Journal de Recherche Multidisciplinaire
ISSN : 3088-5205
https://jorep.net

JOREP Journal de recherche multidisciplinaire

Volume : 1
Numéro : 9
Année : 2029
Mois : Mai

Appréciation de La situation nutritionnelle des enfants âgés de 6 A 59 mois en situation de crise : cas des populations déplacées internes de Nagreongo, Burkina Faso

Sara Jonan BASSONO/ZAGRE

Le département de Nutrition et Sante à l'Institut International des sciences et Technologies (I.I S.T), Burkina Faso

RESUME

Le Burkina connait depuis ces trois dernières années, une dégradation continue de la situation sécuritaire surtout dans les régions du Sahel, du Nord, du Centre Nord et de l'Est due à la menace terroriste. Cette situation entraine des déplacements massifs de populations vers des sites d'accueil ou des familles d'accueil. Le constat qui semble se dégager est une détérioration de la situation nutritionnelle des couches vulnérables que sont les femmes et les enfants. C'est dans ce cadre que cette étude a été réalisée afin d'évaluer la situation nutritionnelle des enfants de 6 à 59 mois. Cette étude a couvert le site d'accueil de NAGREONGO dans la province de l'Oubritenga. L'enquête s'est déroulée sur 1mois ; un échantillonnage aléatoire simple a été utilisé et 70 ménages et 108 enfants est la taille d'échantillon obtenue. La population ciblée était les personnes déplacées internes vivant sur le site de NAGREONGO. Un questionnaire a été utilisé afin de recueillir des informations sociodémographiques sur les foyers, la situation nutritionnelle, les pratiques d'allaitement et alimentaires, les soins en direction des femmes, l'environnement psychosocial et l'hygiène de la maison. Pour ce qui est des résultats obtenus, l'analyse des prévalences de la MAG chez les enfants de 6 à 59 mois pour cette zone concernée a révélé que la situation est sérieuse avec des niveaux avoisinant le seuil d'alerte de 10%. Les conditions de vie actuelle sont très difficiles pour les populations déplacées : environnement dégradé (renforcé durant la saison des pluies), difficulté d'accès aux services de base, insécurité.

Mots clés : malnutrition ; Enfants de 6 à 59 mois ; Déplacés internes ; Crise humanitaire ; agréongo (Burkina Faso).

Soumis le : 07 Mai, 2025
Publié le : 03 mai, 2026
Auteur correspondant : Sara Jonan BASSONO/ZAGRE
Adresse électronique : sarajonanzagre@gmail.com
Ce travail est disponible sous la licence
Creative Commons Attribution 4.0 International.

1.INTRODUCTION

1.1 Contexte

Les grandes pathologies nutritionnelles les plus fréquemment rencontrées dans les Pays en Développement (PED) identifiées par l'OMS en 1985 étaient la malnutrition dite Malnutrition Protéino-Energétique (MPE), le goitre endémique, la xérophtalmie et les anémies d'origine

nutritionnelle (Lemonnier et al., 1986). Le Groupe d'Étude et de Recherche sur la Malnutrition (GERM) a annoncé en 1985 que ces quatre (04) entités morbides risquent bien de rester pour les décennies à venir les pathologies nutritionnelles majeures au niveau de la planète (Lemonnier et al., 1985). Aujourd'hui, de par le monde, le niveau de sous-nutrition infantile et maternelle demeure inacceptable (UNICEF, 2009). Dans le monde en développement, 90% des enfants souffrant de malnutrition chronique (retard de croissance) vivent en Afrique et en Asie (UNICEF, 2009). Chaque minute, environ 10 enfants malnutris meurent, soit près de 5 millions chaque année (Sondé, 2009). En Afrique, plus de 30% des décès chez les enfants de moins de 5 ans sont imputables à la malnutrition (Sondé, 2009). Dans le bilan numéro quatre de la malnutrition en 2006, de l'UNICEF, le Burkina Faso, le Cameroun, le Niger, la République Centrafricaine et la Sierra Leone ont été présentés comme les pays qui n'ont pas progressé ou qui ont régressé par rapport aux années 1990. Le Burkina Faso et le Niger avaient les taux d'insuffisance pondérale les plus élevés d'Afrique de l'Ouest et Centrale (UNICEF, 2006) et, de ce fait, doivent redoubler d'effort en vue de progresser vers la cible de l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD).

1 .2 Problématique

Le Burkina Faso est frappé depuis 2015 par des attaques armées qui ont touché plusieurs localités du pays. A la date du 31 août 2021, le pays enregistre 1 423 378 personnes déplacées internes (PDI) présentes dans les 13 régions que compte le pays mais principalement dans les régions de la Boucle du Mouhoun, du Centre-Nord, de l'Est, du Nord et du Sahel. Depuis le 15 Janvier 2015, le pays a subi une succession de crises sécuritaires qui ont aggravé sa situation structurelle déjà fragile entrainant ainsi d'importantes répercussions sur la vie socio-économique du pays. La population est très troublée, ce qui provoque une tension sur les terres disponibles et pousse les populations à s'installer dans des zones à moindre risque. Ces diverses crises menacent grandement la sécurité alimentaire. La situation est inquiétante en milieu rural, notamment à cause du manque de services de base (santé, éducation, eau et assainissement…) et de l'enclavement fort. De ce fait, on observe une croissance de la prévalence de la malnutrition aigüe globale MAG chez les enfants avec diverses causes pour origine.

1.3 Question générale

Quelle est la situation nutritionnelle des enfants âgés de 6 à 59 mois vivant parmi les populations déplacées internes à Nagréongo et quels sont les facteurs qui l'influencent. ?

1.4 Objectif général

Identifier les principales causes de malnutrition liées aux pratiques de soins infantiles (soins des femmes, alimentation du nourrisson et du jeune enfant, soins de santé, soins psychosociaux, hygiène, pratiques alimentaires) dans la commune de Nagréongo.

1.5 Hypothèse générale

La situation nutritionnelle des enfants de 6 à 59 mois déplacés internes à Nagréongo est préoccupante et influencée par des facteurs multiples tels que les conditions de vie précaires, l'insécurité alimentaire et un accès limité aux services de santé et de nutrition.

