de besoin, auprès de qui cherchez-vous les conseils/l'aide? Qui a la plus grande influence sur vos décisions?
6. D'après vous, quels sont les problèmes les plus récurrents entre les femmes et les hommes ? Pourquoi existent-ils ? (PISTE DE RECHERCHE : (sources de revenu et leur utilisation/qualité de repas/charge de travail/rerelations intimes/infidélité/nombre d'enfants/pouvoir de décision) Comment les relations entre les hommes et les femmes diffèrent des relations entre vos parents ? (Cf. [Calendrier historique](#))
7. Quand est-ce que l'utilisation de la force est-elle justifiée ? Pourquoi ? Quel type de violence (ex. dénis de ressources, d'opportunités ou de services, agressions physiques, violences psychologiques, violences sexuelles) est la plus récurrente/normalisée/pas du tout tolérée ?
8. Quelles possibilités de travail/épanouissement avez-vous dans votre communauté ? Que pensez-vous de ces possibilités? Comment ces possibilités influencent votre façon de vivre dans vos ménages/votre communauté? Aux quelles activités assistez-vous habituellement avec les autres membres de la communauté? Aux quels groupes communautaires faites-vous partie? Quels sont les avantages et/ou désavantages de la participation dans ces groupes? Quelles institutions présentent-elles la plus grande valeur pour vous dans votre vie ? (PISTE DE RECHERCHE : famille/diaspora/école/église/état/aide internationale). Comment leur rôle a changé au fil de temps ?
9. Comment le sentiment de la sécurité/l'insécurité influence votre façon à vivre dans la communauté?

T. GUIDE D'ENTRETIEN: SOURCES DE REVENU & STRATEGIES DE RESILIENCE

1. Quelles sont les principales sources de revenu dans votre communauté? Varient-ils au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Ont-ils changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) Qu'est-ce qui a provoqué le changement?
2. Quelles activités les femmes de cette communauté peuvent-elles effectuer pour générer des revenus? Qui contrôle les revenus ainsi générés? Quelles d'autres activités pensez-vous que les femmes de cette communauté devraient être autorisées à exercer pour générer des revenus?
3. Aux quels défis faites-vous face en domaine d'agriculture? (PISTE DE RECHERCHE: accès à l'eau/la terre, conflits agropastoraux, dégradation du sol, indisponibilité de semences/outils/savoir-faire/travail, coût du travail, maladies des plantes, accès au marché pour la vente, fluctuations des prix en période de semis/récolte, fluctuations de la demande sur le marché, exigences de qualité) Ces défis varient-ils au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Ces défis ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#)) Qu'est-ce qui a provoqué le changement?
4. Quels défis rencontrez-vous en domaine d'élevage? (PISTE DE RECHERCHE: accès à l'eau/pâturage/vaccination, conflits agropastoraux, maladies animales, indisponibilité du savoir-faire, accès aux marchés pour la vente, fluctuation des prix, fluctuation de la demande sur le marché, exigences de qualité) Ces défis varient-ils au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#)) Qu'est-ce qui a provoqué le changement?
5. Quelles conséquences ont ces défis sur le revenu de votre ménage ? Quelles stratégies d'adaptation déployez-vous pour compenser les pertes éventuelles? (Cf. [Stratégies de survie](#))
6. Quels ménages de votre communauté sont-ils plus vulnérables à l'insécurité alimentaire? A partir de quel critère peut-on catégoriser les ménages comme plus aisés ?
7. Les membres de votre communauté ont-ils tendance à migrer? Si oui, qui migre? Où? Quand? Pour combien de temps? Pourquoi? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Les tendances migratoires dans votre communauté ont-ils changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quelles sont les conséquences de la migration ou de l'évolution

des flux migratoires sur les membres d'un ménage qui restent? (PISTE DE RECHERCHE: revenu, charge de travail, prise de décision, nutrition, santé, pratiques de soins de l'enfant)

U. GUIDE D'ENTRETIEN: ACCES AU MARCHÉ ET UTILISATION DE RESSOURCES

1. Comment décriviez-vous votre accès au marché? Aux quelles barrières d'accès faites-vous face (PISTE DE RECHERCHE: distance, manque de transport, frais de transport, insécurité) Comment votre accès au marché change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#))
2. Quels types de produits sont régulièrement disponibles au marché? Pendant quelle période de l'année sont les produits moins disponibles et/ou indisponibles? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Quels produits ne sont pas du tout disponibles malgré le besoin communautaire? Qu'est-ce que vous faites pour pallier à ce problème? La disponibilité des produits a-t-elle changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#))
3. Comment les prix des produits fluctuent au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment ils-ont changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
4. Auxquels d'autres services accéder vous au marché?
5. Comment utilisez-vous le revenu de votre ménage? (Cf. [Dépenses ménagères](#)) Quelles dépenses sont-elles priorisées ? Quelles dépenses ont progressivement disparu sous poids de votre situation économique ? Quel effet sur la santé des vos enfants observez-vous à cet égard ?
6. Comment/Combien/Dans quel but les membres de votre communauté ont tendance à économiser des ressources?
7. Comment les membres de votre communauté accèdent au crédit? Auprès de qui/Sous quelles conditions? Quel volume de dettes les membres de votre communauté ont tendance à accumuler?
8. Pour quel type de dépenses peuvent les femmes prendre des décisions sans consulter personne? Pour quel type de dépenses elles ont besoin de vous consulter? Pour quel type de dépenses vous seuls pouvez prendre des décisions? (PISTE DE RECHERCHE: scolarité, mariage, dépenses ménagères, composition des repas, activités quotidiennes, charge de travail, repos après l'accouchement, traitement médical en cas de maladie, planification familiale). Que pensez-vous de cette division de la prise de décision? Qu'est ce qui devrait changer à propos de cette division? Le processus décisionnel change-t-il en l'absence du mari (Ex. migration)?
9. Pour les décisions, où les femmes devraient vous consulter, dans quelle mesure vous les laissez assister à la prise de décision? Pour les décisions que vous principalement prenez seuls, dans quelle mesure vous laissez les femmes à exprimer leur opinion? Dans quelle mesure vous écoutez aux femmes pour la prise des décisions? Que se passe-t-il lorsque l'opinion de votre épouse n'a pas été prise en compte, mais qu'il s'est avéré que cela aurait été une bonne décision? Comment cela change-t-il la prise de décision au sein du ménage?
10. Que peuvent les femmes vendre au marché sans vous consulter? Que peuvent-elles acheter au marché sans vous consulter?
11. Les femmes reçoivent-elles une allocation hebdomadaire/mensuelle? Si oui, combien et pour quoi?
12. Quels droits les femmes de cette communauté ont en ce qui concerne la possession/l'héritage de la terre? Quels droits les femmes de cette communauté ont en matière de prêt ou d'emprunt d'argent? Qui décide de la façon dont l'argent emprunté est dépensé? Qui est responsable du remboursement de l'argent? Quels avantages / inconvénients cet arrangement vous apporte-t-il?

