

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE

PREMIERE PARTIE : CADRAGE GENERAL DE LA RECHERCHE

CHAPITRE I :Présentation de la commune rurale Alasora

CHAPITRE II :Cadrage théorico-conceptuels et Méthodologie de recherche

PARTIE II : RECHERCHE DES DETERMINANTS DES FACTEURS DE LA MALNUTRITION DES ENFANTS

CHAPITRE III : Etude sur l'aspect essentiel du problème

CHAPITRE IV : Les facteurs de la malnutrition au niveau local et national

CHAPITRE V : Vérification des hypothèses

PARTIE III : SPECIFICATION DES VARIABLES ET DES INDICATEURS

CHAPITRE VI: Cadre d'analyse de l'étude

CHAPITRE VII : Recommandations du travail social

CONCLUSION GENERALE

INTRODUCTION GENERALE

Généralités

Selon la politique nationale de nutrition (PNN) à Madagascar, Antananarivo du 15 Avril 2004 ; Madagascar est une île de 592.000 km² avec une population de 22 millions d'habitants. La malnutrition chronique qui touche un enfant sur deux entrave le développement humain et pose un sérieux handicap au développement socio-économique du pays. En fait, Madagascar se trouve parmi les pays les plus pauvres avec un PIB par habitant d'environ EU\$ 260 et un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,484 (soit au rang de 149 sur 173 pays). Avec 70% de la population vivant en dessous du seuil de la pauvreté, le contexte de développement de Madagascar est fortement déterminé par la lutte contre la pauvreté de façon globale. De plus, la malnutrition étant à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté, la lutte contre la malnutrition s'insère aussi dans le cadre global de la lutte contre la pauvreté.

Les réformes économiques adoptées durant les dernières décennies n'ont pas permis jusqu'ici d'améliorer les conditions économiques et sociales de la population. Elles ont conduit à une aggravation de la pauvreté qui touche près de trois quarts de la population dont une grande partie se trouve en milieu rural et à la dégradation des infrastructures sociales de base (santé, éducation, eau et assainissement) et des prestations de services. Ce contexte, fortement compliqué par la périodicité des catastrophes naturelles (cyclones, sécheresse, invasions acridiennes, autres épidémies) a donc entraîné la dégradation de la situation nutritionnelle notamment des groupes vulnérables (enfants de moins de 5 ans, et femmes enceintes et allaitantes) et des groupes marginalisés.

A l'instar d'autres pays pauvres, la malnutrition constitue une des causes de la forte mortalité infanto-juvénile et maternelle à Madagascar la malnutrition est associée à plus de 50% de la morbidité et de la mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans. La malnutrition contribue à la complication de certaines maladies infectieuses notamment les diarrhées, la rougeole, le paludisme, l'helminthiase et même le SIDA. Elle occasionne ainsi des dépenses de soins supplémentaires et cela à tous les niveaux : des ménages, à l'état en passant par les communautés. Une malnutrition précoce influe négativement sur la compétence cognitive et la capacité d'apprentissage à des stades ultérieurs des enfants. Elle compromet le développement intellectuel et abaisse les résultats scolaires, réduisant ainsi les bénéfices des investissements lourds dans le secteur de l'éducation

Choix du thème et du terrain

- **Motifs du choix du terrain**

Le choix de notre thème n'est pas fait du hasard, il est parti d'un constat fait dans la commune. Avec la situation socio-économique déplorable, la population est si préoccupée par la vie quotidienne que la santé est reléguée à un plan secondaire.

Dans le cadre du développement social et économique ; il est recommandé que la population joue des rôles importantes pour favoriser le développement de la commune.

- **Motifs du choix du thème**

La mesure de la malnutrition pose encore des problèmes, surtout en sciences sociales. La malnutrition, comme cause de décès, est souvent occultée par les autres causes plus apparentes. Selon Cantrelle, 1980 (cité par Waltisperger, 1988) «on distingue la cause principale des causes immédiate et associée : un enfant souffrant de malnutrition (cause associée), atteint de rougeole (cause principale), meurt à l'occasion d'une déshydratation par diarrhée (cause immédiate)». Mais les statistiques ne retiendront que la cause principale ; « l'importance des causes associées, comme la malnutrition, sera toujours minimisée » et, le phénomène apparaîtra comme négligeable.

Ces motifs nous ont poussés à savoir davantage sur le sujet, pour être fixé sur la question, mais également à proposer des pistes de réflexion.

La question de départ

La malnutrition affecte la santé de l'enfant, accroissant le risque de maladie et de décès. Des maladies infectieuses comme les infections respiratoires aiguës, la diarrhée et le paludisme représentent la cause principale de décès chez les nouveau-nés et les enfants de moins de cinq ans.

Dans cette étude, la question se pose : comment réduire en moitié la prévalence de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq (5) ans ?

Méthodologie

Pour bien mener notre enquête, dont le but est de dégager des explications claires à propos de la malnutrition infantile dans la commune rurale Alasora. On a choisi de suivre les démarches suivantes :

- Technique de documentation :

Il s'agit d'une analyse documentaire concernant le thème et le terrain d'enquête. Données recueillies, aussi auprès de la commune, que dans les bibliothèques de la capitale, notamment au Centre de documentation du Département de Sociologie, à la Bibliothèque Universitaire.

- Technique vivante :

Nous avons utilisé aussi bien l'observation participante que des entretiens auprès de quelques familles. Nous avons profité des visites à domicile effectuées par les agents de la commune, pour nous introduire facilement dans chaque foyer. En effet, pendant une durée de deux mois, chaque année, ces employés, font des sensibilisations auprès des contribuables, afin d'améliorer l'assiette fiscale de la commune.

Limites de la recherche

Durant le travail de terrain, nous avons rencontré des difficultés lors de notre enquête, puisque notre thème semble être un peu délicat. Certaines personnes refusent carrément de nous répondre. Par pudeur ? Par convenance ? Par respect des normes et valeurs ? On ne sait trop comment interpréter ce silence.

Mais, par la suite, nous avons pu vaincre ces réticentes, grâce aux techniques de communication apprises à la FPTSD. Il s'est même avéré que, les mères de familles nous ont livré de précieuses informations.

Pour d'autres qui ont osé, nous avons senti qu'elles font exprès de répondre à côté. Biais qui ont été par la suite, redressés après triangulation auprès d'autres informatrices, plus coopératrices, plus crédibles.

Annonce du plan

Notre recherche se divise en trois grandes parties : dans la première partie seront développés la présentation de la commune rurale Alasora, les concepts mis en œuvre et l'approche méthodologique ; la deuxième partie sera consacrée à l'étude sur terrain, concernant l'application des choix théoriques.

Enfin, la troisième partie comportera l'approche prospective où il sera question notamment, des solutions externes pour la diminution du taux de la malnutrition chez les enfants, sans oublier les apports du stage.

PARTIE I :
PRESENTATION DE LA COMMUNE RURALE
ALASORA ET CADRAGE GENERAL DE LA RECHERCHE

Cette première partie sera déclinée en deux (2) chapitres, dans le premier, il est aisé de présenter le commune rurale d'Alasora, afin d'avoir des informations précises, contextualisées sur la zone d'étude. Et la deuxième chapitre traitera de la base conceptuel pour mieux décrire les situations réelles, ainsi partir de l'abstrait au concret. Il s'agit de clarifier différents concepts relatifs à la thématique suivant leur fondement purement théorique avec la méthodologie utilisée pour appréhender l'objet d'étude.

Chapitre I : Présentation de la commune rurale Alasora

Dans ce premier chapitre, nous allons voir successivement l’historique de la commune rurale Alasora, ensuite les ressources humaines et l’état civil, puis la situation géographique, après la carte de localisation de la commune avec leurs Fokontany et enfin l’organigramme.

I.1- Historique de la commune

Alasora était le berceau de la royauté du Merina. Il faisait l’un des plus anciens villages de l’Imerina car il avait été créé en 1490 par le prince RAMASIMPARIHY.

I.1.1- Origine du nom

C’étaient les Reines RANGITA, RAFOHY (1500-1520) et son frère ANDRIANAPONGA II qui avaient donné le nom « Alasora » venant du nom « la forêt de sora ». A sa mort, la fille de RANGITA, RAFOHY (1500-1520) avait décidé de déplacer le Palais Merimanjaka à Alasora, siège de sa Seigneurie et s’y installait définitivement.

Photo n° 1 : Tombeau des Reines RANGITA et RAFOHY (1500-1520)



Source : Monographie communale, 2015

Photo n° 2 : Tombeau du Roi ANDRIANAMPONGA

Source : Monographie communale, 2015

I.1.2- Migration

ANDRIAMANELO (1540-1575) succédait sa mère RAFOHY et achevait la construction du palais. Il faisait creuser tout autour de son palais un fossé «HADIVORY» pour se protéger contre ses ennemis et un autre parallèle «HADIFETSY» doublé d'un autre fossé de diversion et de vigilance. Il n'y avait qu'un seul accès au palais, le « VAVAHADY », un portail à pierre plate abrité par les figuiers ou « Aviavy », arbres séculaires signes de la royauté. Ainsi pour la première fois à Alasora, ANDRIAMANELO avait esquissé le premier plan d'urbanisme et d'aménagement des résidences royales, adopté depuis en Imerina. C'était ANDRIAMANELO qui avait fabriqué et utilisé les premières pirogues en bois. Les rois de Menabe avaient offert des sagaies appelées « feux volants » à ANDRIAMANELO afin de repousser les VAZIMBA. ANDRIAMANELO avec ces outils avait pu terroriser ses adversaires et assouvir ses ambitions dans l'extension de son royaume. Ainsi était né un lien de parenté très étroit entre eux.

ANDRIAMASINAVOLONA (1675-1710) naquit à ALASORA et y passa son enfance et sa jeunesse. Après, il quitta Alasora pour s'emparer du Trône d'Antananarivo. Il avait achevé l'organisation de l'espace royal à Alasora par l'aménagement des «Fasana fito miandalana» où les rois et les membres de sa famille avaient été inhumés. Cet illustre roi, qui avait érigé, pour la première fois, à Alasora, la première pierre levée en IMERINA (Ambatomitsangana) ainsi que la première retenue d'eau (Andriambato) et la première digue (Fefiloha, Vahilava) pour l'irrigation de la plaine d' Alasora (650 hectares) . Alasora était la Capitale du Vakinoisaoeny, un des 6

territoires de l’Imerina d’autrefois, les 5 autres étant Avaradrano, Ambodirano, Marovantana, Vonizongo et Vakiniadiana.

Photo n° 3 : Tombeau du Roi ANDRIAMANELO (1540-1575)



Source : Monographie communale, 2015

I.1.3- Implantation humaine dans la région

L’installation humaine a commencé au 16ème siècle. Celles de Rafohy et de Rangita indiquent bien la fin de la période des princes vazimba ; Andriamanelo, transgressant les décisions de Rangita créa une nouvelle dynastie et posa les bases de l’ordre andriana des siècles suivants : Alasora au Sud-Est d’Ialamanga, l’actuelle Antananarivo, allait ainsi devenir le « berceau de la deuxième dynastie et la source de la nouvelle andrianité ». (CALLET (R.P) ,1974).Ce sont les vazimba présentés comme des vertébrés primitifs qui occupaient les lieux, autrefois, on a spécifié ces populations comme mythiques. Andriamanantany « prince qui possède la terre », frère cadet d’Andriamanelo s’installait sur une colline appelée Ambohitrandriananahary au sud de l’actuel village d’Alasora ; dominant topographiquement celui d’Alasora, avait fait creuser un fossé pour fortifier sa cité. Le héros civilisateur Andriamanelo s’installait à Alasora. On a prêté à ce souverain l’introduction du fer et ses techniques, celle de la circoncision, l’invention de la pirogue, des fossés (hadivory) qui entourent les sites d’habitat, du premier fanorona qui aurait nécessité un sacrifice humain et enfin du rituel (alaondrana) permettant le mariage de parents proches, y compris ceux de générations différentes. C’était plus tard que les manisotra « descendant des prince vazimba »d’un autre endroit auraient attaqué Alasora avec des sagaies à lame de fer, des

« fers volant » et les vazimba qui y habitaient se seraient alors enfuis ; ce qui leur ont permis de s'implanter dans la région.

I.2- Ressources humaines

I.2.1- Population

La Commune d' Alasora compte environ 48 939 habitants. La densité moyenne de la population est de 1 112.25 hab/ km² ; elle est répartie comme suit dans les Fokontany :

Tableau N° 01 : Répartition des habitants par Fokontany.

| N° | Fokontany | Superficie km ² | Nombre d'habitants | Densité (hab. /km ²) |
|----|-----------------|----------------------------|--------------------|----------------------------------|
| 1 | Alasora | 2,10 | 3510 | 1671 |
| 2 | Ambatomalaza | 1,15 | 3245 | 2163 |
| 3 | Amboaroy | 1,71 | 4694 | 2745 |
| 4 | Ambodivoanjo | 1,10 | 2431 | 2210 |
| 5 | Ambodivondava | 1,30 | 3324 | 2556 |
| 6 | Ambohidrazaka | 0,85 | 2128 | 2501 |
| 7 | Ambohimarina | 3,50 | 1146 | 3274 |
| 8 | Ambohitanety | 1,60 | 942 | 588 |
| 9 | Ambohitromby | 2,70 | 1082 | 400 |
| 10 | Ampahibato | 4,20 | 2431 | 578 |
| 11 | Ankadievo | 2,45 | 2431 | 992 |
| 12 | Ankadindratombo | 1,50 | 5821 | 3880 |
| 13 | Ankazobe | 2,15 | 1320 | 613 |
| 14 | Est Mahazoarivo | 3,50 | 4087 | 1167 |
| 15 | Mahatsinjo | 2,90 | 1735 | 598 |
| 16 | Mahitsy | 2,50 | 1685 | 674 |
| 17 | Mandikanamana | 1,05 | 570 | 542 |
| 18 | Miadana | 3,20 | 1698 | 530 |
| 19 | Mendrikolovana | 3,24 | 2030 | 626 |
| 20 | Sud Ambohipo | 1,30 | 2631 | 2023 |
| | TOTAL | 44 | 48 939 | |

Source : Présidents des Fokontany 2015

La répartition de la population par Fokontany, par sexe et par classe d'âge est donnée dans le tableau suivant. La population active c'est-à-dire les personnes entre 18 et 50 ans représentent 59,05% de la population totale ; les jeunes entre 10 et 19 ans représentent 19,76 %. Ces chiffres montrent que la Commune dispose d'un potentiel humain important pour ses actions de développement. Les fokontany les plus peuplés sont ceux d'Amboaroy, d'Est Mahazoarivo, d'Alasora et d'Ankadindratombo.

I.2.2- Etat civil

Le tableau suivant résume la situation démographique de la Commune.

Tableau N° 02 : Situation démographique de la Commune.

| | 2015 |
|------------------|-------------|
| Naissance | 833 |
| Décès | 211 |

Source : Service Etat Civil Commune d'Alasora, 2015

I.3- Situation géographique

I.3.1- Localisation

La Commune rurale ALASORA fait partie des Communes du District d' Antananarivo Avaradrano dans la Région Analamanga, Province autonome d'Antananarivo. Elle se trouve à 7 km au sud d'Antananarivo ville. Sa distance par rapport à Antananarivo Renivohitra est de 12km. Les délimitations ne sont pas matérialisées, il s'agit plutôt des lignes imaginaires.

L'accès à la Commune (chef-lieu communal et quelques Fokontany) est facile car :

- d' une part, les pistes sont accessibles toute l'année.
- et d' autre part, plusieurs coopératives de transport y interviennent pour relier la Commune à ses Communes limitrophes et à Antananarivo ville.

La Commune Rurale d' Alasora est composée de vingt (20) FKT.