2)REVUE DE LA LITTERATURE

2.1 Définition

2.1.1 Malnutrition

La malnutrition peut être appréhendée selon l'UNICEF, comme une perturbation de l'équilibre alimentaire néfaste pour l'organisme. L'équilibre alimentaire peut être atteint lorsque l'apport énergétique total est fourni à l'organisme à raison de 15% par les protéines, 30-35% par les lipides et 50-55% par les glucides (Bengaly, 2010). La perturbation de l'équilibre alimentaire peut être liée à des apports excédentaires ou insuffisants. Les apports excédentaires conduisent à la surnutrition et/ou obésité dont les conséquences sont le diabète et les troubles cardio-vasculaires. Les apports insuffisants conduisent aux carences et/ou dénutrition (Bengaly, 2010). Selon l'OMS la malnutrition est un état pathologique résultant de l'insuffisance ou des excès relatifs ou absolus d'un ou de plusieurs nutriments essentiels, que cet état se manifeste cliniquement, où qu'il ne soit décelable que par les analyses biologiques, anthropométriques ou physiologiques. Cette définition exclut les troubles nutritionnels liés à des erreurs de métabolisme ou à une malabsorption. On distingue plusieurs types de malnutritions qui sont : la malnutrition aiguë, la malnutrition chronique, l'insuffisance pondérale, les carences en micronutriment, le surpoids et obésité.

2.1.2 Malnutrition aiguë

La malnutrition aiguée se mesure par l'indice poids pour taille (P/T) qui reflète une perte ou un gain de poids récent (émaciation). Elle est due à un manque d'apport alimentaire entraînant des pertes récentes et rapides de poids avec un amaigrissement extrême. Elle reflète la situation

nutritionnelle actuelle, consécutive à une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation. Elle peut aussi être le résultat de maladies aiguës provoquant une perte de poids (diarrhée sévère, rougeole, anorexie). Un enfant souffrant de cette forme de malnutrition est maigre ou émacié (Koné et al., 2015).

2.1.3 Malnutrition chronique

La malnutrition chronique se mesure par l'indice taille pour âge (T/A) qui reflète la croissance linéaire (retard de croissance ou rabougrissement). Elle est caractérisée par des enfants rabougris (trop petit pour leur âge). Elle est causée par un déficit chronique in utero ou des infections multiples. Elle apparaît au-delà de 24 mois et elle est irréversible. Elle est donc un problème structurel (Koné et al., 2015).

2.1.4. Insuffisance pondérale

L'insuffisance pondérale se mesure par l'indice poids pour âge (P/A) qui est un indice composite (émaciation et retard de croissance). Elle est caractérisée par un faible poids chez l'enfant par rapport à son âge et est utilisée en consultation pour le suivi individuel de l'enfant (Koné et al., 2015).

2.1.5. Surpoids et obésité

D'après l'OMS, le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé. L'indice de masse corporelle (IMC) est un moyen simple de mesurer l'obésité dans la population : il correspond au poids de la personne (en kilogramme) divisé par le carré de sa taille (en mètre). Une personne ayant un IMC de 30 ou plus est généralement considérée comme obèse. Une personne dont l'IMC est supérieur ou égal à 25 est considérée comme étant en surpoids.

2.1.6. Carences en micronutriments

On peut regrouper l'insuffisance des apports en vitamines et minéraux en micronutriment. Les micronutriments permettent au corps de produire des enzymes, les hormones et d'autres substances essentielles à une bonne croissance et un bon développement. L'iode, la vitamine A et le Fer sont

les plus imts pour la santé publique à l'échelle mondiale. Les carences à ces micronutriments représentent une menace majeure pour la santé et le développement des populations du monde entier, en particulier pour les enfants et les femmes enceintes dans les pays à revenu faible (OMS, 2020).

2.2 classification de la malnutrition

La malnutrition aiguë est déterminée en fonction du rapport P/T (Poids-Taille), du périmètre brachial et de la présence des œdèmes bilatéraux. Le tableau ci-dessous indique les critères de différenciation des deux formes de la malnutrition aiguë (DN, 2010).

Tableau I: Classification de la malnutrition aiguë

Type de malnutrition aiguë	Z-score (Normes OMS 2006)	Œdèmes bilatéraux
Globale	< -2 z-score	Oui/Non
Modérée	< -2 z-score à ≥ -3 z-score	Non
Sévère	< -3 z-score	Oui/Non

Source : *Action hambre*

2.3 causes de la malnutrition

Il est important de comprendre les causes de la malnutrition pour apprécier l'ampleur et la profondeur du problème, les progrès déjà accomplis et les possibilités de progrès futurs (UNICEF., 1998).