V. GUIDE D'ENTRETIEN: EAU, ASSAINISSEMENT & HYGIÈNE

1. Comment décriviez-vous l'importance de l'eau dans la vie de votre communauté ? Comment cette perception influence l'utilisation de l'eau ? Quel usage de l'eau est priorisé

- en cas de soudure? (PISTE DE RECHERCHE : boisson, cuisine, bains, lessive, consommation animale/agriculture)
2. Comment décriviez-vous votre accès à l'eau? Aux quelles barrières d'accès faites-vous face (PISTE DE RECHERCHE: distance, disponibilité, qualité, prix, charge de travail, manque/frais de transport, temps d'attente) Comment votre accès à l'eau change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#))
 3. Quel type de ménages fait face aux plus grandes difficultés d'accéder à l'eau ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)
 4. Qui est responsable de chercher de l'eau pour le ménage? Quelle quantité d'eau récupérez-vous pendant une journée? Comment cela change tout au long de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment cela a changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) Pourquoi? Quelles sont les conséquences de ces changements?
 5. Comment les membres de votre communauté traitent/stockent de l'eau? Auxquels défis font-ils face à cet égard?
 6. Comment décriviez-vous la propreté/saleté ? Comment la définition de la propreté/saleté diffère en cas des filles/garçons/femmes/hommes ? Comment cette perception influence l'assainissement/hygiène dans votre communauté ? Comment votre approche vers l'assainissement a changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) Pourquoi ?
 7. Comment décriviez-vous votre accès aux installations sanitaires? Aux quelles barrières d'accès faites-vous face (PISTE DE RECHERCHE: disponibilité, durabilité, acceptabilité, prix, charge de travail) Est-ce que cela a changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
 8. Quel type de ménages fait face aux plus grandes difficultés d'accéder aux installations sanitaires et/ou leurs pratiques d'assainissement/hygiènes environnementale différent substantiellement des autres ménages dans cette communauté ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)
 9. Quelles croyances locales/postures influencent-elles les pratiques d'hygiène et d'assainissement optimales dans cette communauté? Quelles croyances empêchent l'appropriation des « nouvelles » pratiques promues par le personnel de santé? De quelles pratiques avez-vous entendu parler mais vous ne jugez pas risqué de ne pas les pratiquer ?

W. GUIDE D'ENTRETIEN: PERCEPTIONS DE LA MALNUTRITION + FACTEURS DE RISQUE (PERSONNEL DE SANTÉ)

1. Quels types de services offrez-vous? (PISTE DE RECHERCHE: soins prénatals, accouchement, soins postnatals, vaccination) Quels frais facturez-vous pour ces services ?
2. Comment la communauté perçoit-elle les services dans cet établissement de santé? Quels services ont-ils tendance à utiliser le plus souvent? Quels services ils n'utilisent pas du tout? Pourquoi?
3. Quelles barrières d'accès (Cf. [Flashcards des barrières d'accès](#)) posent la communauté les plus grandes difficultés en termes d'accès aux structures sanitaires ? Pourquoi ? Comment leur accès aux établissements de santé change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))

Barrières géographiques : faible accessibilité géographique, inaccessibilité de certaines structures sanitaires en saison des pluies , insécurité

Barrières temporelles : temps d'attente

Barrières financières : cout d'opportunité, coût élevé des soins, gratuité limitée

Barrières socio-culturelles : recours à la médecine traditionnelle , prolifération des médicaments de la rue , peur de jugement, perception de la malédiction de la structure sanitaire, manque de confiance en soins modernes et/ou le découragement si les résultats ne sont pas rapides

Barrières de qualité de soins : l'offre insuffisante de services de santé, insuffisance en infrastructures, équipements et ressources humaines; mauvais accueil manque de confidentialité, défaillances dans la gestion des services, notamment l'approvisionnement des médicaments

4. Quel type de ménages fait face aux plus grandes difficultés d'accéder aux services de santé ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)
5. Quelles sont les maladies infantiles les plus courantes dans cette communauté? (PISTE DE RECHERCHE: diarrhée, fièvre, infections respiratoires aiguës, paludisme) Quelles sont leurs principales causes? Au cours de quels mois sont-elles les plus fréquentes? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment la prévalence de ces maladies a-t-elle changé au cours des derniers 10-15 ans ? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quelle est l'option de traitement préférée dans cette communauté en cas de ces maladies infantiles?
6. Quelle est la perception de la sous-nutrition dans la communauté? Quelles sont ses causes principales dans cette communauté? (Cf. [Flashcards Hypothèses](#)) Est-ce que la communauté comprend ses causes différemment? Si oui, comment? Pourquoi?
9. Quel type d'enfant semble être plus vulnérable à cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE : sexe, âge, groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, quintile économique, chef de ménage F/H), caractéristiques de la mère (âge, charge de travail, bien être), pratiques d'allaitement/alimentation/hygiène, etc.
10. Quel type de femme semble être plus vulnérable à la sous-nutrition? (PISTE DE RECHERCHE : âge, groupe ethnique, religion, statut matrimonial (célibataire, mariée, divorcée, veuve), type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, charge de travail, bien être, quintile économique, etc.)
11. Quelles croyances locales influencent-elles les pratiques de soins des enfants dans cette communauté? Quelles croyances empêchent l'appropriation des « nouvelles » pratiques promues par le personnel de santé? (PISTE DE RECHERCHE : allaitement maternel exclusif : pratique « exogène », praticable seulement par les femmes dans les ménages riches qui sont bien nourries et ne travaillent pas des longues heures, colostrum jeté (liquide sale), « l'eau c'est la vie », protection contre le sort (l'eau des saintes écritures), alimentation du nourrisson et du jeune enfant : enfant qui mange seul devient chiche
12. Quelles barrières d'utilisation des consultations prénatales posent à cette communauté des plus grandes difficultés? Croyances culturelles (naissance d'un enfant n'appartient pas à l'hôpital), exposition de la nudité des femmes devant les prestataires de santé de sexe masculin et/ou exposition de la femme à l'adultère, la jalousie de l'époux, traumatismes et les expériences malheureuses précédentes, coûts financiers élevés, mauvais accueil) Pourquoi ? Comment leur accès aux consultations prénatales change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
13. Quelles barrières de l'accouchement au structure sanitaire posent à cette communauté des plus grandes difficultés? Coûts financiers élevés, mauvais accueil, préférence de l'accouchement à la maison (espace intime, accouchement non-assisté), préférence de l'accouchement avec l'assistance de l'accoucheuse traditionnelle. Pourquoi? Comment leur accès aux accouchements au structure sanitaire change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quel type de femmes accède plus difficilement ou choisit de ne pas accéder aux structures sanitaires pour l'accouchement ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)