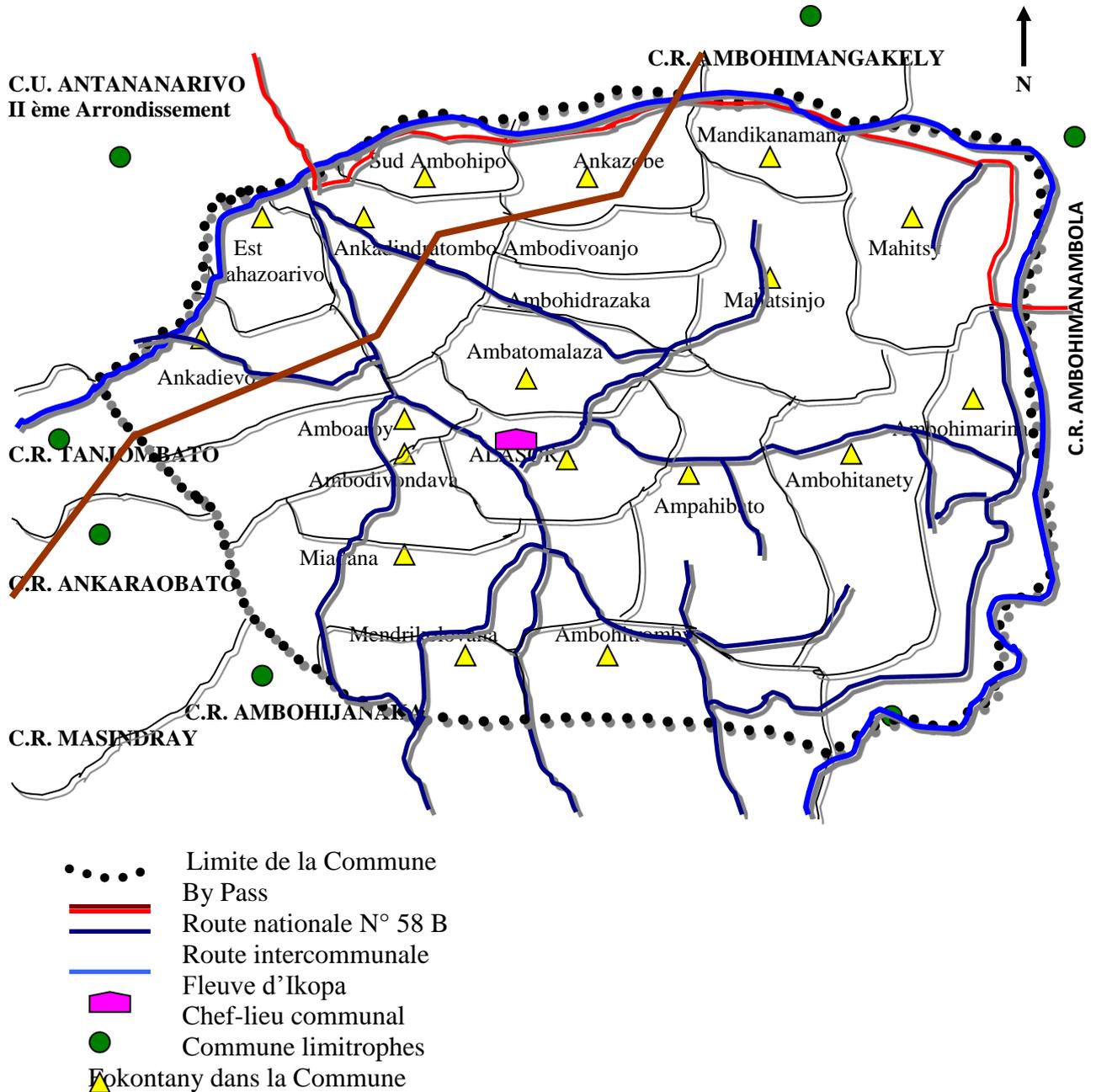
I.3.2- Communes limitrophes

Sept (07) Communes sont limitrophes de la Commune Rurale Alasora. Il s'agit des Communes suivantes :

- la Commune Urbaine d' Antananarivo Renivohitra par le II ème arrondissement au nord – ouest, qui fait partie du District d' Antananarivo Renivohitra, dont Est Mahazoarivo, Ankadindratombo et Sud Ambohipo sont les Fokontany limitrophes ;
- Commune rurale d'Ambohimangakely dans le district d'Antananarivo Avaradrano au nord, dont Ankazobe et Mandikanamana sont les Fokontany limitrophes.
- la Commune rurale de Masindray et la Commune rurale d'Ambohimanambola qui font parties du District d'Antananarivo Avaradrano à l'est, dont Mahitsy et Ambohimarina sont les Fokontany limitrophes.
- la Commune rurale d'Ambohijanaka et la Commune rurale d'Ankaraobato au sud, dont Ambohitromby et Mendrikolovana sont les Fokontany limitrophes. Elles font parties du District d'Antananarivo Atsimondrano.
- la Commune rurale de Tanjombato à l'ouest dont Akadievo est le Fokontany limitrophe. Elle fait partie du District d'Antananarivo Atsimondrano.

Figure N° 01 : Carte de la Commune Rurale d'Alasora

CARTE DE LOCALISATION DE LA COMMUNE AVEC LEURS FOKONTANY

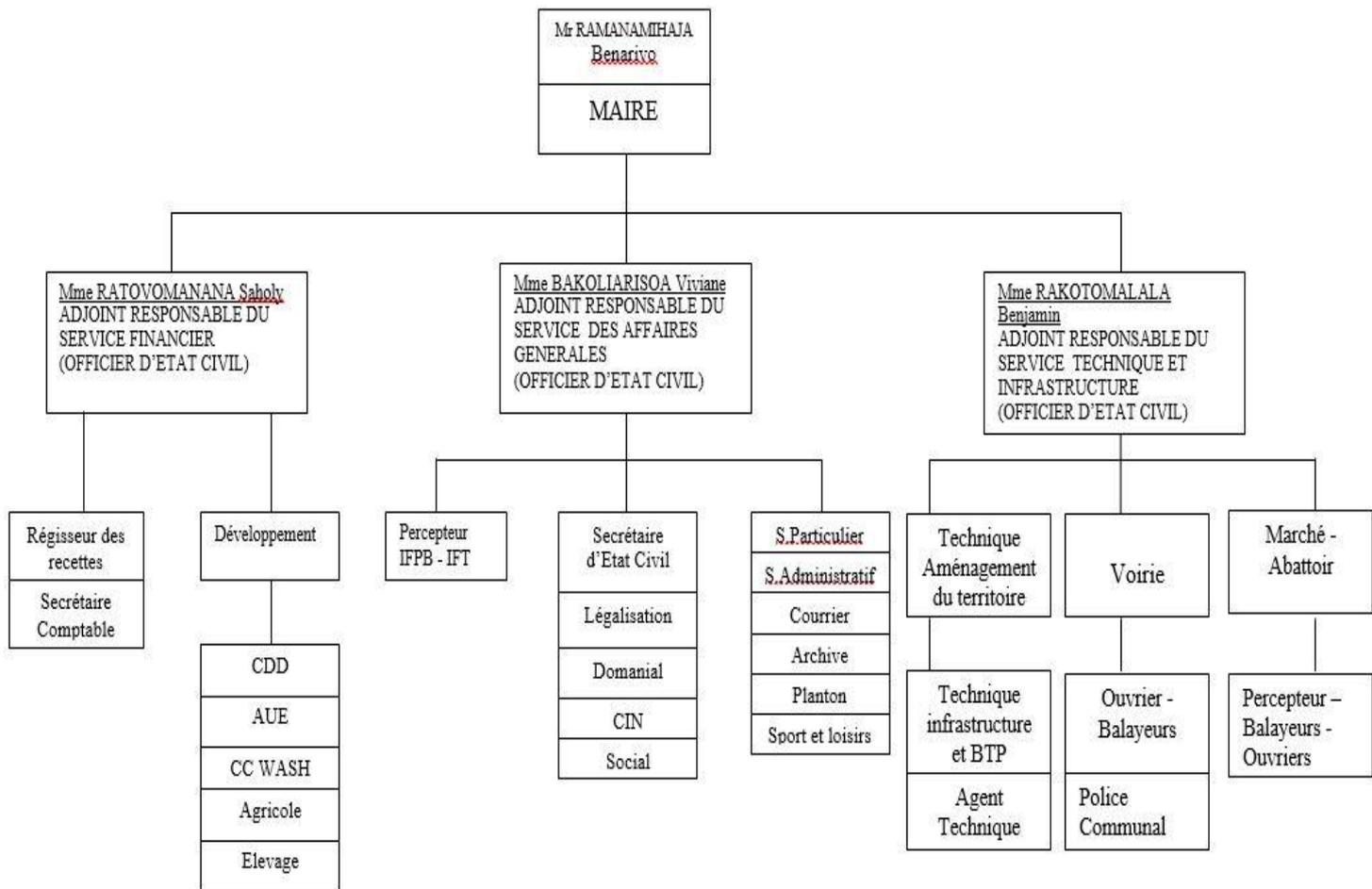


Source : Monographie Communale, 2015

La Commune rurale d'Alasora se situe à 7 km au sud de la ville d'Antananarivo, et à 2 km près de la route nationale N°58 B reliant le centre-ville à Ambohimambola.

L'organigramme de la Commune d' Alasora est présenté ci-après

Figure n°2 : ORGANIGRAMME 2014 - ...



Source : Monographie Communale, 2015

Administrativement, la Commune d' Alasora est une collectivité territoriale décentralisée de la Région d' Analamanga et de la province Autonome d' Antananarivo. Elle est dotée d'un organe délibérant ; le Conseil Communal et d'un organe exécutif ; le Maire et son personnel.

Dans sa gestion, tant administrative que financière, la Commune a une autonomie totale. Toutefois, ses actes sont contrôlés dans sa légalité par le District. Mais des changements peuvent se produire prochainement concernant la catégorisation de la Commune. La Commune Rurale Alasora est une Commune Rurale de première catégorie en vertu du décret n°2011-0042 du 26 Janvier 2011 portant classement des communes en communes urbaines et en communes rurales.

La Commune est administrée par :

- un organe exécutif composé de quatre (04) membres,
- un conseil communal de sept(07) membres,
- et de vingt (20) chefs de Fokontany avec leurs adjoints.

a) Le personnel de l'exécutif comprend :

- le Maire,
- 03 adjoints au Maire,
- 02 secrétaires d'Etat Civil,
- 10 secrétaires,
- 01 secrétaire comptable,
- 01 secrétaire Trésorier,
- 03 techniciens communaux,
- 02 plantons.

b) Le conseil Communal est composé de 07 membres dont :

- 01 Président,
- 01 Vice-président,
- 02 Secrétaires,
- et 03 autres membres.

A ce staff s'ajoutent :

- un chef d'Arrondissement Administratif,
- et deux gardiens.

c) Au niveau des Fokontany, les responsables sont le chef du Fokontany secondé par un adjoint (élu par les « fokonolona »).

Il est à noter que certains services administratifs rattachés au District ou à la Région se trouvent plus ou moins éloignés de la Commune. A titre d'exemple, le Service du District de la Santé Publique d' Avaradrano qui se situe à Anosy Avaratra dans la Commune de Sabotsy Namehana, le Service de la Perception qui se trouve à Analamahitsy, la Circonscription du Développement Rural à Soavimbahoaka et la contribution à Ambohimahitsy.

Chapitre II : Cadrage théorico-conceptuels et méthodologie de recherche

II.1. Le cadrage théorique

II.1.1. L'approche statistique fondée sur les catégories socio-professionnelles

On peut faire remonter les premières réflexions de sociologie de l'alimentation, ancrées dans l'approche en termes de classes sociales, aux travaux de Maurice Halbwachs (1912). À partir d'études sur le budget des familles, celui-ci trouve tout d'abord une confirmation de la « loi d'Engel », selon laquelle la part des dépenses consacrée à la nourriture diminue au fur et à mesure que s'accroissent les revenus. Il note ensuite cependant que l'impact du revenu sur les postes budgétaires n'est qu'indirect.

« Son action s'exerce à travers le système des goûts et des préférences que les individus se sont progressivement formés dans leur milieu. Les contraintes imposées et les conditions sociales d'existence et de travail, les traditions familiales, la culture locale, le système de valeurs ont ainsi progressivement modelé les goûts des individus » (Baudelot & Establet, 1994, cité par Régnier *et al.*, 2006, p. 52).

Autrement dit, ce que l'on mange ne dépend pas seulement de son revenu, mais aussi de sa position dans la société : par exemple, à revenu égal, un ouvrier ne consomme pas de la même façon qu'un employé, et les consommations des personnes d'origine rurale diffèrent également de celles d'origine urbaine.

Socialement construits, les goûts se diffusent aussi d'une classe à l'autre et donnent lieu à des phénomènes de distinction. Là encore, Maurice Halbwachs peut être considéré comme un des fondateurs. « Il y a des aliments qu'on ne mange pas parce qu'ils sont considérés comme inférieurs et d'autres qu'on recherche non seulement parce qu'ils apportent une satisfaction à l'organisme, mais parce qu'ils font honneur. On est rehaussés à ses propres yeux comme à ceux des autres parce qu'on a une table bien garnie » (Halbwachs, 1938, cité par Régnier *et al.* 2006, p. 45).

La volonté de se distinguer positivement peut être vue comme structurant les façons de manger. Cette idée peut se retrouver tout au long d'une longue tradition intellectuelle. Pour Thorstein Veblen, les catégories sociales les plus aisées (la « classe de loisir ») donnent le ton par une consommation ostentatoire (Veblen, 1899). Pour Georg Simmel, les phénomènes de mode sont le produit de la relation entre les classes sociales, la mode étant lancée par une élite à la recherche de distinction (Simmel, 1957). Les historiens ne sont pas en reste. D'après Jean-Louis

Flandrin, ce serait à partir du XVIII^{ème} siècle que le goût serait devenu en France un moyen de se distinguer (Flandrin, 1986). Norbert Elias, analysant les manuels de savoir-vivre, montre que, même s'il s'épanouit en effet plus tard, le souci de distinction est présent dès le XIII^{ème} siècle : « Quelques personnes mordent dans leur tranche de pain et la replongent ensuite dans le plat à la manière des paysans ; les hommes "courtois" s'abstiennent de ces mauvaises habitudes » dit ainsi, parmi de nombreuses sources citées par l'auteur, un poème de cette époque (Elias, 1973, p. 183). Et il commente : « C'est en partie ce mécanisme : mise au point d'usages de cour, diffusion de ces usages vers le bas, légère déformation sociale, dévaluation en tant que signe distinctif, qui a maintenu le mouvement des modes de comportement de la couche supérieure » (*idem*, p. 217).

Un ouvrage ultérieur développe l'intérêt d'opérer une description des cultures et des goûts populaires qui ne soit pas écrasée par la situation socialement dominée de cette classe sociale (Grignon & Passeron, 1989). S'il faut bien sûr prendre en compte cette donnée de fait, ce qui conduit à passer par trois positions épistémologiques successives (ethnocentrisme de classe, relativisme culturel, légitimisme), il faut surtout décrire les différents segments des classes populaires et les styles de vie qui leur sont associés. « Le style de vie se définit comme l'ensemble des pratiques par lesquelles les agents s'efforcent de styliser leur vie, c'est-à-dire de mettre les différents aspects de leur vie (alimentation, habillement, logement, etc.) en conformité avec des modèles qui n'émanent pas nécessairement de la culture dominante » (*idem*, p. 148). Dans une perspective « domino centrique » ou de légitimisme culturel, la « culture du pauvre » est décrite comme une culture plus pauvre que celle du riche, et le goût populaire ramené à une absence de goût, de réaction mécanique à la nécessité. De ce point de vue, la théorie du « goût de nécessité » est une non-théorie du goût, puisque celui-ci suppose toujours une part de variation, de liberté. Cette théorie bourdieusienne est d'ailleurs lisible déjà dans certains aspects de la pensée de Maurice Halbwachs (notamment la « théorie du feu de camp »), qui ne se donnerait ainsi pas réellement les moyens de mener à bien le programme de description des pratiques populaires qu'il s'est donné, puisqu'il continuerait à vouloir décrire celles-ci à l'aide des outils intellectuels des dominants. Au contraire, les goûts populaires doivent être décrits comme autant de variations, de tropes, propres à chaque segment de cette classe sociale et dépendants de leurs conditions matérielles d'existence. La permanence de la structuration sociale des goûts alimentaires est confirmée par une étude récente sur l'appropriation des normes dominantes en matière de corpulence (Régnier, 2009) : bien que certains facteurs transversaux soient également à l'œuvre, comme l'intensité des liens sociaux, qui peut ainsi venir atténuer l'effet de la pauvreté, cette appropriation est bien fonction de la position sociale.