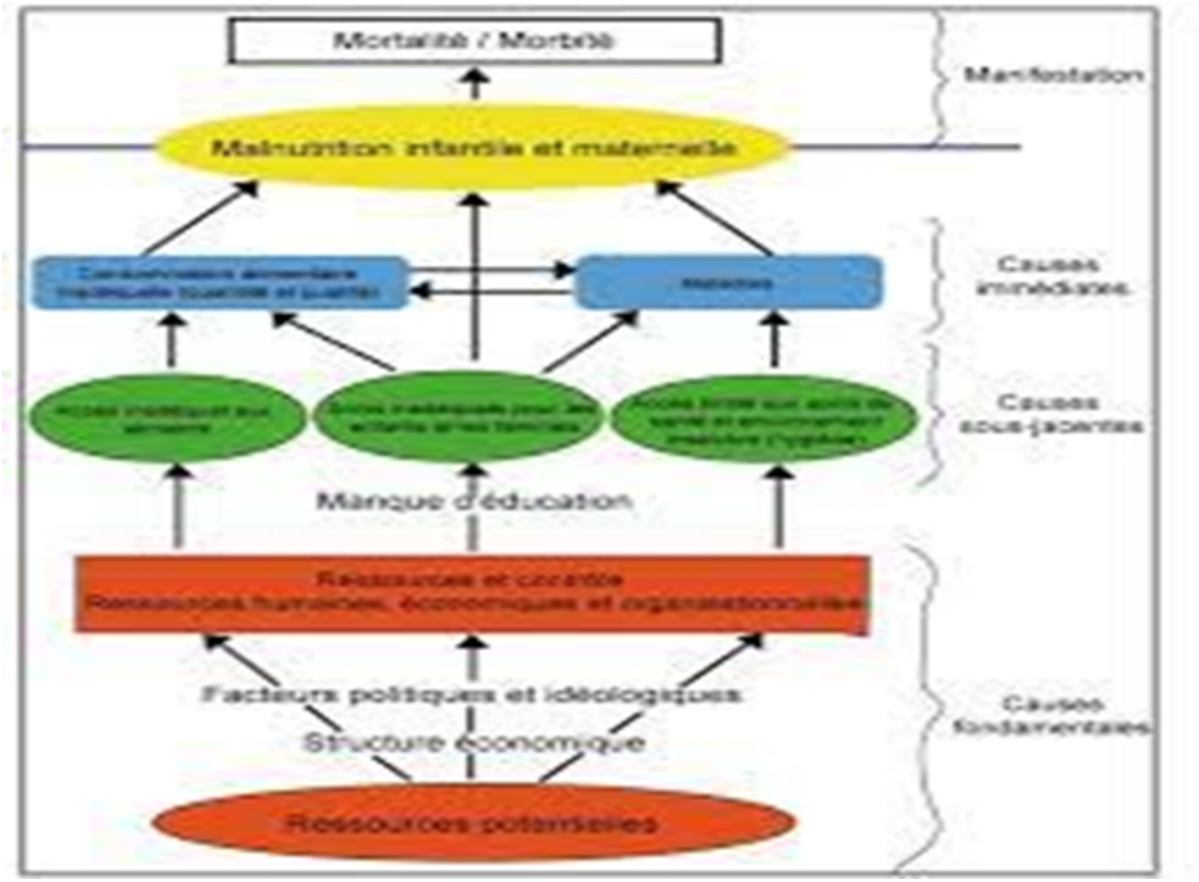


Figure I: Causes de la malnutrition (UNICEF ;2011)

2.4. Conséquences de la malnutrition

La malnutrition paralyse les enfants, les rend plus vulnérables aux maladies, affaiblit leur intellect, diminue leurs motivations et sape leur productivité. Elle est à l'origine des décès, provoque de grandes souffrances physiques et psychologiques, est la conséquence des retards de croissance et diminue leur espérance de vie une fois adultes. Chaque année, la malnutrition est à l'origine de la moitié des décès des enfants de moins de 5 ans (UNICEF., 2008).

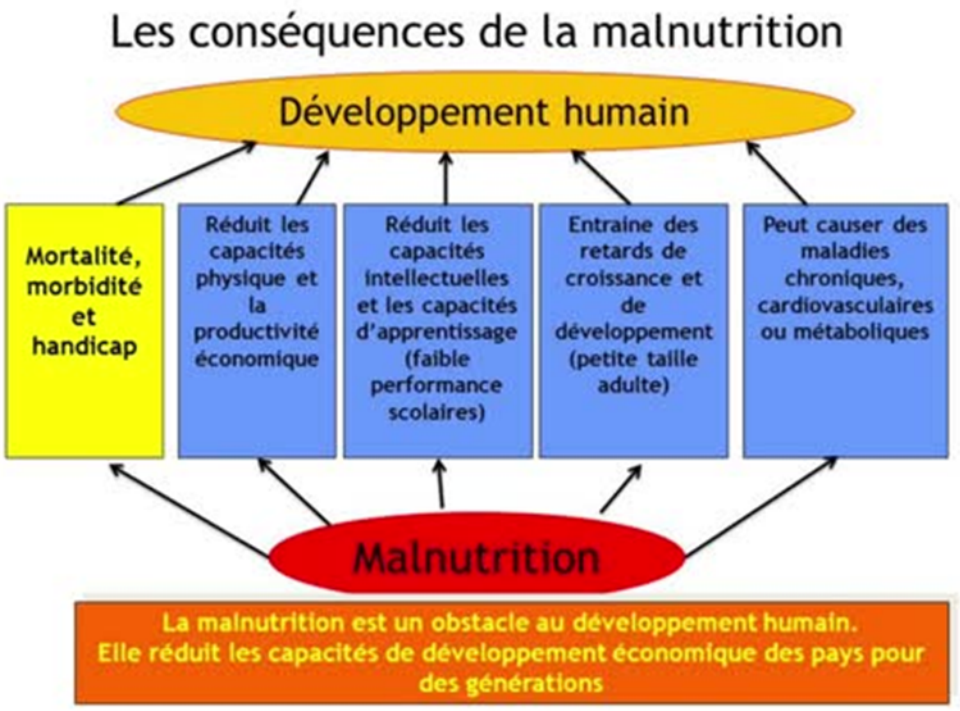


Figure II : Conséquences de la malnutrition

3)METHODOLOGIE DE RECHERCHE

3.1 Cadre de l'étude

Nagréongo est un département et une commune du Burkina Faso situé dans la province Oubritenga et dans la région Plateau-Central. En 2006, sa population comptait 23 318 habitants. Plusieurs villages de cette commune située à 45km de Ouagadougou accueillent des populations fuyant les violences au Sahel et au nord du Burkina. Ces personnes qui ont presque tout laissé derrière elles, vivent dans des conditions difficiles. Ces flux de populations ne sont donc pas sans conséquences sur les conditions de vie et précisément la situation nutritionnelle des couches les plus vulnérables qui sont les femmes enceintes et allaitantes ainsi que les enfants de moins de 5 ans. La carte ci-dessous indique en rouge les zones d'enquête.