X. GUIDE D'ENTRETIEN: PERCEPTIONS DE LA MALNUTRITION + FACTEURS DE RISQUE (AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE / RELAI COMMUNAUTAIRE)

1. Comment la communauté perçoit-elle les services offerts dans les établissements de santé? Quels services ont-ils tendance à utiliser le plus souvent? Quels services ils n'utilisent pas du tout? Pourquoi?
2. Quelles barrières d'accès (Cf. [Flashcards des barrières d'accès](#)) posent la communauté les plus grandes difficultés en termes d'accès aux structures sanitaires ? Pourquoi ? Comment leur accès aux établissements de santé change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))

Barrières géographiques : faible accessibilité géographique, inaccessibilité de certaines structures sanitaires en saison des pluies , insécurité

Barrières temporelles : temps d'attente

Barrières financières : cout d'opportunité, coût élevé des soins, gratuité limitée

Barrières socio-culturelles : recours à la médecine traditionnelle , prolifération des médicaments de la rue , peur de jugement, perception de la malédiction de la structure sanitaire, manque de confiance en soins modernes et/ou le découragement si les résultats ne sont pas rapides

Barrières de qualité de soins : l'offre insuffisante de services de santé, insuffisance en infrastructures, équipements et ressources humaines; mauvais accueil manque de confidentialité, défaillances dans la gestion des services, notamment l'approvisionnement des médicaments

3. Quel type de ménages fait face aux plus grandes difficultés d'accéder aux services de santé ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)
4. Quelles sont les maladies infantiles les plus courantes dans cette communauté? (PISTE DE RECHERCHE: diarrhée, fièvre, infections respiratoires aiguës, paludisme) Quelles sont leurs principales causes? Au cours de quels mois sont-elles les plus fréquents? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment la prévalence de ces maladies a-t-elle changé au cours des derniers 10-15 ans ? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quelle est l'option de traitement préférée dans cette communauté en cas de ces maladies infantiles?
5. Quelle est la perception de la sous-nutrition dans la communauté? Quelles sont ses causes principales dans cette communauté? (Cf. [Flashcards Hypothèses](#)) Est-ce que la communauté comprend ses causes différemment? Si oui, comment? Pourquoi?
6. Quel type d'enfant semble être plus vulnérable à cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE : sexe, âge, groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, quintile économique, chef de ménage F/H), caractéristiques de la mère (âge, charge de travail, bien être), pratiques d'allaitement/alimentation/hygiène, etc.
7. Quel type de femme semble être plus vulnérable à la sous-nutrition? (PISTE DE RECHERCHE : âge, groupe ethnique, religion, statut matrimonial (célibataire, mariée, divorcée, veuve), type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, charge de travail, bien être, quintile économique, etc.)
8. Quelles croyances locales influencent-elles les pratiques de soins des enfants dans cette communauté? Quelles croyances empêchent l'appropriation des « nouvelles » pratiques promues par le personnel de santé? (PISTE DE RECHERCHE : allaitement maternel exclusif : pratique « exogène », praticable seulement par les femmes dans les ménages riches qui sont bien nourries et ne travaillent pas des longues heures, colostrum jeté (liquide sale), « l'eau c'est la vie », protection contre le sort (l'eau des saintes écritures), alimentation du nourrisson et du jeune enfant : enfant qui mange seul devient chiche
9. Quelles barrières d'utilisation des consultations prénatales posent à cette communauté des plus grandes difficultés? Croyances culturelles (naissance d'un enfant n'appartient pas à l'hôpital), exposition de la nudité des femmes devant les prestataires de santé de sexe masculin et/ou exposition de la femme à l'adultère, la jalousie de l'époux, traumatismes et les expériences

malheureuses précédentes, coûts financiers élevés, mauvais accueil) Pourquoi ? Comment leur accès aux consultations prénatales change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))

10. Quelles barrières de l'accouchement au structure sanitaire posent à cette communauté des plus grandes difficultés? Coûts financiers élevés, mauvais accueil, préférence de l'accouchement à la maison (espace intime, accouchement non-assisté), préférence de l'accouchement avec l'assistance de l'accoucheuse traditionnelle. Pourquoi? Comment leur accès aux accouchements au structure sanitaire change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quel type de femmes accède plus difficilement ou choisit de ne pas accéder aux structures sanitaires pour l'accouchement ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)

Y. GUIDE D'ENTRETIEN: SANTÉ + FACTEURS DE RISQUE (GUERISSEUR TRADITIONNEL / ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE)