Structurantes, les classes sociales sont cependant de moins en moins visibles dans les statistiques. Depuis 1991, les enquêtes spécialisées sur l'alimentation ne sont plus assurées par l'Insee mais par d'autres organismes (Credoc, Afssa), qui se positionnent davantage sur l'individu que sur les ménages, sur les variables nutritionnelles et biologiques plutôt que sur les appartenances sociales. Ces évolutions, qui conduisent de plus en plus à interpréter des phénomènes collectifs en termes avant tout individuels, sont à rapprocher de celles qui touchent à l'utilisation des PCS en général (Pierru & Spire, 2008). À partir d'une étude de deux publications statistiques (*Insee Première* et *Données sociales*), les auteurs montrent que l'usage de la catégorie sociale se raréfierait depuis quelques années au profit de deux autres variables, le diplôme et le revenu. Ceci revient un peu du point de vue épistémologique, on ne peut s'empêcher de le noter à propos des consommations, à repasser de Maurice Halbwachs à Ernst Engel, d'une vision sociologique à une vision essentiellement économique. Une telle évolution s'expliquerait, selon les auteurs, par la montée en puissance des modèles économétriques et par la transformation des conditions de recrutement et de formation des statisticiens. Dans un pays où la statistique publique constitue une référence incontournable, une nouvelle représentation du monde, « *social blind* », aveugle aux phénomènes de stratification sociale, tendrait ainsi à s'imposer.

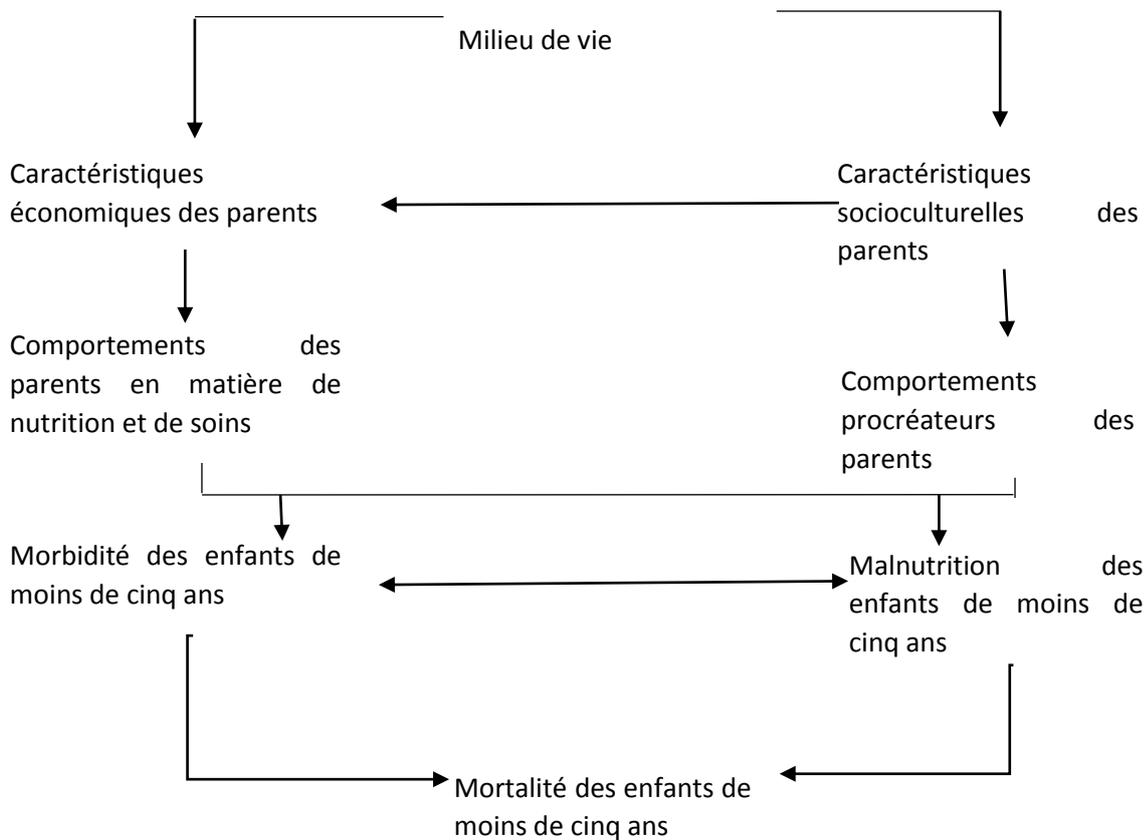
II.2. Le cadrage conceptuel

La construction d'un cadre conceptuel permet de résumer et de comprendre les mécanismes qui sont à l'origine de la malnutrition des enfants. Un cadre conceptuel est une construction, une représentation, un schéma renfermant une série de propositions concernant les déterminants d'un phénomène quelconque et leurs mécanismes causaux (Palloni, 1985). Il peut être emprunté aux théories déjà existantes et adapté au contexte de l'étude ou nouvellement construit en fonction des spécificités de l'étude et des insuffisances des cadres déjà existants. Pour atteindre les objectifs de cette étude : le contexte de résidence, les facteurs socio-économiques et socioculturels influencent la malnutrition infanto-juvénile non seulement de façon directe, mais aussi à travers les caractéristiques démographiques de la mère et de l'enfant ainsi que les comportements nutritionnels et sanitaires des mères.

Afin d'évaluer et d'analyser les déterminants de la malnutrition des enfants, il est nécessaire d'établir un mécanisme causal faisant apparaître l'enchaînement des liens les plus importants entre les facteurs sociaux, économique, culturels, qui influent sur l'état de santé des enfants. Pour Zourkaléini (1997), il existe plusieurs cadres conceptuels ou analytiques mais le principe reste souvent le même : classer et relier les types de concepts ou de variables selon leur niveau (macro, meso et micro) ou selon leur nature (sociale, économique, environnementale, biologique, etc.).

Ainsi, un cadre conceptuel est le schéma de la démarche adoptée au cours d'une étude pour relier les concepts de base de l'étude. C'est une schématisation simplifiée de la réalité dans le but de faire une démonstration. Palloni et Al (1987), cité par Ngo Nsoa (2000), définissent un cadre conceptuel comme étant « *une construction, une représentation, un schéma renfermant une série de propositions concernant les déterminants d'un phénomène quelconque et de leur mécanismes causaux* »).

Schéma 1 : Cadre conceptuel de l'étude



Source : PALLONI A., (1985), « *Santé et lutte contre la mortalité en Amérique Latine* » in VALLIN Jacques et LOPEZ Alan (dir.), *La lutte contre la mort*, Paris, INED-PUF, Travaux et documents, cahier n°108, pp. 447-473.

Le milieu de vie pourrait induire les comportements et attitudes face à la nutrition à travers la disponibilité des infrastructures, le niveau de vie du ménage, l'instruction, etc., qu'ils peuvent engendrer ou influencer (schéma 1).

Le milieu de vie qui agit par le biais de l'influence de la disponibilité des infrastructures socio-sanitaires, détermine les conditions immédiates qui entourent l'enfant. Les facteurs socio-économiques

appréhendés par l'activité des parents et le niveau de vie du ménage, permettent de déterminer les conditions économiques dans lesquelles vit l'enfant.

Les facteurs socioculturels saisis à travers l'ethnie, la religion et l'instruction déterminent la position sociale et le modèle culturel auquel l'enfant appartient. Ces facteurs sont responsables comportements et attitudes à risque pour l'état de santé de l'enfant. Les facteurs intermédiaires à travers lesquelles tous les facteurs agissant doivent opérer pour affecter la santé des enfants, augmentent directement l'exposition des enfants aux maladies infectieuses et à la malnutrition. Il s'agit des facteurs suivants : les comportements procréateurs, les pratiques et habitudes alimentaires et les soins apportés aux enfants.

La plupart des études existantes abordent les moyens d'améliorer l'état nutritionnel de la population. Elles s'attèlent ainsi à évaluer le niveau de l'état nutritionnel et à mettre en évidence les facteurs qui y sont associés ainsi que l'importance de relever leurs mécanismes d'action. L'étude de la malnutrition n'est pas facile compte tenu de son caractère multidimensionnel. En fait, ce fléau. Est déterminé par des facteurs d'ordre biologique, socioculturel, et économique.

La commune et ses Fokontany influencent la malnutrition à travers leur impact sur l'instruction des parents et sur le niveau de vie des ménages. Cela s'explique par les inégalités de la disponibilité des ressources naturelles, économiques et sociales.

L'impact du niveau de vie sur l'état nutritionnel des enfants s'exerce à travers son influence sur l'utilisation des services de santé, les soins apportés aux enfants et l'approvisionnement en eau potable et en ressources alimentaires. L'instruction des parents exerce une forte influence sur la malnutrition en modifiant les comportements des parents concernant les interdits et pratiques en matière de nutrition, d'allaitement et d'espacement de naissances et en améliorant les connaissances sur la médecine moderne. L'instruction détermine aussi le revenu des ménages en influençant l'accès à l'emploi.

II.2.2. Définition des concepts

Nous présentons dans ce point les principaux concepts utilisés dans ce travail.

- ❖ Selon la FAO (1992 citée par Camara, 2005), la malnutrition est un déséquilibre nutritionnel. Ce déséquilibre peut être un excès ou un déficit des éléments nutritifs. Selon l'Unicef (1998), elle est le fruit de l'association d'une alimentation inadéquate (en qualité et en quantité) et des infections. Rakotondrabe (2004), renchérit en disant que la malnutrition résulte d'une part, de la qualité et de la quantité de l'alimentation reçue par l'enfant dans le passé et, d'autre part, des maladies qu'il a pu contracter au cours de sa vie. Ces définitions semblent s'adapter à la situation de crise, de paupérisation et d'insécurité alimentaire permanentes dans lesquelles vivent la majorité des pays en développement.
- ❖ La **malnutrition** est un trouble de l'état de santé causé par un mauvais équilibre alimentaire, souvent une carence en protéines, vitamines, minéraux et autres micronutriments. La malnutrition est donc un déséquilibre nutritionnel tant en quantité qu'en qualité. Comme déficit nutritionnel, la malnutrition se divise en trois types :
- ❖ La malnutrition chronique ou retard de croissance, est un déficit nutritionnel sur des périodes prolongées en calories et/ou en protéines. Elle désigne une inadéquation de la taille d'un enfant par rapport à son âge. Ce retard de croissance proviendrait d'une sous-alimentation due à une alimentation inadéquate ou des maladies chroniques.
- ❖ La malnutrition aiguë ou émaciation, traduit une inadéquation du poids d'un enfant par rapport à sa taille. Elle provient d'un déficit nutritionnel en calories et /ou en protéines, consécutif à une alimentation insuffisante ou une maladie durant une période récente. Elle permet donc de mesurer la situation nutritionnelle actuelle des enfants.
- ❖ L'insuffisance pondérale est une faiblesse du poids de l'enfant par rapport à son âge.

Elle traduit la sévérité de la malnutrition et renseigne sur l'état nutritionnel des enfants sans distinction entre les déficiences alimentaires de longue durée et celles les plus récentes. Cet indice résume les deux précédents.

Dans les études, la malnutrition est souvent appréciée par le retard de croissance du fait qu'il ne soit pas sensible aux variations saisonnières. Il en sera de même pour la présente étude. Le terme de malnutrition sera restreint à l'insuffisance des apports en énergie, en protéines et en micronutriments nécessaires à la satisfaction des besoins de l'organisme de l'enfant pour sa croissance et son développement. La malnutrition sera donc exprimée ici par la malnutrition chronique.

Le **milieu de vie** représente l'espace dans lequel l'habitat où vivent les enfants se situe. C'est l'ensemble des conditions extérieures dans lesquelles vivent les enfants. Il sera saisi à travers la région et le milieu de résidence.

Les **caractéristiques socioculturelles** concernent l'environnement social dans lequel vit l'enfant, caractérisé par les coutumes, les modes de pensées et les habitudes en matière de nutrition et de soins apportés aux enfants. Les caractéristiques considérées ici sont: le niveau d'instruction des parents; et le milieu de socialisation de la mère.

Les **caractéristiques économiques** désignent l'activité économique des parents et le niveau de vie du ménage. Elles déterminent donc les moyens nécessaires à l'utilisation des services de santé et à l'acquisition des aliments et de l'eau d'adduction. Les caractéristiques de logement seront combinées à l'activité économique des parents pour créer l'indicateur de niveau de vie.

La **morbidité**, fait référence à l'apparition ou non d'une maladie quelconque au sein de la population. Elle étudie l'impact de la maladie sur la population et de ce fait, reflète en partie l'état de santé de la population (Rakotondrabe, 2004). L'état de morbidité pour nous est donc l'apparition d'une des maladies favorisant la malnutrition. IL s'agit de la rougeole, la fièvre, la diarrhée et la toux (coqueluche) au cours de la période ayant précédée l'enquête.

Les **comportements procréateurs** concernent les attitudes en matière de procréation susceptible d'influencer la santé des enfants. Il s'agit de l'âge de la mère, l'intervalle génésique entre les naissances.

Les **comportements en matière de nutrition et de soins**, saisis par l'utilisation des services de santé, la vaccination, les visites prénatales et le type d'aliments de sevrage, désignent les us et coutumes relatives à l'alimentation des enfants et au recours thérapeutique.

Problématique

Beaucoup de questions pourraient être posées (concernant la malnutrition des enfants), mais la plus importante serait de savoir si, pour une large part, la malnutrition est à la fois cause et conséquence des maladies infectieuses et du déficit alimentaire. Quels sont les facteurs associés à la malnutrition des enfants de moins de cinq ans?

Objectifs

- Objectif général

Notre étude a comme objectif global de contribuer à la production et à la diffusion de connaissances expliquant l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans

- Objectifs spécifiques

Pour notre étude, nous avons fixés quelques objectifs spécifiques :

- identifier les facteurs explicatifs de la malnutrition infanto-juvénile et de
- formuler des recommandations pertinentes visant à améliorer l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans.

Hypothèses

Cette étude se propose d'expliquer la prévalence de la malnutrition de la commune rurale Alasora. Pour cela, nous déterminerons les facteurs de la malnutrition chez les enfants et dégagerons ceux qui influencent davantage ce fléau dans la commune. Afin de répondre provisoirement à cette question préalable, nous avançons les hypothèses suivantes :

- La malnutrition est d'autant plus élevée que le niveau de vie des ménages est faible.
- Parmi les facteurs socioculturels, l'instruction des parents revêt une importance capitale dans l'explication de la malnutrition.
- Les conditions d'accès difficiles aux services de santé favorisent la prévalence de la malnutrition.

II.3. Méthodologie de recherche

Dans ce chapitre, nous allons faire état de la démarche que nous avons suivi lors de notre descente sur terrain, puis nous donnons des définitions de quelques mots pour clarifier les différents concepts utilisés dans ce mémoire.

II.3.1. La visite exploratoire

II.3.1.1. La visite de lieu

Elle consiste la première étape de notre processus de recherche. Cette visite a pour objet de vérifier les différentes hypothèses énoncées site à la question de départ, afin de ressortir les éléments clés qui justifient la pertinence du sujet.

II.3.1.2. L'entretien exploratoire

De ce fait, il sera question de rencontrer les autorités locales de la commune Alasora, comme les personnels de la commune, les conseils ruraux ; mais également une descente vers les services régionaux du milieu pour d'éventuelles documentations. En somme, les informations recueillies nous ont permis de mieux alimenter notre questionnement et d'avoir des orientations sur la revue critique du sujet.

II.3.2. La revue documentaire

Cette phase est le second processus méthodologique de notre recherche ; qui a été très déterminante dans l'élaboration du cadrage de référence. Elle débute par la consultation des documents que nous avons cherchés au niveau des bibliothèques, comme bibliothèque municipale Anosy, le centre de recherche du Département de Sociologie Ankatso ; ainsi que des sites internet, etc.

II.3.3. L'échantillonnage

Dans la réalisation de ce mémoire, nous avons mené l'enquête basée sur l'échantillonnage. Avec un nombre très intéressant de population de la commune d'Alasora, il est nécessaire de faire une détermination et une précision de l'échantillon envers la population-mère, mais également c'est inclus dans la méthodologie de recherche quantitative et qualitative.