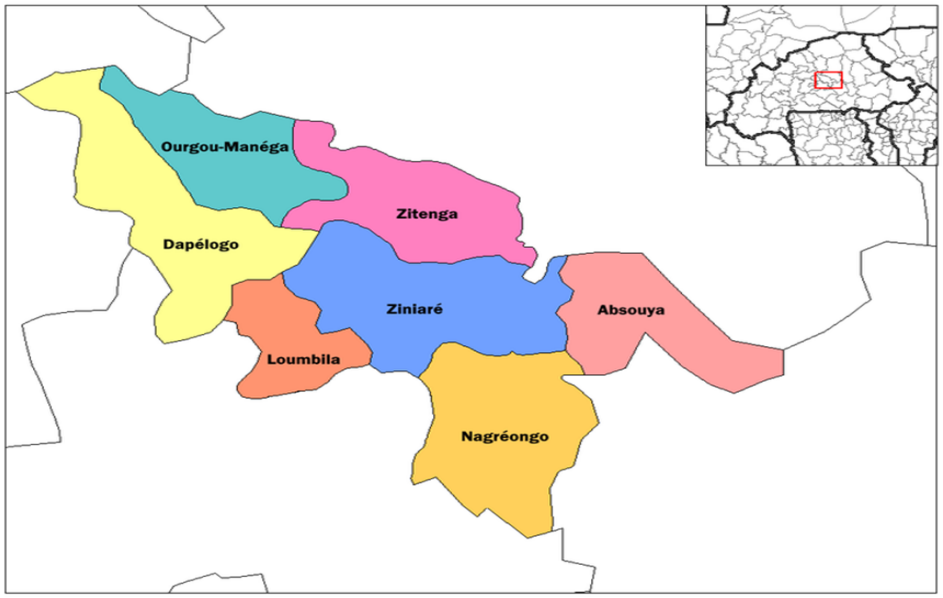


Figure V : Carte des départements de la province de l'Oubritenga

3.2 Type et période d'étude

C'est une étude transversale qui s'est déroulée du 02 Novembre au 05 Décembre 2021.

3.3 Population d'étude

Les cibles concernées par l'évaluation sont :

- ✓ Les ménages ;
- ✓ Les enfants de 6 à 59 mois

3.4 Critère de sélection

Il y a eu trois (3) manières de sélection des ménages :

- Les ménages sélectionnés pour l'évaluation par questionnaire l'ont été selon la méthode aléatoire suivante :
- Se rendre au centre du camp
- Faire tourner un crayon sur le sol
- Marcher dans la direction que le crayon indique jusqu'à arriver à une extrémité du camp
- Refaire tourner le stylo sur le sol
- Marcher dans la direction que le stylo indique et compter le nombre d'abris jusqu'à parvenir à une nouvelle extrémité du camp.
- On administre le questionnaire à la femme du foyer où l'on s'est arrêté.

3.5 Méthodes et outils de recherche

- Un questionnaire a été administré à 70 ménages via la femme du foyer présente au moment de l'enquête.
- Le périmètre brachial des enfants de 6 mois à 5 ans présent dans le foyer sondé a été mesuré à l'aide de la bandelette de Shakir afin d'évaluer la malnutrition infantile sur la zone de l'enquête.
- Trois groupes de discussions de 30 femmes ont été organisés auprès des communautés de la zone d'intervention.

3.6 Variables de l'étude

Le périmètre brachial ou le tour de bras : permettant de diagnostiquer la malnutrition aiguë, la circonférence du bras mesurée entre l'épaule et le coude, au milieu du biceps brachial.

3.7 Traitement de données

Les logiciels IBM SPSS Statistics 23 et Microsoft Excel 2016 pour le traitement et l'analyse des données récoltées.

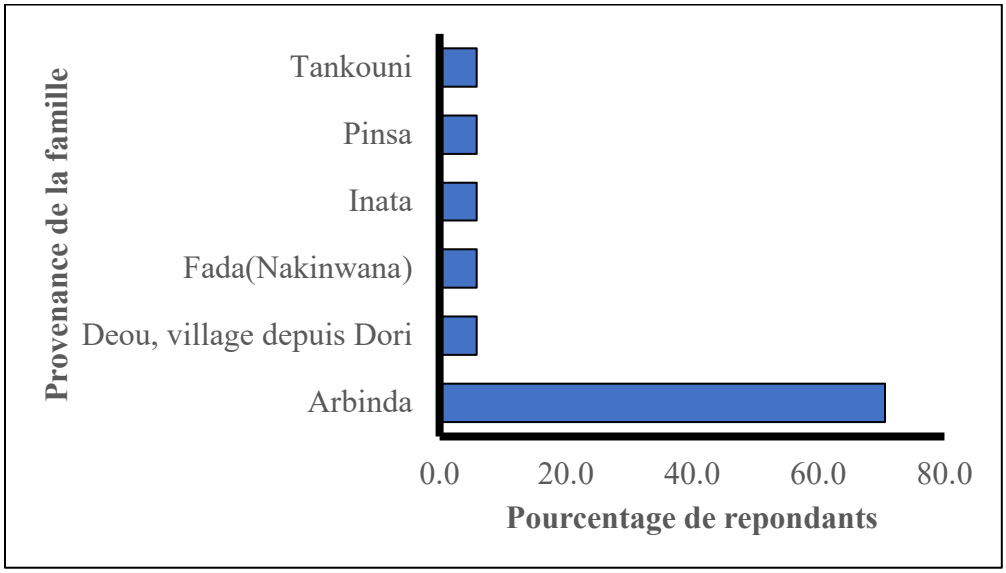
3.8 Considérations éthiques

Une autorisation de collecte des données a été obtenue auprès du Ministère de la femme de la famille de l'action sociale et de l'action humanitaire, de même que le consentement éclairé des parents. L'anonymat des fiches de questionnaires a été respecté.

4) RESULTATS

4.1 Conditions sociodémographiques des familles

4.1.1 Provenance des familles

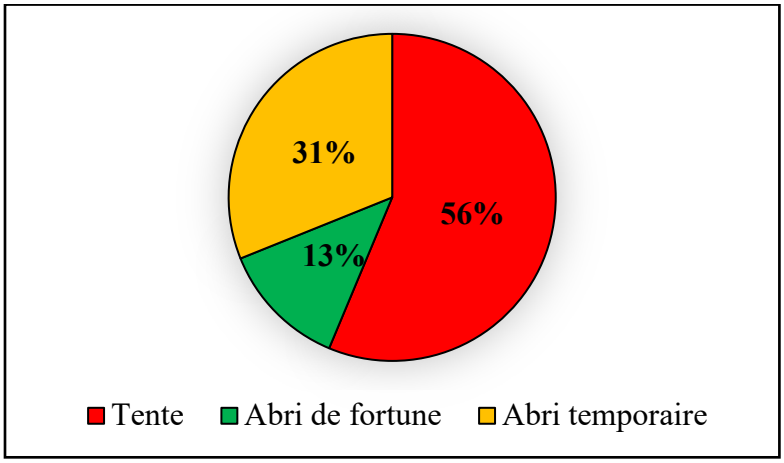


Le graphique sur la provenance des familles met en évidence des disparités notables selon les localités d'origine. Les familles originaires d'Arbinda représentent la majorité de l'échantillon avec une proportion significative d'enfants bien nourris (58,3 %), malgré une proportion notable d'enfants malnutris (41,7 %). En revanche, toutes les familles provenant de Deou, Fada et Tankouni présentent un taux de malnutrition aiguë de 100 %, ce qui est particulièrement préoccupant.