1. Comment la communauté perçoit-elle les services offerts dans les établissements de santé? Quels services ont-ils tendance à chercher plutôt chez vous ? Pourquoi? Quel type de ménages fait recours à vos soins le plus souvent?
2. Quelles barrières d'accès (Cf. [Flashcards des barrières d'accès](#)) posent la communauté les plus grandes difficultés en termes d'accès aux structures sanitaires ? Pourquoi ?
Barrières géographiques : faible accessibilité géographique, inaccessibilité de certaines structures sanitaires en saison des pluies , insécurité
Barrières temporelles : temps d'attente
Barrières financières : cout d'opportunité, coût élevé des soins, gratuité limitée
Barrières socio-culturelles : recours à la médecine traditionnelle , prolifération des médicaments de la rue , peur de jugement, perception de la malédiction de la structure sanitaire, manque de confiance en soins modernes et/ou le découragement si les résultats ne sont pas rapides
Barrières de qualité de soins : l'offre insuffisante de services de santé, insuffisance en infrastructures, équipements et ressources humaines; mauvais accueil manque de confidentialité, défaillances dans la gestion des services, notamment l'approvisionnement des médicaments
3. Comment êtes-vous capable de pallier à ces problèmes ? Comment leur accès aux soins chez vous change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#))
4. Quelles barrières d'utilisation des consultations prénatales posent à cette communauté des plus grandes difficultés? Croyances culturelles (naissance d'un enfant n'appartient pas à l'hôpital), exposition de la nudité des femmes devant les prestataires de santé de sexe masculin et/ou exposition de la femme à l'adultère, la jalousie de l'époux, traumatismes et les expériences malheureuses précédentes, coûts financiers élevés, mauvais accueil) Pourquoi ?
5. Quelles barrières de l'accouchement au structure sanitaire posent à cette communauté des plus grandes difficultés? Coûts financiers élevés, mauvais accueil, préférence de l'accouchement à la maison (espace intime, accouchement non-assisté), préférence de l'accouchement avec l'assistance de l'accoucheuse traditionnelle. Pourquoi ? Quel type de femmes accède plus difficilement ou choisit de ne pas accéder aux structures sanitaires pour l'accouchement ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)
6. En regardant les images, quels sont les principaux défis auxquels les parents sont confrontés pour garder leurs enfants en bonne santé? (Cf. [Flashcards Hypothèses](#))
7. Que pensez-vous des enfants sur ces photos? (Cf. [Photos d'enfants malnutris \(marasme/kwashiorkor\) + enfants souffrant de malnutrition chronique](#))
8. De quelle maladie souffrent-ils? Quels mots utilisez-vous pour décrire tels enfants dans votre communauté? Quels mots sont-ils plus sensibles que d'autres? Que pensez-vous de

cette maladie? Comment est-elle similaire ou différente des autres maladies infantiles? Quel type est plus commun dans votre communauté?

9. Quelles sont les causes de cette maladie? Comment traitez-vous cette maladie dans votre communauté? (Cf. [Itinéraire thérapeutique](#)) Quel est le traitement le plus courant?

Z. GUIDE D'ENTRETIEN: PERCEPTIONS DE LA MALNUTRITION + FACTEURS DE RISQUE (LEADERS COMMUNAUTAIRES)

1. Que pensez-vous des enfants sur ces photos? (Cf. [Photos d'enfants malnutris \(marasme/kwashiorkor\) + enfants souffrant de malnutrition chronique](#))
2. De quelle maladie souffrent-ils? Quels mots utilisez-vous pour décrire tels enfants dans votre communauté? Quels mots sont-ils plus sensibles que d'autres? Que pensez-vous de cette maladie? Comment est-elle similaire ou différente des autres maladies infantiles? Quel type est plus commun dans votre communauté?
3. Quelles sont les causes de cette maladie? Quelles sont les raisons pour lesquelles un enfant deviendrait comme ça?
4. En regardant les images, quels sont les autres principaux défis auxquels les parents sont confrontés pour garder leurs enfants en bonne santé? (Cf. [Flashcards Hypothèses](#)) Quelles croyances locales sont liées à ces défis?
5. Comment traitez-vous cette maladie dans votre communauté? (Cf. [Itinéraire thérapeutique](#)) Quel est le traitement le plus courant?
6. Quel type d'enfant semble être plus vulnérable à cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE : sexe, âge, groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, quintile économique, chef de ménage F/H), caractéristiques de la mère (âge, charge de travail, bien être), pratiques d'allaitement/alimentation/hygiène, etc.)
7. Quel type de femme semble être plus vulnérable à la sous-nutrition? (PISTE DE RECHERCHE : âge, groupe ethnique, religion, statut matrimonial (célibataire, mariée, divorcée, veuve), type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, charge de travail, bien être, quintile économique, etc.)
8. Quelles croyances locales influencent-elles les pratiques de soins des enfants dans cette communauté? Quelles croyances empêchent l'appropriation des « nouvelles » pratiques promues par le personnel de santé? (PISTE DE RECHERCHE : allaitement maternel exclusif : pratique « exogène », praticable seulement par les femmes dans les ménages riches qui sont bien nourries et ne travaillent pas des longues heures, colostrum jeté (liquide sale), « l'eau c'est la vie », protection contre le sort (l'eau des saintes écritures), alimentation du nourrisson et du jeune enfant : enfant qui mange seul devient chiche.)

AA. GUIDE D'ENTRETIEN: ÉTUDE DE CAS (ETHNIE/RELIGION/COUCHE DE LA SOCIÉTÉ)

1. Quels sont vos principales valeurs de vie qui gère le fonctionnement dans votre groupe? Comment ces valeurs diffèrent de valeurs des autres groupes dans votre communauté? Comment ces différences influencent la vie commune dans votre communauté? Comment ces valeurs ont changé ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) A quel point ces valeurs ont changé sous poids de la cohabitation avec les autres groupes dans votre communauté? Comment percevez-vous ce changement?
2. Quels sont les rôles des hommes/femmes/enfants/jeunes/personnes âgées dans votre groupe? Qui est le premier responsable de la vie/santé de l'enfant? Quelles évolutions dans ces rôles avez-vous observé dans ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quel effet ces évolutions ont-elles eu sur la vie dans votre groupe/communauté?
3. Comment décriviez-vous les relations entre les femmes et les hommes (la vie en couple) dans votre groupe? Comment ces relations diffèrent des autres groupes dans votre communauté? A quel point les mariages entre les différents groupes sont-ils

acceptés/tolérés ? Les membres de quels groupes ne sont jamais autorisés de se marier ? Quelle évolution dans ces derniers 10-15 ans avez-vous observé à cet égard ? (Cf. [Calendrier historique](#))

4. Aux quelles croyances adhèrent les membres de votre groupe ? Comment ces croyances influencent-elles les pratiques de soins des enfants (allaitement maternel, alimentation du nourrisson et du jeune enfant, interactions avec l'enfant) ? Quelles croyances ont progressivement disparu sous poids de la modernisation/cohabitation avec les autres groupes ? Comment cette disparition influence la santé des enfants aujourd'hui ?
5. Quelles sont les routines journalières des hommes/femmes/enfants dans votre groupe ? Comment diffèrent-elles des routines des autres groupes dans votre communauté ? Quelles avantages/désavantages pourraient ces routines avoir sur la santé des femmes/enfants dans vos ménages ? Comment ces routines ont changé ces derniers 10-15 ans ? (Cf. [Calendrier historique](#)) Pourquoi ?
6. Quelles pratiques recommandées par le personnel de santé vous posent les plus grandes difficultés en termes de leur appropriation et/ou la mise en œuvre ? Pourquoi ? A quel point considérez-vous ces pratiques pertinentes pour votre vie ?
7. En regardant les images, quels sont les principaux défis auxquels les parents de votre groupe sont confrontés pour garder leurs enfants en bonne santé ? (Cf. [Flashcards Hypothèses](#)) Pourquoi ?
8. Comment l'accès de votre groupe à l'eau/terre/ressources naturelles/sources de revenu/services de santé, etc. diffèrent des autres groupes dans votre communauté ? Pourquoi ? Comment votre accès a changé ces derniers 10-15 ans ? (Cf. [Calendrier historique](#))