Par ailleurs, afin d'effectuer des enquêtes par sondage, appréciées pour les données détaillées, pour la précision et la représentativité, il convient de sélectionner soigneusement l'échantillon d'étude. En pratique, on a 20 fokontany au niveau de la population d'étude dans la commune.

Nous avons utilisé « *la méthode aléatoire simple* ». Cet échantillonnage aléatoire indique que, chaque élément de cet échantillon a la même probabilité d'être choisie que tous les autres éléments de la population visée.

II.3.3.1.La population cible

La population cible de l'étude est constituée par l'ensemble des mères de famille qui résident dans les 20 fokontany de la commune. Ce sont des femmes qui proviennent de différentes classes sociales. Puisque la commune d'Alasora comporte 20 fokontany, on a pris au hasard, par tirage au sort, 10 femmes par fokontany.

II.3.3.2.La taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon est de 200 femmes. Cet échantillon qui vient des 20 fokontany, à raison de 10 femmes tirées au sort par fokontany, représente assurément les femmes de la commune d'Alasora.

II.3.4. La collecte des données

Afin de recueillir amplement des informations et des données, nous avons utilisé les outils suivants :

II.3.4.1.Le questionnaire

Cette technique occupe une place très importante au moment de la quête des données. Il est déjà préparé au préalable. Adressé aux mères de famille qui a des enfants de moins de cinq ans.

II.3.4.2.Le guide d'entretien

Avec ce guide d'entretien, nous avons pu affiner les réponses des enquêtées et avoir plus de précision sur des informations qui n'ont pas été suffisamment abordées dans le questionnaire. Le guide d'entretien offre également plus de liberté à l'interviewée. L'objectif étant de recueillir des données qualitatives.

PARTIE II :
RECHERCHE DES DETERMINANTS DES FACTEURS DE LA
MALNUTRITION DES ENFANTS

Par ailleurs, la perte du potentiel humain entraîne des coûts économiques et sociaux qu'aucun pays ne peut supporter. C'est pourquoi, dans le souci de ressortir les pistes de contrôle du problème de santé, il serait intéressant d'identifier les facteurs contribuant à sa persistance dans ces pays. Ainsi, elle a suscité l'intérêt chez bon nombre de chercheurs de plusieurs disciplines scientifiques (agriculture, santé, environnement, éducation, démographie, médecine, économie, etc.). Ceux-ci ont apporté un éclairage appréciable dans la connaissance des déterminants, des niveaux et des tendances du phénomène. Les études économiques, épidémiologiques, démographiques, géographiques, etc. ont montré que l'état nutritionnel d'une population est à la fois facteur et conséquence du développement. Ces études estiment que son contrôle est possible si l'on maîtrise les facteurs qui le déterminent. Cette deuxième partie se repartie en deux (2) chapitres, dans le premier chapitre, il est aisé de présenter les études sur l'aspect essentiel du problème et la deuxième chapitre traitera les facteurs de la malnutrition au niveau local et national.

CHAPITRE III : Etude sur l'aspect essentiel du problème

Afin d'appréhender dans son contexte socioculturel la malnutrition des enfants, il serait utile de faire un état des lieux sur cet environnement. Ceci afin de comprendre les non-dits qui expliquent le phénomène.

III.1. Quelques indicateurs sociodémographiques de base

D'après les données du Plan Communale de Développement, on trouve que la Commune d'Alasora compte environ 48 939 habitants ; de densité moyenne de 1 112.25 hab. / km² qui sont répartis dans 20 Fokontany. Parmi la population totale de la commune, le nombre des enfants scolarisés est de 5507, avec un taux de scolarisation de 47,3 % ;

Les différentes caractéristiques socioéconomiques des enquêtés sont présentées dans le tableau ci-dessous (tableau n°3).

Tableau 03 : Répartition des enquêtés selon les caractéristiques sociales et économiques

| Caractéristiques | Effectif | Fréquences |
|---|-----------------|-------------------|
| Sexe de l'enquêté | | |
| Masculin | 0 | 0% |
| Féminin | 200 | 100% |
| Total | 200 | 100% |
| Sexe du chef de ménage | | |
| Masculin | 162 | 81% |
| Féminin | 38 | 19% |
| Total | 200 | 100% |
| Statut matrimonial du chef de ménage | | |
| Marié (e) monogame | 163 | 81,5% |
| Marié (e) polygame | 0 | 0% |
| Divorcé (e) | 11 | 5,5% |
| Célibataire | 7 | 3,5% |
| Veuf (ve) | 19 | 9,5% |
| Total | 200 | 100% |
| Statut socioprofessionnel du chef de ménage | | |
| Agriculteur | 150 | 75% |
| Eleveur | 9 | 4,5% |
| Commerçant | 28 | 14% |
| Autres | 13 | 6,5% |
| Total | 200 | 100% |
| Nombre d'enfants de moins de cinq ans par ménage | | |
| 1 | 25 | 12,5% |
| 2 | 67 | 33,5% |
| 3 | 89 | 44,5% |
| 4 | 07 | 3,5% |
| 5 | 12 | 6% |
| Total | 200 | 100% |

Source : donnée de l'enquête (2018)

Le tableau ci-dessus (tableau n°3) présente la répartition de la population enquêtée selon les caractéristiques socioéconomiques. Sur l'échantillon de 200 enquêtés, aucun homme ne fait

partie des interviewés. La raison principale est que les femmes sont mieux placées pour prendre soin des enfants. Il ressort aussi de l'enquête que 19% des ménages sont dirigés par des femmes. Ce pourcentage correspond à celui des enquêtées qui ne sont pas mariées au moment de l'enquête (elles sont divorcées, célibataires ou veuves). On constate que peu de ménages ont un enfant de moins de cinq ans (12%). La majorité des ménages ont plus d'un enfant de moins de cinq ans (44,5% ont 3 enfants de moins de cinq ans et 33,5% en ont 2).

III.2. Les facteurs de la malnutrition des enfants

III.2.1. L'âge de l'enfant

III.2.1.1 La déclaration des dates de naissance des enfants

Tableau 04: Distribution des enfants selon l'âge (en mois révolus)

| Mois | Effectifs |
|-----------|-----------|
| Janvier | 47 |
| Février | 19 |
| Mars | 12 |
| Avril | 36 |
| Mai | 18 |
| Juin | 16 |
| Juillet | 22 |
| Août | 20 |
| Septembre | 36 |
| Octobre | |
| Novembre | |
| Décembre | |

Source : Médecin chef du CSBII, 2018

Il est également important d'évaluer les données relatives aux naissances vivantes survenues au cours de la période ayant précédé l'enquête. La date de naissance de l'enfant est en effet, un critère crucial de sélection des enfants nés au cours de la période précédant l'enquête. La mauvaise déclaration de ces dates de naissance peut entraîner des erreurs de sélection de l'échantillon. L'appréciation de la déclaration des dates de naissance des enfants se fait à partir de l'année et du mois de naissance. Lorsque le mois et l'année de naissance sont fournis, on peut

penser que la déclaration est bonne. Par contre, si seule l'année est fournie, cela indique une déclaration relativement mauvaise.

III.3. Les aspects nutritionnels

Pour une étude sur la malnutrition, il est pertinent d'apprécier la qualité des données sur la nutrition et les mesures anthropométriques. Une mauvaise prise des mesures anthropométriques et une mauvaise déclaration des informations nutritionnelles donnerait un niveau de malnutrition très éloigné de la réalité.

III.3.1. Approvisionnement en eau

L'eau est indispensable dans la nutrition car elle sert de boisson, à la cuisson des aliments et pour l'hygiène corporelle. La source d'approvisionnement en eau dépend du niveau de vie du ménage.

Tableau 05: Source d'approvisionnement en eau

| Modalités | Effectifs | Proportions (%) |
|---|-----------|-----------------|
| Robinet dans la résidence/cour/parcelle | 126 | 55,7 |
| Fontaine publique | 65 | 28,7 |
| Puits protégé dans la cour/parcelle | 4 | 1,8 |
| Puits public protégé | 2 | 0,9 |
| Puits non protégé dans la cour/parcelle | 3 | 1,3 |
| Eau de pluie | 17 | 7,5 |
| Autre | 6 | 2,6 |
| Non-réponse | 3 | 1,4 |
| Total | 226 | 100 |

Source : Enquête personnelle, 2018

Il est essentiel de remarquer que l'impact de l'approvisionnement en eau ne dépend pas uniquement de la qualité de celle-ci ; mais aussi et surtout de son mode de conservation et d'utilisation. En effet, un ménage peut s'approvisionner à partir d'une borne fontaine ou d'un robinet, mais si l'eau est conservée dans des récipients mal entretenus, les enfants restent exposés aux risques de maladies hydriques et par conséquent, au risque de malnutrition. Ce constat est

valable pour le type d'aisance où il suffit de mauvaises installations sanitaires pour augmenter le risque d'exposition aux maladies diarrhéiques.

Tableau 06 : Assainissement et eau potable

| Fokontany | Nombre des bornes fontaines | Non fonctionnel | Bloc sanitaire | Bassin lavoir |
|-----------------|-----------------------------|-----------------|----------------|---------------|
| Alasora | 02 | - | - | - |
| Ambatomalaza | 04 | - | - | - |
| Amboaroy | 07 | 1 | - | - |
| Ambodivoanjo | 04 | - | - | - |
| Ambodivondava | 06 | - | - | 01 |
| Ambohidrazaka | 03 | - | - | 01 |
| Ambohitromby | 02 | 01 | - | - |
| Ampahibato | 04 | 01 | - | - |
| Ankadindratombo | 06 | - | - | - |
| Est Mahazoarivo | 04 | - | 01 | - |
| Mahatsinjo | 03 | - | - | - |
| Miadana | 04 | - | - | - |
| Sud Ambohipo | 01 | - | - | - |
| Mendrikolovana | 02 | - | - | - |
| Ankadievo | 02 | - | - | - |
| Ankazobe | 02 | - | - | - |
| Ambohitanety | 01 | - | - | - |
| Ambohimarina | 02 | - | - | - |
| Mahitsy | 2 | - | - | - |
| Mandikanamana | 2 | - | - | - |
| TOTAL | 65 | - | - | - |

Source : AUE KOLO

RANO ALASORA, 2015



Source : AUE KOLORANO Alasora, 2015

Photos n°4 : Les infrastructures sanitaires : BF, BL, BS

Selon les tableaux 5 et 6, la majorité des ménages enquêtés utilisent l'eau de robinet ou celle de fontaines publiques. Le tableau suscité indique un taux de non-réponse de 1,4 %. En effet, la population se plaint de la mauvaise qualité de l'eau prise dans les puits ou les sources non aménagées surtout pendant les périodes de pluies, de l'éloignement des points d'eau par rapport à leur lieu d'habitation et de l'insuffisance de la quantité d'eau pendant les saisons sèches

III.3.2 Les aliments de complément

Tableau 07: Proportions et effectifs des enfants selon la consommation d'aliments de complément

| Variables modalités | Autre liquide que le lait maternel | | Légumes verts | | Fruits | | Autres aliments solides, semi solides | | Aliments à base de graine | | Poisson, viande, œuf, volaille | |
|---------------------|------------------------------------|------|---------------|------|--------|------|---------------------------------------|------|---------------------------|------|--------------------------------|------|
| | Eff | % | Eff | % | Eff | % | Eff | % | Eff | % | Eff | % |
| Réponse | 187 | 82 | 150 | 66,3 | 124 | 54,8 | 134 | 58,4 | 150 | 66,3 | 149 | 65,9 |
| Non-réponse | 39 | 17,2 | 76 | 33,6 | 102 | 45,1 | 94 | 41,5 | 76 | 33,6 | 77 | 34 |
| Total | 226 | 100 | 226 | 100 | 226 | 100 | 226 | 100 | 226 | 100 | 226 | 100 |

Source : Enquête personnelle, 2018

Les aliments de complément retenus sont : les légumes verts, les fruits, le poisson, la viande, les œufs, la volaille et les aliments à base de graines locales. Ce tableau sur la consommation de légumes, fruits, viande (œufs, poisson, volaille) et autres aliments solides indique des taux de non-réponse au tour de 45 % tous largement supérieurs à 5%. Cela signifie qu'à peine 60 % des mères ont pu donner une réponse concernant les aliments donnés aux enfants. Le taux de réponse pour avoir des données de bonne qualité étant 82%, ces données sur les aliments donnés aux enfants sont de qualité douteuse. La mauvaise déclaration de données sur l'alimentation des enfants peut être liée au fait que c'est une question faisant appel à la mémoire. En outre, il est possible que les informations fournies concernent le cadet, mais ont été appliquées à tous les enfants.

III.3.3. Les indices anthropométriques

Les mesures anthropométriques sont essentielles pour la construction de la variable dépendante (la malnutrition). Dans cette étude nous avons retenu la malnutrition chronique, donc le rapport entre la taille et l'âge (T/A). Nous présentons également les données relatives au poids afin d'avoir une idée de l'ensemble des données anthropométriques.

Tableau 08: Distribution des âges des enfants en années

| Années | Effectifs | Proportions (%) |
|--------|-----------|-----------------|
| 0 | 68 | 30,1 |
| 1 | 56 | 24,7 |
| 2 | 22 | 9,7 |
| 3 | 34 | 15 |
| 4 | 46 | 20 |
| Total | 226 | 100 |

Source : Enquête personnelle, 2018

L'examen des tableaux 7 et 8 ci-dessus relatifs à la répartition des enfants de 0 à 5 ans par mois et année de naissance respectivement montre que le mois et l'année de naissance des enfants ont été bien déclarés. En effet, pour chacun des 226 enfants de 0 à 5 ans, on a enregistré le mois et l'année de naissance. Le taux de non-réponse aussi bien pour le mois de naissance que l'année de naissance est nul.

Tableau 09: Poids des enfants en kilogrammes

| Poids (kg) | Effectifs | Proportions % |
|-------------|-----------|---------------|
| 2,2 à 5 | 87 | 38,4 |
| 5,1 à 10 | 64 | 28,3 |
| 10,1 à 15 | 14 | 6,1 |
| 15,1 à 19,9 | 36 | 15,9 |
| 20,1 à 31,9 | 18 | 4 |
| Ne sait pas | - | - |
| Non-réponse | 16 | 7,1 |
| Total | 226 | 100 |

Source : Enquête personnel, 2018

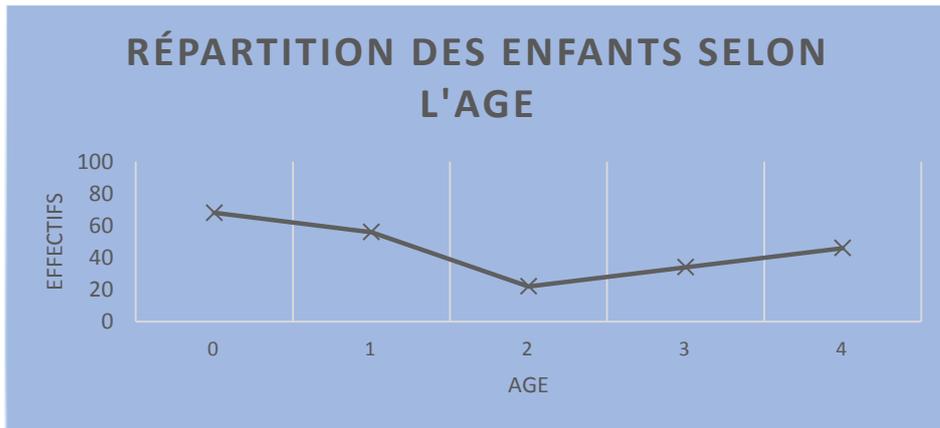
Tableau 10 : Taille des enfants en centimètres

| Taille (cm) | Effectifs | Proportion % |
|---------------|-----------|--------------|
| 3,75 à 6 | 91 | 40,2 |
| 6,01 à 8 | 59 | 26,1 |
| 8,01 à 10 | 28 | 12,3 |
| 10,01 à 13,24 | 32 | 14,1 |
| Ne sait pas | - | - |
| Non-réponse | 16 | 7,1 |
| Total | 226 | 100 |

Source : Enquête personnel, 2018

L'analyse des tableaux 9 et 10 montre que le taux de non-réponse sur les variables relatives aux mesures anthropométriques est 7,1 %. Cela signifie que le taux de réponse est de 92,8 %. Les données sont donc de mauvaise qualité.