Cette situation peut s'expliquer par plusieurs facteurs structurels liés à ces zones : insécurité, accès limité aux services de santé et de nutrition, et conditions de vie plus précaires. Par exemple, des localités comme Deou et Fada sont souvent touchées par l'insécurité ou les déplacements forcés, ce qui détériore les systèmes de soutien alimentaire et sanitaire. L'absence d'enfants bien nourris dans ces régions indique une urgence d'intervention ciblée.

Ces résultats soulignent l'importance de prendre en compte les disparités géographiques dans l'élaboration des politiques nutritionnelles. Les interventions devraient être territorialement différenciées en fonction du degré de vulnérabilité des localités, en ciblant prioritairement les zones les plus à risque comme Deou et Fada.

4.2 Type d'abris

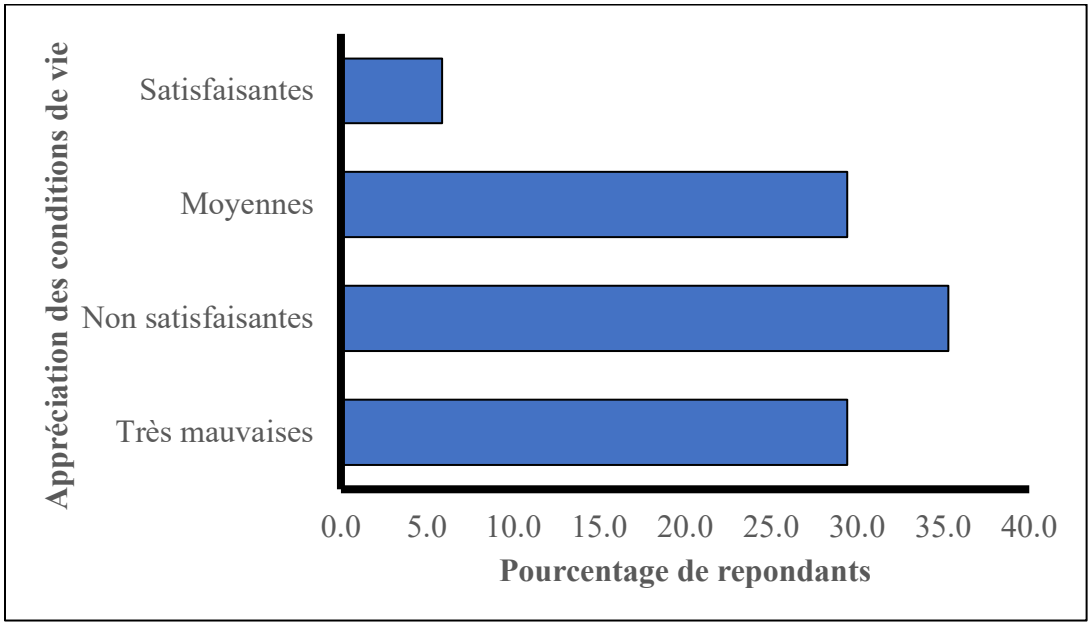


Le graphique sur le type d'abris révèle une forte corrélation entre la qualité du logement et l'état nutritionnel des enfants. Aucun enfant malnutri n'est recensé dans les familles vivant dans des abris permanents, tandis que 100 % des enfants vivant dans des abris de fortune sont malnutris. Les taux restent également préoccupants dans les abris temporaires (40 % de malnutrition) et les tentes (44,4 %).

Cela montre que l'insécurité résidentielle est un facteur déterminant de la malnutrition. Les abris précaires reflètent souvent des contextes de déplacement, de pauvreté extrême ou d'exclusion sociale. Le manque d'infrastructure stable compromet l'accès à une alimentation adéquate, à l'hygiène et aux soins, tous essentiels au bon développement de l'enfant.

Ces constats plaident pour des programmes d'amélioration de l'habitat dans les zones vulnérables. La stabilisation des conditions de logement pourrait réduire les risques sanitaires et permettre une meilleure prise en charge nutritionnelle des enfants. Cela montre que la lutte contre la malnutrition ne peut être dissociée de l'amélioration des conditions de vie matérielles.

4.3 Appréciation des conditions de vie



Même si les données exactes de ce graphique ne sont pas fournies, on peut interpréter cette variable en lien avec les perceptions subjectives des familles sur leur quotidien. Généralement, une appréciation négative des conditions de vie (due à l'insécurité, au manque de revenu, au mauvais accès aux services de base) est souvent corrélée à une forte prévalence de la malnutrition chez les enfants.

Ce lien peut s'expliquer par un cumul de facteurs défavorables : stress parental, faible résilience face aux chocs économiques, insalubrité, et priorisation des besoins de survie immédiats au détriment de l'alimentation équilibrée. Lorsqu'une famille considère ses conditions de vie comme mauvaises, cela reflète souvent une réalité objective de privation et d'exclusion.

Il est donc essentiel d'intégrer les perceptions locales dans les stratégies d'intervention. L'amélioration du bien-être des ménages – à travers un meilleur accès aux services sociaux, à l'emploi, et à un logement décent – aura un effet positif indirect mais réel sur la nutrition des enfants.