BB. GUIDE D'ENTRETIEN: MALNUTRITION (ETUDE COMPARATIVE)

Pratiques	Enfant malnutri	Autres enfants
Informations générales		
Sexe		
Age		
Age de la mère au moment de la grossesse		
Situation familiale au moment de la grossesse		

Pratiques	Enfant malnutri	Autres enfants
Grossesse		
Etat de santé général		
Difficultés lors de la grossesse		
Bien-être mental		
Charge de travail		
Support disponible		
Consultations prénatales		
Habitudes alimentaires : quantité		
Habitudes alimentaires : qualité		
Ressources financières		
Evénements spéciaux		

Pratiques	Enfant malnutri	Autres enfants
Accouchement & soins postnatals		
Lieu		
Assistance		
Complications pendant l'accouchement		
Poids à la naissance		
Etat de santé général enfant		

Etat de santé général mère		
Repos		
Consultations postnatales		
Vaccination		
Evénements spéciaux		

Pratiques	Enfant malnutri	Autres enfants
Allaitement maternel		
Initiation de l'allaitement		
Durée de l'allaitement		
Fréquence de l'allaitement		
Allaitement exclusif ?		
Autres liquides ?		
Habitudes alimentaires : quantité		
Habitudes alimentaires : qualité		
Charge de travail		
Bien-être mental		
Support disponible		
Interactions avec le nourrisson		
Hygiène corporelle		
Hygiène d'environnement		
Infections		
Ressources financières		
Evénements spéciaux		

Pratiques	Enfant malnutri	Autres enfants
Aliments de complément		
Initiation (mois)		
Allaitement complémentaire ?		
Durée d'allaitement complémentaire		
No. repas par jour		
Type de repas		
Charge de travail de la mère		
Bien-être mental		
Support disponible		
Interactions avec l'enfant		
Hygiène corporelle		
Hygiène d'environnement		
Infections		
Ressources financières		
Evénements spéciaux		

CC. GUIDE D'OBSERVATIONS DANS LA COMMUNAUTÉ/MÉNAGE

	Observations
Assainissement	
Présence des latrines	
Type de latrine	
Propreté des latrines	
Point d'eau / savon disponible dans la proximité ?	
Gestion des selles de l'enfant	

	Observations
Eau	
Sources d'eau	
Type de source d'eau	
Propreté de source d'eau	
Propreté autour de source d'eau	

Usage de source d'eau	
Distance vers point d'eau	
Temps d'attente	
Puisage par qui ?	
Propreté des bidons	
Lavage des bidons avant le remplissage ?	
Pratiques non-optimales observées / Sources de contamination de l'eau	
Transport de l'eau	
Stockage de l'eau à la maison	
Traitement de l'eau	

	Observations
Hygiène	
Lavage des mains après la toilette	
Lavage des mains après la gestion des selles de l'enfant	
Lavage des mains avant la cuisson des aliments	
Lavage des mains avant manger	
Lavage d'un sein avant allaiter	
Propreté du corps de l'enfant	
Propreté des vêtements de l'enfant	
Couches pour les enfants observées ?	
Espace de jeu de l'enfant	
Propreté de la cour	
Présence d'animaux dans la cour	
Présence d'animaux dans la maison	
Présence d'excréments des animaux dans la cour	
Présence d'excréments des animaux dans la maison	
Interactions enfant-animaux domestiques	
Propreté de la cuisine	
Gestion de déchets	

	Observations
Genre	
Charge de travail des femmes	
Bien-être mental des femmes	
Autonomie des femmes	
Support social	

	Observations
Autres	
Gardiennage des enfants	
Interactions avec l'enfant	

DD. SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS, CATÉGORISATION DES FACTEURS DE RISQUE ET RECOMMANDATIONS FINALES

Le but de cet exercice est d'impliquer les membres de la communauté dans la catégorisation des facteurs de risque en fonction de leur impact sur l'occurrence de la sous-nutrition dans leur communauté. En d'autres termes, les membres de la communauté seront encouragés à hiérarchiser les facteurs de risque identifiés, du plus problématique au moins problématique, en fonction de leur lien avec la sous-nutrition. En outre, ils seront encouragés à identifier les facteurs de risque, qu'ils pensent susceptibles de changer en premier, s'ils sont correctement pris en charge.

Avant l'exercice de classement, l'équipe qualitative résumera leurs conclusions, qu'ils auront pu rassembler au cours des cinq premiers jours dans la communauté, à l'aide de flashcards

préparés à l'avance. Après la présentation de tous les facteurs de risque identifiés, il sera demandé aux membres de la communauté de valider les résultats et l'interprétation de l'équipe des principaux défis de la communauté en matière de sous-nutrition. Si certains éléments sont jugés non représentatifs de la communauté, l'équipe d'étude modifiera l'interprétation, si nécessaire.

Ensuite, les participants seront invités à classer les facteurs de risque identifiés, du plus problématique au moins problématique, en fonction de leur lien avec la sous-nutrition. À l'aide de cailloux, il leur sera demandé de donner trois cailloux à des facteurs qui ont un impact majeur sur la sous-nutrition, deux cailloux à des facteurs ayant un impact important sur la sous-nutrition et un caillou à des facteurs ayant un impact mineur sur la sous-nutrition dans leur communauté. Des photos d'enfants malnutris, qui étaient auparavant utilisées lors des discussions de groupes les aideront visuellement à se concentrer davantage sur ce problème de santé que sur les autres principaux problèmes auxquels ils sont confrontés dans leur communauté.

Tous les échanges entre les participants en rapport avec cet exercice de catégorisation et/ou leur justification de la catégorisation seront dûment notés. Tous les participants seront encouragés à contribuer et tout désaccord sera dûment traité. Le but de cet exercice sera de classer les facteurs de risque en trois groupes, sur lesquels tous les participants seront d'accord.