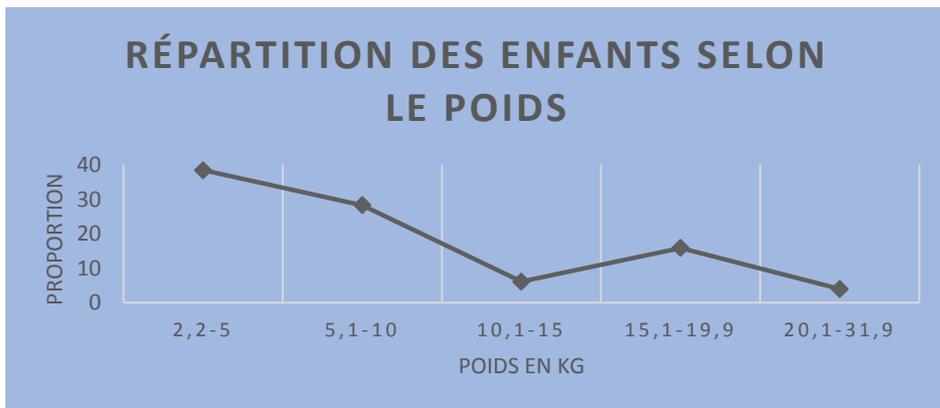
Figure 3 : Courbe de répartition des enfants selon l'âge



Source : Exploitation des données personnelle, 2018

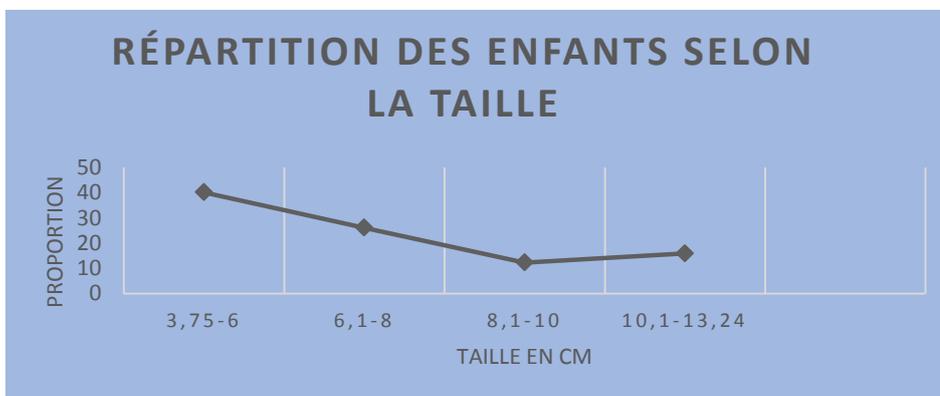
Lorsque les données sur l'âge sont mal déclarées cela peut entraîner des erreurs de sélection de l'échantillon et peut fausser l'étude. On constate que la courbe décroît vers l'âge de 2 ans pour croître vers 3 et 4 ans, alors qu'elle devait décroître vers les 3 et 4 ans. Cela peut être dû à une mauvaise sélection. Dans cette étude l'âge devra être pris avec beaucoup de précautions.

Figure 4 : Courbe de répartition des enfants selon le poids



Source : Exploitation des données personnelle, 2018

Figure 5 : Courbe de répartition selon la taille



Source : Exploitation des données personnelle, 2018

Les deux courbes présentent chacune une allure générale irrégulière, ceci confirme qu'il y a eu une mauvaise mesure du poids et de la taille des enfants lors de l'enquête. La deuxième courbe de répartition des enfants selon la taille présente plus d'irrégularités comme le confirme le taux de non-réponse qui est de 7,1 %. Si les données anthropométriques sont mal collectées, il serait préférable de les utiliser avec beaucoup de précautions.

Chapitre IV : Les facteurs de la malnutrition au niveau local et national

IV.1. Au niveau national

IV.1.1 La Crise politique

La tenue d'élections fin 2013 semble avoir mis fin à la grave crise politique qui depuis 2009 a lourdement affecté l'économie du pays hypothéquant son développement. Mais il faudra sans doute de nombreuses années avant que l'économie ne retrouve son niveau d'avant la crise. Les coupes budgétaires ont entraîné la quasi-paralysie de l'administration publique, la détérioration de la couverture et la qualité des services sociaux et la suspension de la maintenance des infrastructures (routes, eau, électricité). Par ailleurs, la détérioration des infrastructures, l'affaiblissement de l'état de droit, l'insécurité croissante ont découragé les investissements et empêché toute croissance. Entre 2008 et 2013, la proportion de la population vivant sous le seuil de pauvreté a sans doute augmenté de plus de 10 points de pourcentage.

IV.1.2. Faible productivité agricole

Selon l'Analyse Globale de la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle, et de la Vulnérabilité (AGSANV) ; données collectées en Décembre 2012 et Janvier 2013 par l'INSTAT et la Programme Alimentaire Mondial. La productivité agricole pour toutes les spéculations essentielles (riz, manioc, maïs et patate douce) est très basse. Le secteur agricole souffre de nombreux problèmes structurels : faible utilisation d'intrants, manque de formation des agriculteurs, pratiques agricoles traditionnelles dépassées, vétusté des infrastructures hydro-agricoles. Ces problèmes se sont accentués depuis la crise politique de 2009 et l'arrêt de tout programme de subvention et d'appui au secteur. La superficie agricole moyenne exploitée par ménage est assez petite, environ 1,7 ha (1,4 ha en 2010).⁴ La majorité des ménages agricoles (63%) cultivent moins de 1,5 ha de terre. Un tiers des agriculteurs estime manquer de terres. L'absence de sécurité foncière reste un véritable problème.

IV.1.3. Chocs climatiques récurrents

Par de même travail de l'INSTAT et de l'AGSANV, qui constate que Madagascar subit des catastrophes naturelles de manière récurrente. Entre 1980 et 2010, l'île a connu 35 cyclones et inondations, cinq périodes de sécheresse sévère, cinq tremblements de terre et six épidémies. Chaque année, le pays connaît entre 3 et 4 cyclones. Les sécheresses sont courantes dans le sud. Les inondations font aussi de gros dégâts accentués par la déforestation et les mauvaises pratiques d'utilisation des terres.

Les chocs liés au climat et à l'environnement ont été évoqués par un quart (25%) des ménages en milieu rural. En 2012, 7,5 pour cent des ménages ont été affectés par un cyclone (8,2% en 2010) et

7,5 pour cent par la sécheresse (11,2% en 2010). En 2010, les inondations avaient affecté 8,6 pour cent des ménages.

IV.2. Au niveau de la commune

Les problèmes sont similaires à ceux identifiés au niveau communal après analyses déterminant leurs principales causes :

IV.2.1. Santé

- L'accès à l'eau potable est difficile pour quelques ménages ;
- les ordures ménagères et les matières fécales sont éparpillées partout ;
- la vente illicite des produits pharmaceutiques ;
- les canaux d'évacuation sont bouchés par les boues et les ordures ;
- l'éloignement du CSB pour certains fokontany ;
- l'alimentation impropre pour les enfants de moins de 5ans ;
- la famille nombreuse ;
- les jeunes se penchent facilement à l'alcool et au tabagisme.

IV.2.2. Education

- niveau intellectuel bas ;
- délinquance juvénile ;
- insuffisance de la communication parents-enfants ;
- analphabètes facilement arnaqués et trompés ;
- non enregistrement dans l'état civil (kopia) ;
- infrastructure non entretenue ;
- insuffisance effective des enseignants.

Chapitre V : Vérification des hypothèses

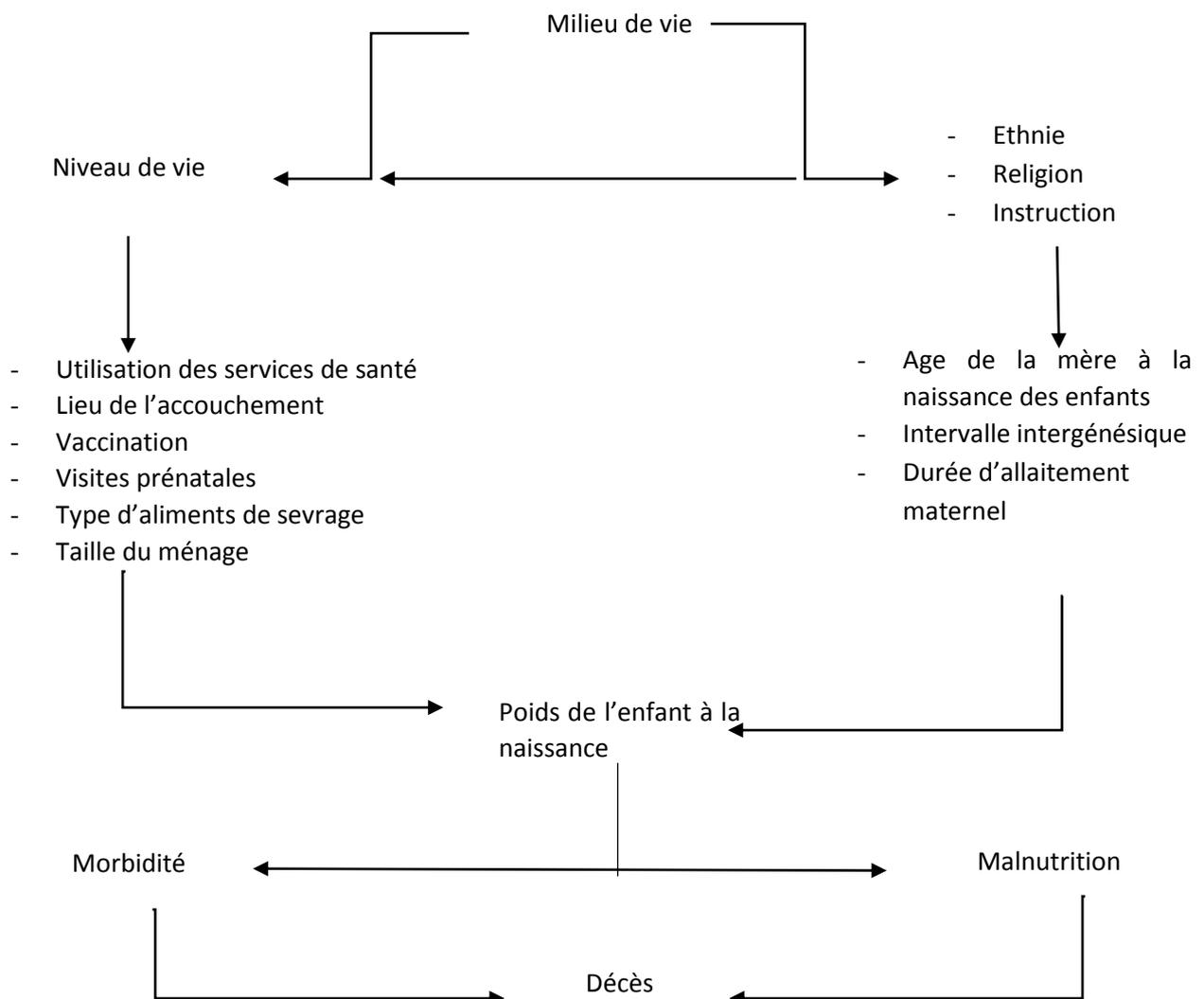
La vérification des hypothèses posées nécessite la construction d'une théorie auxiliaire, encore appelée cadre d'analyse, découlant directement du cadre conceptuel. Autrement dit, de notre théorie principale, nous avons obtenu une association de variables qui nous permettront de vérifier nos hypothèses (schéma 2).

La région et le milieu de résidence influencent la malnutrition à travers leur impact sur l'appartenance ethnique, l'instruction des parents et sur le niveau de vie des ménages. Cela s'explique par les inégalités de la disponibilité des ressources naturelles, économiques et sociales.

L'impact du niveau de vie sur l'état nutritionnel des enfants s'exerce à travers son influence sur l'utilisation des services de santé, les soins apportés aux enfants et l'approvisionnement en eau potable et en ressources alimentaires.

L'instruction des parents exerce une forte influence sur la malnutrition en modifiant les comportements des parents concernant les interdits et pratiques en matière de nutrition, d'allaitement et d'espacement de naissances et en améliorant les connaissances sur la médecine moderne. L'instruction détermine aussi le revenu des ménages en influençant l'accès à l'emploi.

Schéma 2 : Cadre d'analyse de l'étude



Source : NGO NSOA P., 2001, *Les différences régionales de la malnutrition infantile-juvénile au Cameroun : recherche des facteurs explicatifs*, Mémoire de DESS en démographie, IFORD, Yaoundé, 94 p.

PARTIE III :
SPECIFICATION DES VARIABLES ET DES INDICATEURS

Chez les jeunes enfants, la malnutrition entraîne des troubles de croissance. Les enfants malnutris sont plus petits et plus légers (par rapport à leurs poids et à leurs tailles attendus) que les enfants de leur âge bien nourris. Le concept de malnutrition prête à confusion et de la multiplicité des définitions qu'on a vue. Dans le cadre de notre étude, la malnutrition est due au déficit nutritionnel. Comme toutes les autres parties, cette dernière partie comportera deux chapitres ; le premier chapitre évoquera le cadrage d'analyse de l'étude et le dernier chapitre montrera les recommandations du travail social.

Chapitre VI : Cadre d'analyse de l'étude

VI.1. Variable dépendante

VI.1.1. L'âge de l'enfant

Le facteur Age est important pour l'apparition des maladies. Les variations de fréquences des maladies en fonction de l'âge sont plus importantes que celles introduites par toute autre variable. L'enfance est donc caractérisée par des maladies infectieuses infantiles telles que la rougeole, la varicelle, la variole et autres. Et par l'apparition des malformations congénitales. (Dosithee.N, 2001) S'agissant de la malnutrition, étant donné que les besoins des enfants varient au fur et à mesure qu'ils grandissent, c'est le comportement de leurs mères en matière de nutrition qui peut causer un déséquilibre nutritionnel en fonction de leur âge. En effet avant les six premiers mois de sa vie, le nourrisson est protégé de toute carence alimentaire s'il est exclusivement nourrit au sein. Dans le cas contraire, un sevrage précoce peut entraîner une déshydratation, une diminution du système immunitaire pouvant causer des infections et des diarrhées. Au-delà du sixième mois l'organisme de l'enfant exige une alimentation riche et variée que le lait maternel ne peut plus offrir. Lorsque l'apport calorique ou l'équilibre nutritionnel n'est pas conforme aux besoins de son organisme, il court le risque de souffrir de malnutrition (Soumana.H, 1996).

VI.1.2. Le sexe de l'enfant

La vulnérabilité des filles et garçons devant la maladie et la mort est différente. Des études sur la mortalité infantile ont montré qu'à la naissance, les filles meurent moins que les garçons. Selon Dackam (1987), cette tendance s'est observée dans presque tous les pays. Certaines études attribuent ces différences à des facteurs biologiques. Il en ressort que les garçons ont un système immunitaire moins résistant aux maladies infectieuses et présentent un rythme de développement foetal différent qui se caractérise par une grande fragilité pulmonaire. Cette dernière pourrait être à l'origine de la forte prévalence des maladies respiratoires à la naissance.

La malnutrition des enfants touche moins les enfants de 0 à six mois qui bénéficie encore de la protection du lait maternel. Par contre, au-delà de cet âge l'enfant est exposé aux risques d'infection et aux problèmes nutritionnels lorsque sa ration n'est pas équilibrée. Ainsi l'âge de l'enfant sera mesuré en mois.

Par ailleurs la situation peut s'inverser dans les régions où les discriminations selon le sexe existent encore et peut s'expliquer par le comportement des parents. (Jacques. V), cité par (Dackam.N, 1987) Les filles et les garçons ne reçoivent pas les mêmes traitements sur le plan sanitaire et nutritionnel. Ces comportements sont liés à certaines coutumes et croyances qui donnent plus de privilèges aux garçons depuis leurs naissances. Les garçons sont généralement

considérés par leurs pères comme les futurs responsables qui pourront assurer plus tard l'avenir de leur famille.