4.4 Connaissance des mères sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Le tableau ci-dessous donne les variables sur la connaissance des mères sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Tableau I: Connaissance des mères sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Variable	Modalité	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Nourriture qu'un nouveau-né doit recevoir	Uniquement le lait maternel	112	94,1
	Autre nourriture	7	5,9
	Ne sait pas	0	0
Signification d'allaitement maternel exclusif	Donner uniquement du lait maternel et pas d'autres liquides ou nourritures	63	52,9
	Autres	14	11,8
	Ne sait pas	42	35,3
Période d'allaitement exclusif	De la naissance à 5 mois	63	52,9
	Autres	35	29,9
	Ne sait pas	21	17,7
Pourquoi le lait maternel à lui seul suffit pour nourrir le bébé jusqu'à 6 mois	Parce que le lait maternel contient tous les liquides et les nutriments dont le bébé a besoin jusqu'à ses 6 premiers mois	14	11,8
	Autres	35	29,4
	Ne sait pas	70	58,9
Pourquoi pensez-vous que le lait maternel est le seul aliment recommandé pour un enfant de moins de 6 mois	Parce que le bébé ne peut pas digérer les autres aliments avant ses 6 premiers mois	21	17,6
	Autres	0	0
	Ne sait pas	98	85,5

Nombre de fois qu'un bébé de moins de 6 mois doit être allaité	A la demande quand l'enfant le réclame	77	84,61
	Au moins 12 fois	21	15,38
	Autres	0	
Le nouveau-né doit être mis au sein avant la 1ère heure qui suit l'accouchement	Vrai	14	20
	Faux	7	10
	Ne sait pas	49	70

- **Connaissances de base sur l'allaitement maternel**

La majorité des mères interrogées (94,1 %) savent que le lait maternel est l'unique nourriture adaptée au nouveau-né, ce qui est un point positif. Toutefois, cette connaissance générale ne se traduit pas forcément par une compréhension approfondie des bonnes pratiques. Par exemple, seulement 52,9 % savent définir correctement l'allaitement maternel exclusif, et un tiers des mères ne connaissent pas la définition. Cette confusion peut limiter la mise en œuvre rigoureuse de l'allaitement exclusif, qui est pourtant essentiel pour la prévention de la malnutrition infantile.

- **Faibles connaissances sur les raisons biologiques et pratiques recommandées**

Les résultats révèlent un déficit important de connaissances sur les justifications scientifiques et pratiques entourant l'allaitement. Seuls 11,8 % des mères savent que le lait maternel contient tous les nutriments nécessaires au nourrisson jusqu'à 6 mois, et à peine 17,6 % comprennent qu'un enfant ne peut digérer d'autres aliments avant cet âge. De plus, 85,5 % des mères ne savent pas pourquoi le lait maternel est recommandé comme aliment exclusif. Cette méconnaissance pourrait contribuer à une introduction précoce d'aliments inappropriés, augmentant ainsi les risques d'infections et de malnutrition.

- **Connaissances pratiques partiellement acquises mais encore incomplètes**

Sur le plan pratique, les mères semblent mieux informées concernant la fréquence d'allaitement : 84,6 % savent qu'un bébé doit être nourri à la demande. Toutefois, une grande majorité (70 %) ignore l'importance de mettre le bébé au sein dans l'heure suivant l'accouchement, une pratique recommandée par l'OMS pour favoriser la montée de lait et renforcer l'immunité du nouveau-né. En somme, bien que certaines notions soient acquises, les résultats suggèrent un besoin urgent de renforcer l'éducation nutritionnelle des mères pour améliorer les pratiques d'alimentation infantile.

4.5 Facteurs associes à la malnutrition aiguë chez les enfants de 6 à 59 mois

Le tableau ci-dessous, il est question des facteurs associes à la malnutrition aiguë chez les enfants de 6 à 59 mois.

Tableau II: Facteurs associés à la malnutrition

Variable	Modalité	Enfant malnutri aigu n (%)	Enfant normal n (%)	P_Value
Score Diversité alimentaire	< 4	42 (46,2)	49 (53,8)	0,721
	≥ 4	14 (50)	14 (50)	
Niveau d'éducation de la mère	Aucune étude	28 (44,4)	55 (55,6)	0,000
	Coranique	7 (100)	0 (0,0)	
	Primaire	21 (60)	14 (40)	
	Secondaire	0 (0,0)	14 (100)	
Situation Matrimoniale	Mariée	35(35,7)	63(64,3)	
	Divorcée	7 (100)	0 (0,0)	0,000
	Veuve	7 (100)	0 (0,0)	
	Célibataire	7 (100)	0 (0,0)	
Activité Principale	Petit commerce	21(60)	14(40)	0,013
	Employée	0(0,0)	7(100)	
	Femme au foyer	35(45,5)	42(54,5)	
Lieu d'origine de la famille	Arbinda	35(41,7)	49(58,3)	0,000
	Deou	7 (100)	0 (0,0)	
	Fada	7 (100)	0 (0,0)	
	Inata	0 (0,0)	7 (100)	
	Pinsa	0 (0,0)	7 (100)	
	Tankouni	7 (100)	0 (0,0)	
Reloger dans votre lieu d'origine	Non	21(75)	7(25)	0,001
	Oui	35(38,5)	56(61,5)	

Source de revenus de la famille	Femme	21(100)	0(0,0)	0,000
	Homme	35(35,7)	63(64,3)	
Conditions de vie actuelle	Abri permanent	0(0,0)	7(100)	0,000
	Abri de fortune	14(100)	0(0,0)	
	Abri temporaire	14(40)	21(60)	
	Tente	28(44,4)	35(55,6)	

Les résultats montrent que certains facteurs sociodémographiques, notamment le niveau d'éducation de la mère, la situation matrimoniale et l'origine géographique, sont fortement associés à la malnutrition aiguë. Les enfants dont les mères n'ont aucune instruction ou seulement une instruction coranique présentent des taux de malnutrition élevés (jusqu'à 100 % pour les mères ayant suivi uniquement l'école coranique), tandis qu'aucun cas de malnutrition n'est observé chez les enfants de mères ayant un niveau secondaire. De même, les enfants de mères divorcées, veuves ou célibataires présentent tous un taux de malnutrition de 100 %, contre seulement 35,7 % chez les femmes mariées. Ces données suggèrent que le manque de soutien social et éducatif des mères constitue un risque majeur de malnutrition chez les jeunes enfants.