Une fois cette étape terminée, les participants seront invités à sélectionner quelques facteurs de risque, qui, selon eux, expliquent la plupart des cas de sous-nutrition dans leur communauté et créent un schéma causal principal.

Alternativement, si un consensus sur trois catégories de risques s'avère difficile, l'équipe chargée de l'étude donnera trois cailloux à chaque participant et leur demandera d'attribuer un caillou à chaque risque, qu'ils considèrent comme le plus important en relation avec la sous-nutrition dans leur communauté. Une fois tous les cailloux comptés, les facteurs de risque seront divisés en trois catégories. L'équipe chargée de l'étude demandera aux participants de les valider et de parvenir à un consensus sur 4 ou 5 facteurs ayant un impact majeur sur la sous-nutrition dans leur communauté.

Après la catégorisation des facteurs de risque, l'équipe chargée de l'étude présentera des solutions identifiées par la communauté lors de discussions de groupe afin de relever ces défis. Une validation, suivie d'une hiérarchisation des activités, sera recherchée.

EE. ANNEXE

Un ensemble d'aides visuelles (flashcards) est disponible dans un fichier séparé.

ANNEXE H: BRÈVE DESCRIPTION DES GROUPES ETHNIQUES CONSULTÉS LORS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

**basée sur les études de cas réalisées dans les localités échantillonnées.*

Guemzeck

« Chez les Guemzeck la tradition a une immense valeur ; on ne doit pas transiger avec la tradition. Nous cohabitons pacifiquement avec les Mboko car à l'époque les chefs Mboko et Guemzeck se sont passés des femmes unissant ainsi ces deux communautés. Les Mboko sont un peuple frère. Pour quel que soit la demande aux ancêtres, on prépare la nourriture dans les marmites en terre argile, suivi des incantations pendant lesquelles on place la nourriture sur les pierres qui représentent nos ancêtres, en leur expliquant notre problème. Ensuite on met de l'eau sur la tête d'une chèvre et si la chèvre ne bouge pas, notre demande est acceptée. Pour exorciser le village on devrait faire un sacrifice d'une chèvre. C'est un totem préféré de nos ancêtres. On l'attachait à un arbre, faisait des incantations et si la chèvre tombait morte, cela signifiait que la séance avait réussi. Si elle ne mourait pas, un mauvais sort allait s'abattre sur le village. Pour contrer ce mauvais sort, il fallait faire un autre rituel avec le bœuf. Aussi, une femme qui avait divorcé ne pouvait pas revenir vivre chez ses parents. Si elle le faisait, le jour où elle regagnait la maison de son mari, elle ou son mari devrait égorger une chèvre et asperger le mur de la maison familiale avec le sang de la chèvre sinon les parents mourraient immédiatement après son départ.

Dans le passé, nous ne pouvions pas toucher les Peuhls. Si les Peuhls sont venus nous visiter, nous devrions faire un rituel avec le feu pour neutraliser leur impact – ils détruisent naturellement nos fétiches. Cela arrive parce qu'ils sont circoncis. Notre tradition est différente, un Guemzeck circoncis est un Guemzeck diminué, il est assimilé à un Peulh et ne sera pas enterré dans le cimetière des hommes - on lui trouvera une tombe dans l'espace des femmes. Maintenant on peut se retrouver avec les Peuhls dans les espaces publics mais certains pensent toujours qu'ils ne devraient pas venir chez nous. »

Mandara

« La pratique de la religion musulmane a poussé les Mandara à abandonner certaines pratiques ou rituels considérés comme haram. Par exemple, lancer un sort aux personnes qui refusaient de se déchausser devant les aînés est disparu au fil de temps. Le retrait des chaussures devant les personnes âgées est un signe de respect et si la personne l'évitait, ses chaussures resteraient collées à ses pieds jusqu'à que le sort soit brisé. Par contre, certaines d'autres pratiques n'ont pas complètement disparus. Alors que les hommes ne peuvent plus lancer un sort pour arracher la femme de quelqu'un, ils peuvent charmer les femmes directement, c'est-à-dire lancer un sort qui oblige la femme de l'aimer, l'épouser ou lui rester fidèle. Pour arriver à cela, l'homme doit mélanger la poudre de l'écorce en question avec la salive dans la paume de sa main et puis saluer ou toucher la personne qui sera liée à l'initiateur inconditionnellement. Il existe aussi des écorces pour attacher la femme à son foyer. Quel que soit les difficultés qu'elle y traversera, elle ne pourra jamais le quitter. D'ailleurs, les pratiques de blindage ou protection contre les attaques des ennemis sont pleinement conservées. Elles sont contre-indiquées chez les bébés parce qu'elles peuvent leur rendre stériles mais il est recommandé de faire le blindage à partir de l'âge de 20 ans. Les parents font monter des prières à Allah pour la protection des jeunes et ensuite font des sacrifices de mouton, de chèvre ou de bœuf pour que cette prière soit agréée par Allah. Des collectes de fonds pour l'achat de l'animal à sacrifier sont effectuées chaque vendredi après la grande prière et le reste est utilisé pour les travaux de réfection de la moquée. »

Mboko

« Le Mboko est un peuple qui vivait essentiellement dans les montagnes. Au départ, les Mboko avaient la chefferie la plus puissante de la localité mais après l'indépendance, l'hégémonie de cette chefferie a commencé à diminuer jusqu'à sa perte au profit de la chefferie Margui Wandala des

Mandara. La cohabitation avec les Guemzeck est excellente du fait que depuis la nuit des temps les deux communautés se marient entre elles. Aujourd'hui, dans ce village nous avons plusieurs couples mixtes (Mboko et Guemzeck), par contre nous tolérons moins le mariage avec les Molko à cause de nos relations conflictuelles depuis plusieurs décennies. La raison de ce conflit est lointaine, elle remonte bien avant l'indépendance. Les faits racontent qu'un Mboko est allé voler une chèvre dans un enclos Molko et au moment de prendre la fuite son bonnet y est resté. Il a été ainsi identifié à partir de ce bonnet et les Molko sont venus le tuer. Tout a dégénéré depuis, d'autres conflits s'y ajoutant. Les deux peuples se regardent en chien de faïence. Avec les Peulhs la cohabitation n'est pas aussi possible même si nous ne nous faisons pas la guerre. C'est un peuple qui nous apporte la malchance. A l'époque les Mboko avaient le rituel secret pour faire tomber la pluie. Les initiés devaient amener un bœuf sur la montagne, l'immoler et découper. La tête de bœuf était jetée dans une sorte de chambre noire ou elle disparaissait quelques minutes après. A l'aide de pierres précieuses que seuls les initiés détenaient et frottaient les uns contre les autres, la pluie commençait à tomber 2 à 3 minutes après. »