VI.1.3. L'allaitement maternel

Le lait maternel présente de nombreux avantages pour les enfants. Il joue le rôle de nourricier, de protecteur et contribue au développement physique et mental de ceux-ci. C'est pourquoi le phénomène de la malnutrition ne se manifeste pas avec la même ampleur chez les enfants qui ont été exclusivement nourris au sein que chez ceux qui ont reçu le biberon ou qui ont bénéficié d'un allaitement mixte. Ainsi, trois modalités ont été retenues. Il s'agit des enfants qui ont été allaités au sein, qui ont allaité au biberon et qui ont reçu un allaitement mixte.

VI.1.4. Age au sevrage et aliments de compléments

Le sevrage est le stade pendant lequel le nourrisson reçoit d'autres aliments en complément du lait maternel. Il commence à partir de l'âge de six mois. C'est à dire au moment où ce lait ne peut plus couvrir les besoins de son organisme. Avant cet âge l'introduction d'aliments solides dans la nourriture de l'enfant peut l'exposer à la malnutrition. Mais compte tenu des problèmes de disponibilité des données sur l'âge au sevrage, cette variable ne sera pas prise en compte dans cette étude malgré son importance.

VI.2. Variables indépendantes

VI.2.1. Les facteurs environnementaux

Les actions de développement se projettent dans l'environnement, il constitue donc le support des activités humaines. Les facteurs environnementaux examinés dans cette étude sont la région de résidence et le milieu de résidence. Ils apparaissent comme les plus cruciaux en matière d'étude de l'état nutritionnel de la population.

a) La région de résidence

Autant il existe une diversité des situations entre les pays, autant on l'observe à l'intérieur d'un même pays. La diversité géographique existe en effet aussi à l'intérieur d'une même région, d'une même province, etc., aussi loin que l'on puisse descendre dans la hiérarchie des découpages politiques ou administratifs (Caselli G. et Vallin J., 2002). Cette différence entre régions s'observe sur le plan démographique (comportement procréateur des femmes), sur le plan économique (activités des femmes surtout celles du milieu rural), sur le plan infrastructurel (disponibilité des infrastructures collectives et leurs accessibilités) et même sur le plan climatique.

La répartition des ressources naturelles suit le même schéma. Cette inégalité de la distribution des ressources naturelles et économiques, des activités et des infrastructures engendre les différences des régimes alimentaires qui pourraient expliquer les différents indicateurs de malnutrition observés dans chaque Fokontany. Nous convenons ici avec D'haesse et al, 1991 (cité par Ngo Nsoa, 2001) qui attestent que *«l'une des raisons évoquées pour expliquer la différenciation régionale de la malnutrition chez les enfants est l'inégale répartition de la disponibilité alimentaire, des ressources en eau potable et des centres de santé maternelle et infantile: »* En outre, la pauvreté aggravée par la crise politique et économique des années 2009 donne une ampleur particulière à la situation. De ce fait, les aliments peuvent être disponibles sur le marché, mais leur prix ne permet pas toujours aux ménages des couches défavorisées d'y accéder.

Dans les services de santé primaire, il faut prévoir les frais de consultation et des médicaments qui ont connu un renchérissement ces dernières années. Par ailleurs quand bien même les infrastructures existent, les populations n'en bénéficient pas pleinement, compte tenu des conditions difficiles pour y accéder. La plupart des enquêtés affirment que le principal problème rencontré pour se faire soigner est le coût élevé des consultations à la formation sanitaire (Centre de santé Orthodoxe) dans le Fokontany Miadana. Mais pour l'ensemble des enquêtés, attestent que le problème majeur est l'éloignement des établissements de santé, suivi par l'insuffisance de médicaments.

b) Le milieu de résidence

Les données collectées nous montrent que, les Fokontany le plus proche du chef-lieu de la commune et le plus éloigné présentent des disparités en termes d'activités et d'infrastructures. De ces disparités, il découle une inégale exposition aux risques de morbidité et de malnutrition. Ainsi, la proportion d'enfants mal nourries est souvent plus élevée dans les Fokontany le plus éloigné que celle le plus proche. Et, on observe aussi que chez les enfants de moins de cinq ans, la malnutrition chronique sévère ou modérée est deux fois plus élevée toujours dans les Fokontany très loin du chef-lieu. Ces inégalités s'expliquent par le fait que quelques Fokontany présentent plusieurs avantages par rapport aux autres. En effet, dans le chef-lieu, en d'autre terme, c'est en ville que se concentrent les meilleures infrastructures et les denrées alimentaires sont plus disponibles en ville que dans les zones éloignées. Ainsi, le lieu de résidence influencerait sur la malnutrition des enfants à travers les caractéristiques socio-économiques des parents: le revenu ou le niveau de vie, le niveau

d'instruction, l'accessibilité à l'information et aux centres de santé, la disponibilité de l'eau potable, etc.

VI.2.2. Le climat

Le facteur environnemental le plus couramment cité qui influence l'état nutritionnel de l'enfant est le climat. D'après Cantrelle 1980 (cité par Dackam, 1987), l'influence du climat sur la santé et donc sur la mortalité peut intervenir de deux façons :

- Soit directement, en conditionnant, en particulier la régulation thermique, et l'on sait que celle-ci est plus difficile pour l'enfant en bas âge ;
- Soit indirectement, en favorisant la prolifération des agents infectieux ou de leurs vecteurs et en déterminant le type et la qualité des ressources alimentaires.

Par ailleurs, Dackam (1987) postule que l'influence du climat sur la santé peut intervenir de plusieurs façons :

- la reproduction, la survie et la prolifération des micro-organismes pathogènes ou de leurs vecteurs ;
- le conditionnement de la régulation thermique ;
- la disponibilité des denrées alimentaires, plus importantes à certaines périodes de l'année qu'à d'autres; la salubrité de l'environnement,
- la disponibilité de l'eau pour les besoins essentiels.

Située dans les Hautes Terres malgaches, la Commune d'Alasora est caractérisée par un climat de type tropical d'altitude avec deux saisons distinctes :

- une saison sèche et fraîche de Mai à Octobre,
- et une saison chaude et pluvieuse, de Novembre à Avril.

La température moyenne annuelle est de 18°C (variant de 10°C à 25°C) et la pluviométrie annuelle varie de 1000mm à 1600mm. Ceci laisse donc penser que l'exposition au risque de la malnutrition varie selon la saison; car l'abondance ou la rareté des précipitations conditionne la disponibilité en eau, surtout dans les zones sans adduction d'eau, d'autant plus que la consommation directe de l'eau de mauvaise qualité ou son usage pour la préparation des aliments (surtout pour les aliments de sevrage du nourrisson), expose à la morbidité. Les fluctuations du climat exercent une influence sur la disponibilité en eau nécessaire pour la croissance des plantes et peuvent, de ce fait induire des variations dans la production agricole. Ces fluctuations ont plus d'impact en milieu rural où l'activité principale est l'agriculture, qu'en milieu urbain. Plusieurs

études ont également identifié le climat comme déterminant de la morbidité, de la malnutrition et de la mortalité des jeunes enfants.

VI.2.3. Les facteurs socio-économiques

Le niveau de vie du ménage qui peut être saisi à travers le revenu a une influence sur la malnutrition chez l'enfant. C'est l'une des variables immédiates qui assure la transition de l'état de bonne santé de l'enfant à l'état de malnutrition. Le statut socio-économique est primordial car il conditionne l'approvisionnement en aliments, les habitudes alimentaires, la préparation de la nourriture, la qualité du logement et l'approvisionnement en eau. Parmi les facteurs socio-économiques, nous retenons: le type d'habitat (caractéristiques économiques des logements) et l'activité économique des parents.

a) Le type d'habitat

Le revenu du ménage ou de l'un des parents a des conséquences tant sur la consommation des combustibles, l'alimentation, le logement, l'utilisation des services de santé que sur l'accès à l'information sanitaire. Le revenu est donc un déterminant puissant de la morbidité des enfants. L'habitat constitue l'environnement immédiat de l'enfant, il dénote le niveau de vie du ménage. Lorsque cet environnement est médiocre, comme c'est souvent le cas de la plupart des pays en développement comme Madagascar, il contribue à favoriser la circulation des agents pathogènes. Il suffit, par exemple, d'une mauvaise évacuation des eaux usées ou des toilettes tenues dans de mauvaises conditions d'hygiène pour répandre les parasites; et donc pour favoriser les maladies infectieuses et contribuer à les aggraver.

Un certain nombre d'études ont évoqué l'influence du type d'habitat sur la santé des enfants.

Benjamin, 1965 (cité par Feud Jo, 1995) affirme que le type d'habitat a un impact sur la santé des enfants car, par sa qualité, il peut ou non favoriser les maladies infectieuses et parasitaires.

Pour Barbieri, 1991, *«la disponibilité en eau potable et en nourriture, garante d'un bon équilibre physiologique, ainsi que la présence d'installation sanitaire qui détermine le degré d'exposition au risque pour de nombreuses maladies infectieuses et parasitaires, sont largement influencé par le niveau économique du ménage »*.

b) L'activité économique des parents

L'activité des parents a souvent été utilisée comme déterminant de la morbidité ou de la mortalité des enfants. En effet, l'activité du père ou de la mère exerce une influence sur l'état nutritionnel et de santé de l'enfant; mais c'est surtout celle de la mère qui est la plus déterminante. L'activité de la mère peut la contraindre à écourter la durée de l'allaitement maternel et à pratiquer le sevrage précoce qui est la cause majeure de la malnutrition à Madagascar. Le problème ici est que dans la commune, les femmes qui travaillent n'ont pas d'autres choix que de confier leurs enfants à «leurs frères cadets» qui souvent très jeunes ne maîtrisent pas encore les pratiques d'hygiène. Autrement, elles les confient à leur mère ou belle-mère, ou alors à une femme de ménage. Cette situation est défavorable quant aux soins apportés aux enfants, notamment concernant son alimentation. Mais l'activité de la femme comme source de revenu complémentaire du ménage renforçant celui du conjoint, peut permettre d'améliorer l'alimentation de l'enfant en quantité et en qualité, ainsi que les autres soins. Cette variable exerce donc une influence positive ou négative sur l'état nutritionnel des jeunes enfants, selon le cas. L'activité du père influence l'état nutritionnel en ce sens qu'elle détermine le revenu du ménage dans sa globalité. C'est donc l'apport financier et matériel qu'elle procure qui définit sa pertinence dans l'étude de la malnutrition des enfants. La qualité et la quantité des aliments à donner aux enfants varient suivant l'activité du père. Selon les Nations Unies, 1985, l'activité du père détermine également l'accès à l'eau potable, aux soins médicaux et à l'amélioration des conditions sanitaires immédiates dans lesquelles les enfants vivent.

VI.2.4. Les facteurs socioculturels

a) L'instruction des parents

Plusieurs études ont porté une attention particulière à l'instruction des parents et particulièrement à celle de la femme. Les femmes instruites sont susceptibles d'exploiter au mieux les informations qui leur sont fournies afin d'améliorer l'hygiène et les soins apportés aux enfants; de faire un meilleur usage des services de santé. C'est également l'instruction qui procure à la femme un emploi bien rémunéré. Généralement, la prévalence de la malnutrition, sous sa forme sévère, est deux fois plus élevée chez les enfants dont la mère est sans instruction que chez ceux dont la mère à niveau secondaire. L'instruction diminue également la résistance à adopter les aspects positifs de la médecine moderne. De plus sans instruction, la femme ne peut pas accéder à certains moyens d'information comme les journaux, les affiches ou les dépliants. Elle peut difficilement cerner les messages et les informations diffusées à la radio et à la télévision.

b) Milieu de socialisation de la mère

Nous supposons que dans ce milieu, la femme intériorise les normes et les valeurs de sa société. La mère est donc sensée adopter des comportements en matière d'alimentation et de soins en fonction de ces normes et valeurs. Les femmes qui grandissent en ville n'ont pas les mêmes comportements que celles qui grandissent aux campagnes ; elles sont pour la plupart instruites, elles sont plus informées sur le plan de la planification, ce qui leur permet de mieux maîtriser leur fécondité. L'éducation dont elles bénéficient en ville leur permet d'être plus autonomes dans leur foyer et de mieux assurer la survie de leurs enfants. Dans le même ordre d'idées, Beninguissé (2001) affirme que le degré d'urbanisation ou encore le degré de socialisation urbaine de la femme, qui n'est rien d'autre que l'intensité de son contact avec la ville, est susceptible de modifier ses comportements en matière de soins, ce en favorisant l'adoption des comportements nouveaux dits modernes et l'abandon relatif des comportements traditionnels. Le milieu rural par contre est l'endroit par excellence des coutumes et des traditions. Ainsi, les femmes qui grandissent en milieu rural sont plus attachées à ces coutumes et traditions. Elles adoptent moins de comportements liés à la modernité. Ce qui fait penser que la malnutrition des enfants ne pourrait agir sous la même ampleur au sein des enfants issus de ces deux groupes de femmes. Ces différentes approches de la malnutrition des enfants sont sous-tendues par une ou plusieurs variables qui favorisent leur expérimentation dans la recherche des facteurs explicatifs de la malnutrition, ceci parfois par le biais des variables intermédiaires. Ces dernières se divisent généralement en deux grands groupes : les variables comportementales de la mère en matière de lutte contre les maladies des enfants et les variables biologiques liées à la fécondité de la mère et à l'enfant.

VI.2.5. Les facteurs liés aux comportements nutritionnels et sanitaires des mères

Les facteurs économiques et socioculturels influencent la malnutrition à travers un certain nombre de comportements ou variables intermédiaires. Au catalogue des indicateurs de ces comportements, nous pouvons retenir: le mode et la durée de l'allaitement; l'âge au sevrage et l'introduction des premiers aliments de compléments; les pratiques de soins préventifs et curatifs; l'accessibilité et l'utilisation des services de santé et l'intervalle génésique.

a) Le mode et la durée de l'allaitement

Les pratiques d'allaitement revêtent une importance particulière dans les déterminants de l'état nutritionnel des enfants. Il existe deux modes d'allaitements: l'allaitement maternel et l'allaitement artificiel ou au biberon. Parce qu'il est stérile et transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires aux enfants, dans les premiers mois d'existence, le lait maternel évite les déficiences nutritionnelles et limite la prévalence de la diarrhée et de bien d'autres maladies. Selon, Akré (1989) ; Cornu et al. (1991), de sa valeur nutritionnelle, ses propriétés anti-infectieuses, ses qualités hygiéniques et ses aspects psychoaffectifs, l'allaitement maternel constitue le régime optimal du jeune enfant. L'OMS et l'UNICEF recommandent que les enfants allaités exclusivement au sein au cours des six premiers mois de leur vie ont moins de risque d'infection que ceux dont les mères pratiquent l'allaitement mixte ou exclusivement au biberon. Dans le même ordre d'idées, Akoto et Hill (1988), postulent qu'un allaitement maternel complet de l'enfant réduit son risque de contamination, augmente sa capacité de résistance aux agressions microbiennes et lui assure un bon état nutritionnel jusque vers six mois. Il ressort de toutes ces études que l'allaitement artificiel exclusif serait néfaste pour le nouveau-né. En fait, l'allaitement au sein permet de réduire les inégalités sur le plan de la santé entre un enfant issu des parents pauvres et celui issu de parents riches. Il est admis que si un enfant issu d'un ménage pauvre est allaité au lait artificiel, il sera exposé au risque de malnutrition. Cette situation s'explique par le fait que compte tenu du coût élevé de ce lait, la pauvreté amène souvent à donner à l'enfant le lait en petite quantité ou trop dilué. A cela, s'ajoute l'influence de l'instruction de la mère qui détermine l'utilisation d'un biberon et le respect strict des prescriptions qui accompagnent le lait artificiel.

b) Les aliments de complément et de sevrage

Les premiers aliments de compléments doivent être introduits à partir de six mois. Ces aliments solides ou semi-solides donnés à l'enfant, en plus du lait maternel, doivent être suffisamment variés et riches en protéines et en sels minéraux. Ces aliments sont par exemple : les œufs, les farines, les fruits, de la viande, les légumes, etc.