Les conditions de vie et la situation de déplacement semblent également jouer un rôle critique. Les familles vivant dans des abris de fortune ou sous tente affichent des taux de malnutrition très élevés (jusqu'à 100 % dans les abris de fortune), tandis qu'aucun cas de malnutrition n'est observé dans les abris permanents. De plus, les enfants issus de familles non relogées (c'est-à-dire déplacées ou réfugiées) présentent un taux de malnutrition de 75 %, contre 38,5 % pour les familles relogées dans leur lieu d'origine. Cela reflète l'impact des déplacements forcés, de l'insécurité résidentielle et de l'instabilité sur la santé nutritionnelle des enfants.

Les résultats soulignent enfin l'importance du statut économique et de l'autonomie financière dans la survenue de la malnutrition. Lorsque la femme est la principale source de revenus, les enfants sont malnutris dans 100 % des cas, contre 35,7 % lorsque c'est l'homme qui pourvoit. Par ailleurs, bien que le score de diversité alimentaire ne semble pas significativement associé à la malnutrition ($p = 0,721$), les mères exerçant de petits commerces présentent un taux plus élevé de malnutrition chez leurs enfants que celles qui sont femmes au foyer ou employées. Cela pourrait indiquer que malgré une activité génératrice de revenus, l'instabilité économique ou l'épuisement physique peut limiter l'attention portée à l'alimentation des enfants. Ces données appellent à des interventions

multisectorielles, incluant l'amélioration des conditions de vie, le soutien à l'autonomisation des femmes, et l'éducation nutritionnelle ciblée.

5) DISCUSSIONS

5.1 Conditions sociodémographiques des familles

Il ressort de notre étude que Arbinda est le principal lieu d'origine des ménages (70%). Ceci s'explique par la répétition des attaques terroristes meurtrières dans cette commune. Au cours de l'année 2019, la localité d'Arbinda, au nord du Burkina Faso, a été le théâtre de nombreuses violences.

Comparativement aux ménages provenant de Inata qui sont estimés à 17,5% des PDI avoisinant Kaya contre 30% a Nagréongo selon notre étude. En outre, depuis novembre 2021, Inata est la cible de nombreuses attaques qui ont provoquées plusieurs dizaines de morts civils et militaires, ce qui a convaincu les populations de plier bagages à la recherche d'une meilleure vie (SIG, 2021)

Ils argumentent leur avis par les mauvaises qualités et quantité de leur nourriture, le faible niveau de revenus du chef de ménage, l'insuffisance voire le manque de services d'hygiène, d'assainissement et la détérioration de leurs habitats.

5.2 Connaissance des mères sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

De ce qui découle de cette étude, les personnes interrogées avaient une passable connaissance des recommandations de l'OMS en ce qui concerne l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. En effet, 94,1% ont estimé que le lait maternel est le meilleur aliment pour le nouveau-né et le nourrisson ; 52,9% préconise l'allaitement maternel exclusif (AME) avec une période d'allaitement de la naissance à 5 mois ; 11,8% connaissaient les avantages de l'allaitement maternel (AM) dont 17,6% pense que le lait maternel est recommandé parce que le bébé ne peut pas digérer autres aliments avant ses 6 premiers mois. En outre, 84,61% estime que chaque fois que l'enfant réclame avant ses 6 mois, il doit être allaité ; et 20% considère que le nouveau-né doit être mis au sein avant la 1ere heure qui suit l'accouchement

De l'étude de TRAORE au Burkina Faso en 2005, il ressort que 75% des mères ont estimé que le lait maternel est le meilleur moyen d'alimenter le nourrisson, 87% connaissaient l'allaitement maternel exclusif, 49,1% savaient que l'allaitement maternel devait se poursuivre jusqu'à 24 mois ou plus (TRAORE, 2005)

Pour garantir à l'enfant une croissance, une santé et un développement optimaux, l'OMS préconise la mise au sein précoce des nouveaux nés, un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, une diversification alimentaire sûre

5.3 Attitude des mères sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Les données de la présente étude montrent que 94,1% sont capable de préparer la nourriture pour un enfant et 100% trouve qu'une diversification alimentaire est bien. Cependant, 70,6% ont des difficultés avec cette diversification alimentaire et 64,7% ont des difficultés pour mettre en œuvre la fréquence des repas. 52,9% estiment que cela est bien de continuer l'allaitement maternel après 6 mois mais 88,89% trouvent que cela n'est pas difficiles de continuer.

Etant donné la capacité et les difficultés des mères à s'adonner à cette pratique, on pourrait déduire que la sous-alimentation par déficit d'apport sur le plan qualitatif et quantitatif serait un facteur favorisant la malnutrition chez les enfants de 0 à 5 ans.

Les solutions préconisées vont dans le sens de sensibiliser les mères à faire un prélèvement alimentaire lors de la cuisson ou à la préparation d'un autre aliment riche en nutriments à administrer à leur enfant de 0 à 5 ans en dehors des repas.

5.4 Facteurs associes à la malnutrition aiguë chez les enfants de 6 à 59 mois

A la veille de notre enquête, 23,53% ont une alimentation supérieure ou égale à 4. Selon le rapport du SMART 2020 (10) ; 17,5% des femmes en âge de procréer ont une diversité alimentaire minimum (5 groupes alimentaires ou plus) en 2020 contre 13,8% en 2019. Même si cela est encore peut, cette différent peut s'expliquer par la prise de conscience et la sensibilisation.

Selon notre étude, le faible niveau d'instruction et les bas revenus semblent constituer un facteur influant négativement sur le phénomène étudié et pourrait ainsi contribuer à la fréquence de la malnutrition. En effet, l'analphabétisme, la grande taille du ménage ainsi que les bas revenus conduisent tous à un déséquilibre nutritionnel, voire une malnutrition, Elhioui et al. (2007).

Dans la plupart des familles d'où sont issus les enfants malnutris, les pères sont de profession petits commerçants et les mères ménagères. Cette observation confirme l'hypothèse selon lequel les familles au revenu faible et instable sont les plus exposés à la malnutrition. En effet l'exercice d'une activité professionnelle par la mère accroît les ressources familiales et devrait donc diminuer le

risque de malnutrition. Mais cette activité a aussi une incidence négative parce que la mère ne peut pas s'occuper de son jeune enfant pendant la journée (OCDE, 2000).