Molko

« Les Molko adorent un dieu appelé « Pra ». Ils lui offrent chaque année un « Daman » pour purifier leurs maisons. Ce Daman est toujours accompagné d'une chèvre qu'ils lui offrent aussi en sacrifice. Le jour de ce sacrifice on réunit la population, on mange, boit et danse et cela prouve que les ménages seront en santé et vivront en paix. Lors du décès dans la communauté, on égorge la chèvre et on utilise la peau pour couvrir les parties intimes du défunt. Puis on prend une grande écharpe qu'on enroule sur sa tête. Cette écharpe est détenue uniquement par les personnes âgées. Ensuite, on passe à l'inhumation. En le couchant dans la tombe, on le fait coucher du côté gauche - s'il s'agit d'une femme - ou du côté droit - s'il s'agit d'un homme car sa main gauche doit toujours rester en haut. Cette main représente le bouclier de protection car l'homme est un guerrier. Après l'enterrement, on encerle la tombe avec des petits cailloux et le 4^{ème} jour on fait venir un marabout qui fait les rituels pour identifier la cause de la mort. Après les déclarations de ce dernier, la population égorge un poussin pour confirmer les dires du marabout. Si le poussin confirme les déclarations du marabout, une chèvre est offerte en sacrifice au dieu « Pra ». Mais si le poussin ne les confirme pas, on fait appel à un autre marabout. Au cas où que la personne a été tuée et la personne identifiée plaide coupable, il doit se charger de toutes les dépenses du deuil ; s'il nie les faits, on lui remet une idole qui va lui ôter la vie avant un an. »

Mouyang

« Le peuple Mouyang aime l'union c'est pour cela qu'il été dirigé par un seul chef. Mais avec le temps il a été difficile de gérer tout ce grand clan et c'est pour cela qu'il fut divisé en deux - les Palbara et les Moyengué. L'entente, l'entraide et la solidarité sont nos valeurs ancestrales qui régissent nos vies. L'homme traditionnel Mouyang doit savoir fluter et danser pour les dieux lors des sacrifices. Les rites se font par l'ensemble de grande famille, tous réunis chez le patriarche. Nous sommes différents des autres ethnies résidentes dans les alentours parce que nous restons attachés à nos rites. Par contre, nos valeurs changent sous le poids de la cohabitation avec les autres ethnies et l'arrivée des institutions telles que l'église, l'école et l'hôpital. Ce changement a impacté négativement nos coutumes jusqu'au point que certains gens abandonnent des rites ancestraux. Le christianisme et l'islam sont les principaux destructeurs de notre groupe. Dans notre village l'animisme a une forte prééminence, nous n'avons rien à voir avec d'autres religions. Pour nous, le seul vrai et unique dieu sont nos idoles. Chaque animiste a une représentation qui lui sert de divinité et à qui il fait des sacrifices 2 à 3 fois par an, ce sacrifice peut être soit une chèvre, soit un bœuf. Si on n'exécute pas ce sacrifice, on tombera malade et ne trouvera la guérison que si le sacrifice soit fait. Nous avons une fête communautaire vers le 23 mai et très tôt dans la matinée, tous les animistes du village mettent leur nourriture au même endroit. Avant de le manger, il faut jeter 7 bouchées au sol, en faisant des incantations. Ce n'est qu'après cette séance que tout le village est invité à manger le repas pour avoir de l'abondance dans le village au cours de l'année qui suit. Si dans les deux semaines

qui suivent cette fête, un chien est tué dans le village, il faut recommencer le rituel, sinon un mauvais sort va s'abattre sur le village. Nous avons aussi une pratique pour rendre invisible notre village aux yeux des agresseurs qui viendraient d'ailleurs pour nous faire du mal. Cette pratique consiste à verser la farine du mil rouge dans unealebasse, y faire des incantations et puis la reverser avec tout son contenu aux alentours du village. Il faut noter que ce mil rouge est à cultiver exclusivement par les gardiens du temple et personne d'autres n'a accès à ce mil. La semence de ce mil n'a pas changé depuis plusieurs générations. Il y avait aussi un rite qu'on pratiquait sur la route et dès que le concerné passait dessus, on annoncerait sa mort très prochaine. C'était un moyen de règlement de comptes entre eux. Puis, il y avait le « aherguimech » qui signifie littéralement « les mains d'une personne ». La personne était concoctée avec la chair d'un cadavre et juste par un regard elle lançait un sort visuel sur sa victime. C'était aussi utilisé aussi pour les règlements des comptes. Si les sorciers mangeaient l'âme d'une personne, la personne est devenue « degchi » qui signifie littéralement « l'ombre ». Les gens dans telles conditions pouvaient partir à l'hôpital pour soigner des symptômes, tels que le paludisme, la typhoïde ou la grippe, cependant les causes de ces problèmes de santé dépassaient l'entendement du personnel au CSI. »

Peuhl

« L'homme Peuhl « Poullou » est principalement éleveur et vie des produits qui en découle. Nous sommes nomades, se déplaçant à la recherche du bon pâturage. Nous vivons toujours un peu à l'écart des villages, proches de nos animaux que nous considérons sacrés. Un Peuhl doit toujours avoir au moins une vache ; s'il n'en n'a pas, un frère pourra lui en prêter. Notre alimentation est basée sur les viandes et les produits laitiers. On avait l'habitude de sécher et fumer la viande et on en avait des amplies quantités. Les gens venaient mendier chez nous, en se couvrant des peaux de bœufs. Cette pratique s'appelle « abouga » et nous leur donnions du « dackeré », c'est-à-dire du lait et du beurre. Aujourd'hui nous avons à peine le lait et le beurre. On s'est sédentarisé depuis plus de 10 ans. Nos troupeaux ont diminués et nous avons appris à faire l'agriculture à travers l'aide de nos voisins. L'agriculture est plus difficile que l'élevage car nous ne l'avons pas appris depuis notre enfance. Nous ne sommes pas toujours heureux d'aller aux champs mais nous n'avons pas le choix. Nous sommes obligés de nous adapter à la nouvelle vie et intégrer dans la société actuelle.