Le sevrage est le passage de l'allaitement à une alimentation solide ou semi-solide. Il est dit partiel si les aliments solides sont donnés simultanément avec le lait maternel. Cependant, selon Akoto et Hill (1988), il n'y a pas que le sevrage total qui soit important. Le sevrage partiel l'est déjà également à divers titres. L'aliment nouveau donné à l'enfant et la moindre fréquence des tétées diminuent la protection immunitaire, augmente le risque de contamination et déjà celui de diarrhées et de malnutrition. Grenier (1987) affirme qu'en milieu rural, ce n'est pas le sevrage des

jeunes enfants qui pose problème, mais plutôt la manière avec laquelle les aliments complémentaires sont administrés. En effet, à Madagascar, pour les enfants comme pour les adultes, consiste à manger avec les mains souvent lavées avec négligence (sans savon).

VI.2.6. Les soins préventifs

Les soins préventifs apportés à l'enfant commencent par la nutrition de la mère pendant la grossesse et lors de l'allaitement. Une mère mal nourrie, est exposée aux carences en fer, en vitamines A, etc. Cela peut avoir pour résultat le faible poids de l'enfant à la naissance. Cette insuffisance pondérale à la naissance est un signe de malnutrition. Dans cet ordre d'idées, Ntahomvukiye, 1987 (cité par Miangotar Y ode, 2001) affirme que plus le poids à la naissance est faible, plus il y a des risques que la santé et la survie du nouveau-né soient compromises.

En général dans les pays en voie de développement, les enfants reçoivent en moyenne peu de soins préventifs. Les parents ont souvent recours aux centres de santé, seulement lorsque l'enfant est malade. Or, dans tous les pays africains il existe des Programmes de Protection Nutritionnelle et Sanitaire (PPNS) ou des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), où ont lieu des consultations prénatales et post-natales. Lors des visites, certaines affections peuvent être dépistées et ainsi être traitées avant leur complication. C'est lors de ces visites qu'on peut aussi s'assurer de l'immunité de la future mère et fournir des suppléments alimentaires aux femmes présentant des signes de malnutrition (Dackam, 1990). Parmi les soins préventifs, la vaccination joue aussi un rôle important. Le vaccin permet, en effet à l'enfant de passer de l'immunité passive, hérité de sa mère, à une immunité active. L'inoculation des différents vaccins recommandés par l'OMS, permet à l'enfant de faire face aux maladies infectieuses, notamment durant la période de sevrage. De plus, afin d'apporter une solution aux difficultés financières des pays en développement, dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV), la plupart des vaccins sont gratuits. La vaccination, en réduisant le risque de contracter certaines infections, diminue également le risque de malnutrition. Pour Harouna (1998), le rôle de la vaccination est de lutter, non seulement contre la maladie à travers la stimulation de la production des anticorps, mais aussi de protéger l'enfant contre l'infection en augmentant ses capacités de défense préventive contre les germes.

VI.2.7. L'accessibilité et l'utilisation des services de santé

Dans une grande partie du monde en développement, à Madagascar en particulier, l'utilisation des services de santé souffre des pesanteurs culturelles liées notamment aux interdits et croyances dictées par la tradition. Ces traditions ne constitueraient pas un frein majeur si les contraintes médicales rencontrées dans les services de santé étaient négligeables.

En effet, dans la commune rurale Alasora, l'insuffisance des services sanitaires explique, dans certains cas la faible proportion de la population qui en a accès. Dans le même ordre d'idées, la disponibilité physique des services de santé, la distance qu'il faut parcourir pour y arriver, sans omettre la nature et la qualité des services offerts, accentuent la faible utilisation des services de santé en dans la commune. Par ailleurs, l'insuffisance des services de santé et la distribution géographique très dispersée de la population rends impossible l'accès aux services sanitaires pour une grande majorité de la population. A cette inaccessibilité géographique, s'ajoute l'inaccessibilité financière. Certains chercheurs comme Dumoulin et Kaddar, 1993 (cité par Harouna), pensent que le paiement des soins par les usagers accentue les difficultés d'accès aux services de santé.

VI.2.8. L'intervalle inter-génésique

Plusieurs études ont confirmé l'effet d'un court intervalle entre les naissances sur la morbidité et la malnutrition des enfants. Il existe un épuisement physiologique de la mère pendant la grossesse et l'allaitement. Pour cela, il faut un délai d'au moins trois ans (36 mois) entre deux naissances afin de réduire le risque de morbidité et de malnutrition. Venkatacharya et Teklu (1986) ont soutenu ce même point de vue s'agissant de la mortalité néonatale et post néonatale. Hormis cette composante biologique, l'état nutritionnel précaire des enfants dû à des courts intervalles génésiques, peut s'expliquer par la compétition entre les frères pour les ressources alimentaires souvent disponibles, mais limitées et les soins accordés par les mères à chacun des enfants (Barbieri, 1991).

Chapitre VII : Recommandations du travail social

Décentraliser la couverture sanitaire vers les Fokontany les plus atteintes par la malnutrition en initiant des stratégies sanitaires simples s'attaquant à des priorités connues, mais non reconnues en pratique courante.

Prise de conscience et une collaboration accrues des différents services responsables de la santé des enfants : pédiatrie, maternité, P.M.I., soins de santé primaires, service des grandes endémies, médecine scolaire face à l'ampleur de la malnutrition dans la commune.

Toutes les ménages, doivent, de plus en plus, avoir accès aux services de santé qui conviennent, tant d'un point de vue préventif que curatif. Il leur faut également avoir accès à de l'eau salubre et /ou potable et des services d'hygiène afin de prévenir l'infection et la maladie.

Surveiller la croissance des enfants de moins de 5 ans au moyen de la courbe de poids rapporté à l'âge en faveur des ménages de niveau de vie faible dans les principales les Fokontany touchées par le phénomène.

Conscientiser les mères ayant 25 ans de plus à s'occuper, de plus en plus, des enfants et plus afin de leur permettre un meilleur épanouissement nutritionnel.

Les mères qui n'ont aucune instruction et celles qui ont un niveau d'instruction primaire doivent renforcer leurs connaissances en matière d'éducation nutritionnelle en fréquentant régulièrement les P.M.I.

Les mères issues des Fokontany très éloignée, des campagnes et celles appartenant à d'autres religions doivent améliorer leurs conditions et pratiques nutritionnelles afin d'éviter que leurs enfants s'exposent à la malnutrition.

Améliorer le niveau de vie des femmes à travers la promotion des activités génératrices de revenus, et en intensifiant l'octroi de microcrédits surtout en milieu rural.

Lutter contre la pauvreté des ménages particulièrement en milieu rural afin d'améliorer l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans.

Asseoir des stratégies éducatives pour satisfaire les objectifs d'amélioration de la qualité de vie des populations. La stratégie basée sur l'éducation devra mettre l'accent sur la scolarisation des filles et la lutte contre les déperditions scolaires et les grossesses précoces.

CONCLUSION GENERALE

La malnutrition est un des principaux problèmes de santé et de bien-être affectant les jeunes enfants à Madagascar. Elle résulte tout autant d'une alimentation inadéquate que d'un environnement sanitaire déficient. Une alimentation inadéquate est le résultat d'un manque de nourriture au niveau du ménage ou de pratiques alimentaires inadaptées. Par pratiques alimentaires, on entend non seulement la qualité et la quantité des aliments proposés aux jeunes enfants, mais aussi les étapes de leur introduction. Les mauvaises conditions sanitaires augmentent, chez les jeunes enfants, le risque de contracter des maladies, en particulier les maladies diarrhéiques, qui affectent, à leur tour, l'état nutritionnel de l'enfant. Une alimentation inadéquate et un environnement sanitaire inadéquat sont le reflet des conditions socio-économiques.

Il est nécessaire de rappeler que les enfants sont au centre de toutes les attentions, c'est pourquoi l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a penser que les pratiques alimentaires inadéquates et les maladies diarrhéiques sont des facteurs importants de la malnutrition. Entre 1 an et 4 ans, la malnutrition est la première cause de décès (C. Huber, 1987). L'état nutritionnel résulte de l'histoire nutritionnelle de l'enfant et des maladies ou des infections qu'il contracte au cours de sa vie. Les causes profondes du mauvais état nutritionnel de ces enfants sont connues et spécifiques. Il s'agit, essentiellement, des causes liées à l'environnement qu'on observe surtout dans les quartiers périphériques pauvres, composés d'habitations très modestes, et souvent surpeuplés. C'est là que persistent la malnutrition et les maladies transmissibles dues à l'insalubrité du milieu et à l'ignorance des parents. Les problèmes de ces enfants sont à rapprocher de ceux de leurs familles (pauvreté, hygiène insuffisante et tous les effets secondaires du chômage lié à l'exode rural) (C. Huber, 1987). Par ailleurs, le manque d'iode dans l'organisme peut entraîner un retard dans le développement mental de l'enfant.

En définitive, l'étude nous a permis d'évaluer le niveau de la malnutrition, en se basant sur les disparités selon le milieu d'habitation et selon certaines caractéristiques des enfants et des mères. Mais quelle est l'influence respective des comportements des parents en matière d'alimentation et de santé et des autres facteurs sur l'état nutritionnel des enfants ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrage généraux :

1. **BALANDIER** : « Sens et puissance », Paris, PUF, 1971
2. **BLANCHET (A.)**, *Technique d'enquête en science sociale*, DUNOD, Paris, 1987
3. **BOUDON (R)** : « Les Héritiers », Paris, les éditions de minuit, 1970
4. **DURKHEIM (E)** : « Règles de la méthode sociologique », 13^{ème} édition, Paris, Alcan, 1989, édition original 1895
5. **DURKHEIM (E)** : « Education morale », Paris, PUF, 1922
6. **DURKHEIM (E)** : « Introduction à la sociologie de la famille », Paris, édition de minuit, 1975
7. **DURKHEIM (E)** : « Holisme méthodologique », <http://www.emile-durkheim-holisme-méthodologique-103639.html>
8. **GOFFMAN et GARFINEL** : « Individualisme méthodologique », Edition électronique, 20 Mars 2011
9. **LOUBET, J.J** : « Initiation aux méthodes des sciences sociales », Paris, *Harmattan*, 2000
10. **ROCHER (G)** : « Introduction à la sociologie générale, tome II : « l'organisation social » », Paris, *HMH*, 1968

Ouvrages spécifiques :

11. **AKRE J.**, 1989, L'alimentation infantile: bases physiologiques. Supplément au volume 67 du bulletin de l'OMS, Genève, 112p.
12. **AKOTO ELIWO et HILL ALLAN G.**, 1988, *Morbidité, malnutrition et mortalité des enfants*. In : Population et société en Afrique au sud du Sahara, (sous la direction de) TABUTIN D. l'Hannattan, paris, p.p. 309-334.
13. **AKOTO ELIWO**, (1985), *Mortalité infantile et juvénile en Afrique. Niveaux et caractéristiques. Causes et déterminants*, Louvain-la-Neuve, Ciaso ; 273 p.
14. **BARBIERI M.**, 1991, *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers-monde*, les dossiers du CEPED n°18, Paris, 40 p.
15. **Baudelot&Establet**, 1994, cité par Régnier *et al*, 2006, p. 52
16. **BAUDELLOT C. & R. ESTABLET** (1994), *Maurice Halbwachs, consommation et société*, Paris, Presses universitaires de France.

17. **CANTRELLE P.** (1996) : « *Mortalité et environnement* » in Population et environnement dans les pays du sud. Karthala CEPED, Paris, pp217-228.
18. **ELIAS N.** (1973), *La Civilisation des mœurs*, Paris, Éditions Calmann-Lévy.
19. **GRIGNON C. & C. GRIGNON** (1980), « Styles d'alimentation et goûts populaires », *Revue française de sociologie*, n° 21, pp. 531-569.
20. **Halbwachs**, 1938, cité par Régnier *et al.* 2006, p. 45
21. **HAROUNA**, 1998, *Incidence du comportement des mères en matière des soins préventifs sur la mortalité des enfants au Niger*, Cahier de l'IFORD n°22, 123 p.
22. **NGO NSOA P.**, 2001, *Les différences régionales de la malnutrition infanto-juvénile au Cameroun : recherche des facteurs explicatifs*, Mémoire deDESS en démographie, IFORD, Yaoundé, 94 p.
23. **PALLONI A.**, (1985), « *Santé et lutte contre la mortalité en Amérique Latine* » in VALLIN Jacques et LOPEZ Alan (dir.), *La lutte contre la mort*, Paris, INED-PUF, Travaux et documents, cahier n°108, pp. 447-473.
24. **PIERRU E. & A. SPIRE** (2008), « Le crépuscule des catégories socioprofessionnelles », *Revue française de science politique*, vol. 58, n° 3, pp. 457-481.
25. **REGNIER F.** (2009), « Obésité, goûts et consommation », *Revue française de sociologie*, vol. 50, n° 4, pp. 747-773.
26. **VENKATACHARYAK. & al.** 1986, *Cadre conceptuel pour l'étude de la santé et des soins des enfants*. In: Compte rendu d'atelier (Accra Ghana) du 22 au 26 septembre 1986, problèmes liés à la recherche sur la santé et les soins infantiles, Centre Recherche pour le Développement International, Canada, pp.12-2'7.

Document de travail:

27. **C. HUBER, M.C. HUBER et F. LAUTIER.**, (1987), *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, 80, Paris, pages 674-681.
28. PCD de la Commune rurale Alasora
29. UNICEF., (1998), *La situation des enfants dans le monde*, New York, NY 10017, 141p.

Thèses :

30. **BENINGUISSE G.**, (2001), *Entre tradition et modernisme : fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Louvain-la-Neuve, UCL, Département des sciences de la population et du développement, Institut de démographie, 297p.
31. **DACKAM NGA TCHOU R.**, 1987, *Causes et déterminants de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique tropicale*, thèse de doctorat en démographie, université de Paris I, Panthéon-Sorbonne U .E.R, Paris, 449 p.
32. **RAKOTONDRABE F.P.**, (2004), *Statut de la femme, prise de décision et santé de l'enfant à Madagascar*, Thèse de doctorat, IFORD, Yaoundé, 353p.

Articles et revues :

33. **AKRE J.**, (1989), *L'alimentation infantile : bases physiologiques*, Supplément au Volume 67 du Bulletin de L'OMS, Genève, 112p.
34. **CORNU A.** (1980), « *Etat nutritionnel et croissance au cours des deux premières années de la vie chez les enfants de Yaoundé* » in *Revue Sciences et technique : Dégradation Générale de la recherche scientifique et technique*, vol 1, n° 1, RUC, pp 45-52.

Webographie :

<http://www.unesco.org/education/wef/fr> : mise à jour le 12 Janvier 2010, consulté le 22 Septembre 2018.

<http://www.wordweterday.org/wwday/2001/lgfr/disease/malnutrition.html> : mise à jour le 31 Décembre 2009, consulté 22 Septembre 2018.

<http://www.infosplusgabon.com/article.php3? Id article=188> : mise à jour le 21 Février 2010, consulté le 19 Octobre 2018.

<http://gaboneco.com/show> : mise à jour le 28 Janvier 2010, consulté le 9 Février 2010.