6) CONCLUSION

La présente étude, menée auprès des populations déplacées internes (PDI), a permis de dresser un état des lieux préoccupant de la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans dans un contexte marqué par une crise sécuritaire persistante au Burkina Faso. Elle avait pour objectif d'identifier les facteurs majeurs contribuant à la malnutrition aiguë dans les sites d'accueil des PDI, afin de proposer des pistes d'intervention adaptées.

Les résultats montrent que plusieurs facteurs interdépendants concourent à la détérioration de l'état nutritionnel des enfants. Parmi les plus déterminants, on peut citer :

- La très faible diversité alimentaire, tant chez les enfants que chez leurs mères, limitant ainsi l'apport en nutriments essentiels ;
- Une qualité et une quantité d'alimentation insuffisantes ;
- Des pratiques d'allaitement inadéquates, marquées par de faibles taux d'allaitement maternel exclusif et une introduction tardive ou inappropriée des aliments de complément ;
- Le faible accès à l'eau potable et aux installations d'assainissement, favorisant la prévalence des maladies infantiles comme la diarrhée, le paludisme et les infections respiratoires aiguës (IRA) ;
- La précarité socioéconomique des ménages et l'analphabétisme des mères, qui influencent négativement leurs capacités à assurer une alimentation adéquate ;
- Et enfin, le climat d'insécurité civile, qui restreint l'accès aux ressources, aux soins de santé et à l'information.

Par ailleurs, l'étude a révélé que la majorité des mères ont une connaissance insuffisante des bonnes pratiques nutritionnelles recommandées par l'OMS. Leur attitude est globalement positive, mais elles rencontrent de nombreuses difficultés dans la mise en œuvre de ces pratiques, notamment en ce qui concerne la diversification alimentaire et la fréquence des repas.

Face à cette situation, il est impératif de renforcer les campagnes de sensibilisation sur la nutrition infantile à l'intention des mères déplacées, en intégrant des approches adaptées au contexte culturel et socioéconomique local. Il est également nécessaire de mettre en place des programmes de soutien alimentaire ciblés, de promouvoir l'allaitement maternel exclusif et prolongé, et

d'améliorer l'accès à l'eau potable, à l'assainissement, et aux soins de santé de base. cette étude souligne l'urgence d'un engagement multisectoriel — humanitaire, sanitaire, éducatif et communautaire — pour assurer une meilleure prise en charge nutritionnelle des enfants déplacés. Garantir un suivi régulier de leur croissance et de leur alimentation est une condition essentielle pour briser le cycle de la malnutrition et offrir à cette population vulnérable une chance réelle de développement et de survie.

7. SUGGESTIONS

- Renforcer la surveillance et les mesures de lutte contre la COVID-19 ;
- Garantir l'accès pour tous les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition aiguë à un traitement de qualité afin de réduire le taux de mortalité chez cette population ;
- Renforcer la capacité des ASBC (Agent de Santé à Base Communautaire) à prendre en charge le paludisme, la diarrhée et les IRA à domicile (PCIME communautaire) et la SMI communautaire ;
- Mettre en place la délégation de tâches aux ASBC sur la Prise En Charge (PEC) des Malnutris Aigues (MA) ;

- A long et moyen terme :

  - Améliorer l'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement et accroitre les actions de sensibilisation sur l'utilisation des infrastructures d'assainissement ;
  - Intensifier la sensibilisation des femmes sur les bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (GASPA : Groupe d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques d'ANJE, services de santé de la mère et de l'enfant) ;
  - Renforcer les interventions de résilience en faveur des PDI (AGR…) ;

Activités de surveillance et d'actualisation de la situation pour une prise de décision coordonnée et efficace dans le temps :

- Présenter nos résultats aux clusters nutrition et sécurité alimentaire ;

- Présenter nos résultats au champion de la nutrition ;
- Accroitre la visibilité des résultats de notre analyse (site web des ministères s impliqués et PTF, bulletins ministériels club des journalistes de la nutrition) ;
- Soutenir des actions de préparation et de réponse aux urgences dans les structures sanitaires des zones présentant une forte concentration de populations déplacées ;

8) REMERCIEMENTS

- Nous tenons à remercier tout le monde de près ou de loin qui ont accepté de participer à cette étude.

9) CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit n'est à signaler dans la présente étude.

10) REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **ACF, 2007.** Dynamiques des interactions : Malnutritions, Eau Assainissement Hygiène, Infections. Rapport technique.
2. **Soumare M., 2009.** Etude de la variation des ingérés en énergie et en nutriments à partir de bouillies fermentées et non-fermentées chez le nourrisson au Burkina Faso. Mémoire Maîtrise MST/TANH, Université de Ouagadougou. 41p.
3. **Traoré T., 2005.** Elaboration et évaluation d'une stratégie d'amélioration de l'alimentation de complément des jeunes enfants au Burkina Faso. Thèse de Doctorat, Université de Ouagadougou. 134p.
4. **Traore W. A., 2006.** Facteurs déterminants de la mortalité dans les CREN : Cas du centre OASIS à Koudougou et de Kayero à Léo (Burkina Faso). Mémoire Maîtrise MST/TANH, Université de Ouagadougou. 33p.
5. **UNICEF, 2009.** Suivre les progrès dans le domaine de la nutrition de l'enfant et de la mère : une priorité en matière de survie et de développement.
6. **UNICEF, 2010.** Rapport d'évaluation de la prise en charge de la malnutrition aigüe au Burkina Faso.
7. **WHO /UNICEF, 2009.** WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children. World Health Organization : Geneva.

8. **SEPOU, A., YANZA, M., NGUEMBI, E., ET AL. (2011)** Quelle Valeur l'Allaitement Maternel a-t-il en Milieu Urbain et Semi-Urbain Centrafricain? Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé, 11, 85-89
9. **OMS, UNICEF** : stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant 2003.
10. **RAPPORT FINAL DU SMART 2020 :** Enquête Nutritionnelle Nationale