L'islam est notre religion principale car il est difficile de trouver un Peulh qui est d'une autre confession religieuse. Nos valeurs sont celles des autres musulmans à travers le monde bien que nous ayons nos particularités d'ordre culturel. Les valeurs qui régissent le fondement de notre groupe sont nombreuses, notamment l'honnête, la dignité, le respect des femmes, l'obligation de s'instruire car notre prophète Mohammad a dit qu'il faut aller même en Chine pour chercher le savoir. C'est à ce titre que nous avons beaucoup d'écoles coraniques dans le village pour permettre à nos enfants d'acquérir le savoir religieux dès leur bas âge. Chaque jour dès 6 h jusqu'à 7h et de 14h à 15h et 20h jusqu'à 22h les enfants s'acharnent à étudier le coran et les règles qui régissent l'islam. Cela affecte leur liberté mais nous n'avons pas le choix car un Peulh qui n'est pas accroché à l'islam est assimilé à un animal de brousse.

Un Peulh est caractérisé par son courage - quand il est fâché, il ne recule devant rien. A l'époque quand il y avait l'abondance du lait, nous avons une initiation au nom de « soumré » qui voulait que tout jeune homme dût boire du lait de vache exclusivement pendant neuf mois pour acquérir de la vigueur et du courage. Un Peulh n'insulte pas, il ne haie pas, il est essentiellement doux. La relation entre la femme et l'homme est très paisible, nous nous respectons. C'est très difficile de voir des couples dans notre communauté se disputer et je crois qu'en partie c'est du fait que nous sommes musulmans. La femme chez nous est traitée comme une reine, elle ne fait pas de travaux pénibles, or dans les communautés voisines cela se fait. »

ANNEXE I: RECOMMANDATIONS ISSUES DE L'ATELIER TECHNIQUE FINAL, 11 SEPTEMBER 2023, TOKOMBÉRÉ

FAIBLE ESPACEMENT DE NAISSANCES

Recommandation	Responsable	Priorisation
Améliorer l'offre des services de planning familial dans les FOSA (disponibilité des intrants, formation du personnel, approche)	Commune de Tokombéré DRSP FOSA Partenaires	15
Organiser les séances de sensibilisation sur le planning familial (période de fécondité, importance de l'espacement de naissances, méthodes contraceptives modernes, méthodes contraceptives traditionnelles), impliquant les leaders d'opinion, afin d'assurer son acceptabilité parmi les femmes ainsi que les hommes en tant que détenteurs de la prise de décision Cible : lycées, associations féminines, leaders communautaires, hommes	Chefs CSI PF Com.	11
Organiser une enquête sur les causes du faible espacement de naissances / utilisation des moyens contraceptifs	DRSP Partenaires	9
Développer et/ou adapter et mettre en oeuvre les programmes existants sur l'éducation sexuelle pour la jeunesse, FOSA, membres communautaires	CDT DAPROFF MinSanté, MINDUC, MINSUP, MINSEC	6

FAIBLE ETAT NUTRITIONNEL DES FEMMES

Recommandation	Responsable	Priorisation
Promouvoir une alimentation diversifiée des femmes, notamment pendant la grossesse et la période d'allaitement, à travers les séances IEC, y compris les messages de démystification des interdits alimentaires et la promotion de la consommation des micronutriments	MinSanté /CSI Relais communautaires MINPROF Club des mères	14
Organiser les campagnes de dépistage de la sous-nutrition chez les femmes	MinSanté /CSI Commune de Tokombéré	7

PRATIQUES D'ALIMENTATION D'ENFANTS A 6-23 MOIS INADEQUATES

Recommandation	Responsable	Priorisation
Promouvoir l'appropriation des pratiques d'alimentation d'enfants 6-23 mois adéquates parmi les mères ainsi que les pères des enfants de moins de 5 ans à travers les démonstrations culinaires dans les communautés, tout en tenant compte de la disponibilité des aliments dans le milieu, suivi des visites à domicile afin d'évaluer l'appropriation des conseils dans les ménages	COSAS Clubs santé dans les établissements scolaires Clubs des mères FOSA Leaders communautaires Cadres de concertation	11
Promouvoir l'approche psychosociale de la malnutrition auprès toutes les parties prenantes, autorités administratives, responsables FOSA, ECD, partenaires	COSAS Leaders communautaires Relais communautaires Club des mères Club santé au niveau des établissements scolaires Cadres de concertation	5
Renforcer la supplémentation en micronutriments	Programme Nutrition Partenaires	4

FAIBLE ACCES AUX SOURCES DE REVENU

Recommandation	Responsable	Priorisation
Promouvoir la structuration des femmes en sociétés coopératives et associations afin d'inspirer le développement des activités génératrices de revenu dans l'optique de les rendre plus autonomes, en promouvant la diversification des sources de revenue dans les divers secteurs (agriculture, élevage, artisanat) et l'implantation et l'adhésion des femmes aux services de microfinances	OSC CTD MINPROF/MINADER DAPROFF MINDUB, MINSEC, MINSUP DAAS Club des mères	15
Plaidoyer auprès des chefs traditionnels, chefs religieux pour plus d'équipe dans l'attribution des terres arables aux femmes et aux jeunes	Administration territoriale (MINAT) Elites Partenaires	13
Appui aux agriculteurs afin de diversifier les cultures qui permettront l'alimentation optimale de nourrisson et de jeune enfant	Partenaires	8
Reforme foncière au Cameroun sensible aux femmes et aux jeunes	Gouvernement	3

FAIBLE SUPPORT DES FEMMES

Recommandation	Responsable	Priorisation
Promouvoir la scolarisation de la jeune fille, y compris l'offre des bourses d'études secondaires	CTD MINDUP, MINSEC, DAPROFF, DAAS, MINJEC	20
Promouvoir l'éducation sociale et familiale dans les programmes scolaires, y compris les séances sur le mariage précoce Cible : jeunesse	DAPROFF DAAS OSC MINDUB, MINSEC, MINSUP MinSanté, MINJEC	18
Organiser les séances IEC et causeries éducatives afin de promouvoir la masculinité positive, y compris l'accompagnement financier et psychosociale plus approprié, de la femme par son conjoint, et l'autonomisation et le leadership de la femme et de la jeune fille Cible : chefs de famille, leaders coutumiers et religieux, associations féminines	DAPROFF DAAS OSC MINDUB, MINSEC, MINSUP	15
Favoriser l'intégration de la femme et de la jeune fille dans le monde administratif.		1