<http://www.tlfq.ulaval.ca/ax1/afrique/Gabon.htm> : mise à jour le 2 Février 2010, consulté le 19 Octobre 2018.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES ABREVIATION ET SIGLES

LISTE DES FIGURES

SCHEMAS ET PHOTOS

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION GENERALE | 1 |
| Généralités | 1 |
| La question de départ..... | 2 |
| Choix du thème et du terrain..... | 2 |
| Motifs du choix du terrain..... | 2 |
| Motifs du choix du thème..... | 2 |
| Méthodologie | 2 |
| Limites de la recherche..... | 3 |
| Annonce du plan..... | 3 |
| PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE LA COMMUNE RURALE ALASORA ET CADRAGE GENERAL DE LA RECHERCHE | 4 |
| Chapitre I : Présentation de la commune rurale Alasora..... | 6 |
| I.1- Historique de la commune..... | 6 |
| I.1.1- Origine du nom..... | 6 |
| I.1.2- Migration | 7 |
| I.1.3- Implantation humaine dans la région..... | 8 |
| I.2- Ressources humaines | 9 |
| I.2.1- Population | 9 |
| I.2.2- Etat civil | 10 |
| I.3- Situation géographique | 10 |
| I.3.1- Localisation | 10 |

| | |
|---|-----------|
| I.3.2- Communes limitrophes | 10 |
| Chapitre II : Cadrage théorico-conceptuels | 15 |
| II.1. Le cadrage théorique | 15 |
| II.1.1. L'approche statistique fondée sur les catégories socio-professionnelles ... | 15 |
| II.2. Le cadrage conceptuel..... | 17 |
| II.2.2. Définition des concepts | 20 |
| Problématique | 21 |
| Objectifs | 22 |
| Hypothèses | 22 |
| Chapitre III : Méthodologie de recherche | 23 |
| III.1. La visite exploratoire | 23 |
| III.1.1. La visite de lieu | 23 |
| III.1.2. L'entretien exploratoire | 23 |
| III.2. La revue documentaire..... | 23 |
| III.3. L'échantillonnage..... | 23 |
| III.3.1. La population cible | 24 |
| III.3.2. La taille de l'échantillon | 24 |
| III.4. La collecte des données | 24 |
| III.4.1. Le questionnaire | 24 |
| III.4.2. Le guide d'entretien | 24 |
| DEUXIEME PARTIE : APPLICATION DES CHOIX THEORIQUES SUR LE TERRAIN | 25 |
| Chapitre IV : Aspect essentiel du problème | 26 |
| IV.1. Quelques indicateurs sociodémographiques de base | 26 |
| IV.2. Les facteurs de la malnutrition des enfants | 28 |
| IV.2.1. L'âge de l'enfant | 28 |

| | |
|---|----|
| IV.2.1.1 La déclaration des dates de naissance des enfants | 28 |
| IV.3. Les aspects nutritionnels | 29 |
| IV.3.1. Approvisionnement en eau | 29 |
| IV.3.2 Les aliments de complément | 31 |
| IV.3.3. Les indice anthropométriques | 31 |
| Chapitre V : Aperçus d'autres aspects du problème | 35 |
| V.1. Au niveau national | 35 |
| V.1.1 La Crise politique | 35 |
| V.1.2. Faible productivité agricole | 35 |
| V.1.3. Chocs climatiques récurrents | 35 |
| V.2. Au niveau de la commune | 36 |
| V.2.1. Santé | 36 |
| V.2.2. Education | 36 |
| Chapitre VI : Vérification des hypothèses | 36 |
| TROISIEME PARTIE : APPROCHE PROSPECTIVE DE LA RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE | 38 |
| Chapitre VI : Cadre d'analyse de l'étude | 39 |
| VI.1. Variable dépendante | 39 |
| VI.1.1. L'âge de l'enfant | 39 |
| VI.1.2. Le sexe de l'enfant | 39 |
| VI.1.3. L'allaitement maternel | 40 |
| VI.1.4. Age au sevrage et aliments de compléments | 40 |
| VI.2. Variables indépendantes | 40 |
| VI.2.1. Les facteurs environnementaux | 40 |
| a) La région de résidence | 40 |
| b) Le milieu de résidence | 41 |
| VI.2.2. Le climat | 42 |
| VI.2.3. Les facteurs socio-économiques | 43 |
| a) Le type d'habitat | 43 |
| b) L'activité économique des parents | 44 |
| VI.2.4. Les facteurs socioculturels | 44 |
| a) L'instruction des parents | 44 |

| | |
|---|----|
| b) Milieu de socialisation de la mère | 45 |
| VI.2.5. Les facteurs liés aux comportements nutritionnels et sanitaires des mères | 45 |
| a) Le mode et la durée de l'allaitement | 45 |
| b) Les aliments de complément et de sevrage | 46 |
| VI.2.6. Les soins préventifs | 47 |
| VI.2.7. L'accessibilité et l'utilisation des services de santé | 47 |
| VI.2.8. L'intervalle inter-génésique | 48 |
| Chapitre VII : Quelques recommandations | 48 |
| COCLUSION GENERALE | 50 |
| BIBLIOGRAPHIE | 51 |
| TABLES DES MATIERES | 54 |
| ANNEXES | |
| RESUME ET CV | |

ANNEXES :

ANNEXE I : Base de données utilisées

Les données utilisées dans cette étude proviennent de l'enquête personnelle, réalisée le juillet 2018, ainsi que du Plan Communale de Développement et des données collectés au sein du personnel du CSB II. Parmi les objectifs assignés à cette enquête, figure la mesure de l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans par la prise des paramètres anthropométriques (poids et taille). Les indicateurs ainsi calculés sont : la taille par rapport à l'âge (taille- pour- âge), le poids par rapport à la taille (poids pour taille) et le poids par rapport à l'âge (poids- pour- âge).

Les données de base de cette étude ont été collectées à partir de trois questionnaires:

- a) Questionnaires destiné aux mères d'enfants de 0 à 5 ans
- b) Questionnaires destiné aux personnels du CSB II
- c) Questionnaires destiné aux responsables administratifs de la Commune rurale Alasora

Ces questionnaires rendent compte des caractéristiques socio-économiques, culturelles et démographiques des femmes, de leurs conjoints et de leurs enfants. En particulier, ils fournissent, pour chaque enfant, les informations relatives à la malnutrition. Les données utilisées dans le cadre de cette étude se rapportent presque tous les questionnaires

ANNEXE II : Questionnaires

- **Questionnaires destiné aux mères d'enfants de 0 à 5 ans dans la Commune rurale Alasora**

I : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. *Anaran'ny loham-pianakaviana*
(Nom et prénom du chef de ménage)
2. *Ny olona mitantana ny ankohonana*
(Sexe du chef de ménage)
 - Masculin
 - Féminin
3. *Sehatra misy ny loham-pianankaviana momban'ny fanambadiana*

(Situation matrimoniale du chef de ménage Marié(e))

- Célibataire
- Veuf (ve)
- Divorcé(e)

4. *Ambaratongan 'ny seham-pianaran 'ny loham-pianakaviana*

(Niveau d'instruction du chef de ménage Aucun)

- Fond.1^{ère} cycle
- Fond.2^{ème} cycle
- Secondaire
- Supérieur
- Alphabétisé

5. *Ny asan 'ny loham-pianakaviana*

(Profession du chef de ménage)

- Agriculteur
- Eleveur
- Exploitation forestière (cueillette/bois-charbon/chasse...)
- Commerçant
- Transporteur
- Salarié Public
- Salarié Privé
- Ménagère
- Elève
- Retraité/Rentier
- Artisan
- Autres
- Petit commerce

6. *Taonan 'ny loham-pianankaviana*

(Age du chef de ménage)

7. *Ny isan 'ny olona ao amin 'ny ankohonany*

(Nombre de personnes dans le ménage)

II : QUESTION

1- *Efa naheno resaka momban'ny tsy fanjarian-tsakafo ve ianao ?*

- ENY
- TSIA

Raha ENY, inona no nahenoanao azy ?

(Avez-vous déjà entendu parler de la malnutrition ?)

- Oui
- Non
- Si oui, quelles sont vos sources d'information ?

2- *Raha araky ny hevitrao, ahoana no ahafantarana fa tratin'ny tsy fanjarian-tsakafo ny ankizy iray ?*

(Selon vous, comment peut-on reconnaître qu'un enfant est malnutri ?)

3- *Misy loza atahorana ve vokatry ny tsy fanjarian-tsakafo ?*

- ENY
- TSIA

Raha ENY, inona ?

(Existent-ils des dangers liés à la malnutrition ?)

- Oui
- Non
- Si oui lesquels ?

4- *Misy sakafo fadiana ho an'ny vehivavy bevohoka sy vehivavy mampinono ve ?*

- ENY
- TSIA

Raha ENY, inona ?

(Existent-ils des aliments interdits aux femmes enceintes ou allaitantes ?)

- Oui
- Non
- Si oui, lesquels ?

5- *Misy sakafo ratsy ho an'ny fitombon'ny zaza ve ny toerana misy anao ?*

- ENY
- TSIA

Raha ENY, inona ?

(Existent-ils des aliments mauvais pour la croissance de l'enfant dans votre localité ?)

- Oui
- Non
- Si oui, lesquels ?

6- *Impiry misakafo ianao mandritry ny andro iray ?*

(Combien de repas prenez-vous par jour dans votre famille ?)

7- *Inona ny sakafo omenao ny zanakao ?*

(Quels aliments donnez-vous à vos enfants ?)

- De la naissance à 6 mois
- De 6 à 12 mois
- De 1 an à 2ans
- De 2 ans à 5 ans

8- *Impiry ampisakafoananao ny zaza 0-5 taona mandritry ny andro iray ?*

(Combien de fois alimentez-vous les enfants âgés de 0 à 5 ans dans la journée ?)

- De la naissance à 6 mois
- De 6 à 12 mois
- De 1 an à 2ans
- De 2 ans à 5 ans

9- *Misy fanampin-tsakafo omenao ny zaza 6 volana – 5 taona ve ?*

(Donnez-vous des repas complémentaires aux enfants âgés de 6 mois à 5 ans ?)

- Oui
- Non
- Si oui, à quelle occasion de la journée ?
- Pendant les repas des adultes
- En dehors des repas des adultes
- Autres

10- *Ahoana ny fomba fampinonoanao ny zanakao ?*

(Quel type de sevrage pratiquez-vous chez vos enfants ?)

- Sevrage brusque
- Sevrage progressif

11- *Marary matetika ve ny zanakao ?*

- *ENY*
- *TSIA*

Raha ENY, inona ilay aretina ?

(Vos enfants sont-ils souvent malades ?)

- Oui
- Non
- Si oui, de quelles maladies ?

12- *Aiza no hitondranao ny zanakao rehefa marary ?*

(Où amenez-vous vos enfants lorsqu'ils sont malades ?)

- Poste de santé
- Guérisseur traditionnel
- Nulle part

13- *Manaraka ny tetiandrom-bakisiny tsara ve ny zanakao ?*

- *ENY*
- *TSIA*

Raha ENY, teneno ny antony

(Vos enfants suivent-ils rigoureusement le calendrier vaccinal ?)

- Oui
- Non
- Si non, donnez vos motifs

14- *Ahoana ny fomba fanarianaon ny fakonareo ?*

(Quels moyens utilisez-vous pour éliminer les ordures ménagères ?)

15- *Ahoana ny fomba fanarianaon ny rano malotonareo ?*

(Quels moyens utilisez-vous pour éliminer les eaux usées ?)

16- *Inona no fatsakan-drano ampiasainao ?*

(Quel type d'approvisionnement en eau avez-vous?)

- Borne fontaine
- Puits
- Eau de la source
- Eau de la rivière
- Branchement particulière
- Autre

17- *Raha araky ny hevitrao, inona avy ireo antony mahatonga ny ankizy 0-5 taona ho tratin'ny tsy fanjarian-tsakafo ?*

(Selon vous, quelles sont les principales causes de la malnutrition chez les enfants de 0 à 5 ans?)

18- *Inona ny soso-kevitra arosoana hisorohana ny tsy fanjarian-tsakafo mahazo ny ankizy 0-5 taona ?*

(Que suggérez-vous pour lutter contre la malnutrition chez les enfants de 0 à 5 ans dans votre localité?)

• **Questionnaires destiné aux personnels du CSB II**

1- *Nahazo fampiofanana momban'ny ady amin'ny tsy fanjarian-tsakafo ve ianao ?*

(Avez-vous reçu une formation dans le cadre de la lutte contre la malnutrition ?)

- Oui
- Non
- Si oui quels ont été les thèmes abordés durant cette formation ?
- Si oui, à quand remonte la formation ?
- Si oui, quelle a été la durée de la formation ?

2- *Inona no paikady hoentinareo hiadiana amin'ny tsy fanjarian-tsakafo ?*

(Quelles activités menez-vous dans le cadre de la lutte contre la malnutrition chez les enfants de 0 à 5 ans ?)

3- *Manao fanaraha-maso akaiky ny paikady ihany koa ve ?*

(Etes-vous régulièrement supervisés dans le cadre de l'exécution de vos activités de lutte contre la malnutrition?)

- Oui
- Non
- Si oui par qui ?
- Si oui, quelle est la périodicité des activités de supervision ?

4- *Misy vakisiny hiadiana amin'ny tsy fanjarian-tsakafo eto amin'ny kaominina ?*

(Effectuez-vous des activités de dépistage de la malnutrition au niveau communautaire chez les enfants de 0 à 5 ans ?)

- Oui
- Non
- Si oui, comment procédez-vous pour faire le recrutement des enfants malnutris ?

5- *Manana fotoana ahafahana mandray an-tanana ny ankizy tratin'ny tsy fanjarian-tsakafo ve ianareo?*

- ENY
- TSIA

Raha ENY, ahoana ny fomba fandraisanareo ny ankizy ?

Raha TSIA, satria maninona ?

(Avez-vous des possibilités pour prendre en charge les enfants malnutris ?)

- Oui
- Non
- Si oui quels types d'intervention menez-vous dans ce cadre ?
- Si non pourquoi ?

6- *Manao paikady fanentanana momban'ny tsy fanjarian-tsakafo ve ianreo ?*

- ENY
- TSIA

Raha ENY, isaky ny inona no fotoana hanaovana ny fanentanana ?

(Effectuez-vous des activités de sensibilisation dans le cadre de la lutte contre la malnutrition?)

- Oui
- Non
-

- Si oui, quelle est la périodicité des activités de sensibilisation ?
 - 1 fois par semaine
 - 1 fois par 15 jours
 - 2 fois par mois
 - 1 fois par 2 mois
 - 1 fois par 3 mois
 - Autres à préciser
- Si oui, quelles sont les principales techniques de communication utilisées lors de ces activités de sensibilisation ?

Raha ENY, inona avy ireo fomba ampiasaina ho fanatanterahana ny fanentanana ?

- Causerie
- Mobilisation sociale
- VAD
- Entretiens individuels
- Autres à préciser
- Si oui, quels sont les thèmes abordés lors de ces séances de sensibilisation ?

Raha ENY, inona avy ireo zavatra velabelarana mandritrin'ny fanentanana ?

7- Inona avy ireo olana mateti-pitranga rehefa manatanteraka ny paikady ianareo ?

- ENY
- TSIA

Raha ENY, inona avy ?

(Rencontrez-vous des difficultés dans le cadre de l'exécution des activités de lutte contre la malnutrition ?)

- Oui
- Non
- Si oui lesquelles ?

8- Raha araky ny hevitrao, inona no fanazavana azo omena momban'ny tahan'ny tsy fanjarian-tsakafo ho an'ny ankizy 0-5 taona ?

(Selon vous qu'est-ce qui explique la fréquence de la malnutrition chez les enfants de 0 à 5 ans dans la commune rurale Alasora?)

9- *Inona ny soson-kevitra arosona hampidinana ny tahan'ny tsy fanjarian-tsakafo eto amin'ny kaominina ?*

(Que suggérez-vous pour diminuer la fréquence de la malnutrition dans la commune rurale Alasora?)

• **Questionnaires destiné aux responsables administratifs de la Commune rurale Alasora**

1- *Inona avy ireo sakafo vokatra eto antoerana ?*

(Quelles sont les disponibilités alimentaires dans la commune rurale Alasora ?)

2- *Raha araky ny hevitrao, mahaenika ny filàn'ny mponina eto ve ny vokatra miakatra ?*

(Selon vous, les disponibilités sont-elles en mesure de couvrir les besoins alimentaires de la zone ?)

- Oui
- Non

- Justifiez votre réponse

3- *Mamolavola paikady hoentina iadiana amin'ny tsy fahampiana ara-tsakafo ve ianareo ?*

- ENY
- TSIA

Raha ENY, inona avy ?

(Développez-vous des stratégies pour lutter contre l'insécurité alimentaire dans la commune?)

- Oui
- Non

- Si oui lesquelles ?

4- *Raha araky ny hevitrao, inona no fanazavana azo omena momban'ny tahan'ny tsy fanjarian-tsakafo ho an'ny ankizy 0-5 taona ?*

(Selon vous qu'est ce qui peut expliquer la fréquence de la malnutrition chez les enfants de 0 à 5 ans dans la commune?)

5- *Inona ny soson-kevitra arosona hiadiana amin'ny tsy fanjarian-tsakafo eto amin'ny kaominina ?*

(Que suggérez-vous pour lutter contre la malnutrition chez les enfants de 0 à 5 ans dans la commune rurale Alasora?)