

L'Essentiel



Février 2019 – Septembre 2019

Arrondissement d'Anse d'Hainault, Département de Grand'Anse,
Haïti



TABLEAU DES MATIÈRES

I.	INTRODUCTION.....	3
II.	RÉSULTATS PRINCIPAUX.....	4
A.	SANTÉ.....	4
B.	NUTRITION ET PRATIQUES DE SOINS.....	7
C.	SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS D'EXISTENCE.....	8
D.	EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE.....	11
E.	GENRE.....	13
F.	SOUS-NUTRITION.....	16
G.	PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES DE LA SOUS-NUTRITION ET ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES.....	17
H.	SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET CATÉGORISATION DES FACTEURS DE RISQUE.....	18
III.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	22

I. INTRODUCTION

Les questionnements autour de la réduction de la sous-nutrition en Haïti demeurent pertinents. Selon les résultats de la sixième Enquête sur la Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, réalisée en 2017,¹ 22% des enfants sur toute l'étendue du territoire national souffrent de malnutrition chronique, c'est-à-dire ils présentent un retard de croissance résultant d'un apport nutritionnel insuffisant par rapport aux besoins de l'organisme - ce qui peut se traduire par une perturbation sur le plan du développement cognitif et/ou moteur. Agés de moins de cinq ans, les enfants dénutris ont une plus forte probabilité de souffrir d'anémie, de diarrhée, d'infections respiratoires. Une fois plus âgés, les enfants souffrant de retard de croissance présentent un grand risque de redoublement de classe, ou d'abandon scolaire et court un risque élevé de devenir un citoyen peu productif. Par ailleurs, le retard de croissance n'est pas la seule forme de sous-nutrition constatée - 4% des enfants sont émaciés et 10% présentent une insuffisance pondérale². Par conséquent, la sous-nutrition, demeure une préoccupation majeure dans ce pays qui est classée dans la catégorie des Pays les Moins Avancés (PMA).

La pauvreté qui sévit en Haïti tant dans sa dimension monétaire que dans sa dimension non monétaire influe sur la capacité des ménages les plus vulnérables à se nourrir correctement. Le nombre de personnes vivant en situation d'insécurité alimentaire est en augmentation quasi-constante. Les effets conjugués du phénomène El Niño sur la production agricole en 2014 et 2015 et de la dépréciation de la gourde sur les prix des produits alimentaires importés ont contribué à faire passer le nombre de personnes souffrant d'insécurité alimentaire sévère de 600 000 (en 2013) à plus de 1,6 millions à la fin de 2015³. En octobre 2016, l'ouragan Matthew a renforcé le niveau de vulnérabilité des ménages en situation précaire en dévastant les Départements du Sud, de la Grand-Anse, et du Nord-Ouest, entre autres.

En réponse à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle, Action Contre la Faim, Solidarités International, ACTED et leurs partenaires locaux ont décidé de mettre en œuvre un projet de transferts monétaires financé par l'Union européenne. Cette activité doit permettre de lever une partie des contraintes des ménages les plus pauvres liées à l'accès aux aliments grâce à l'octroi mensuel de coupons alimentaires et de transferts monétaires. Quoique le principal objectif du projet n'est pas de lutter contre la sous-nutrition infantile, il rejoint le cinquième axe du Plan stratégique national de nutrition qui est la protection nutritionnelle en situation d'urgence.

Justification de l'étude

En 2017, le MSPP à travers l'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu) avec le co-financement de certaines agences des Nations Unies (UNICEF, PAM et OCHA) a mené une enquête SMART sur douze (12) communes du département de la Grande-Anse et six (6) communes du département du Sud⁴. Les résultats de cette enquête ont permis d'identifier cinq (5) communes du département de la Grande-Anse ayant des poches de malnutrition. L'étude Link NCA a été réalisée dans trois (3) de ces communes, plus précisément à Anse-d'Hainault, Dame Marie et Les Irois, qui ont démontré la plus forte prévalence de malnutrition aiguë globale (MAG) parmi toutes les communes enquêtées.

¹ Enquête sur la Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS VI), 2017.

² Idem.

³ <https://www.undp.org/content/dam/undp/haiti/docs/EVALUATION%20DE%20LA%20SECURITE%20ALIMENTAIRE%20EN%20SITUATION%20D%e2%80%99URGENCE%20EN%20HAITI.PDF>

⁴ Evaluation de la situation nutritionnelle des enfants de 6-59 mois par la méthodologie SMART dans le Sud et la Grand'Anse, 2017.

L'organisation de l'analyse causale de la sous-nutrition Link NCA s'inscrit dans une démarche de conception d'une réponse optimale intégrée, permettant avoir une meilleure compréhension des causes sous-jacentes qui s'impose en vue de l'obtention d'un impact maximal des programmes visant l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

II. RÉSULTATS PRINCIPAUX

A. SANTÉ

Le département de Grand'Anse dispose de 27.49 infirmières, de 4.39 médecins et de 25.41 auxiliaires pour 100 000 habitants⁵ Dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault, le personnel de santé est disponible à travers 13 dispensaires et un hôpital. Selon l'enquête EMMUS VI, 57.6% de ménages dans le Département de Grand'Anse se trouvent de plus d'une trentaine de minutes d'un établissement de santé le proche, pendant que 29.2% d'eux s'y trouvent de plus de 120 minutes.

Par contre, ni la distance ni d'autres barrières géographiques⁶ ne représentent une barrière principale d'accès aux services de santé. Selon les témoignages des participants aux groupes de discussion, l'accès des populations aux services de santé est plutôt restreint par un manque des moyens financiers pour payer les frais de transport, les frais de consultation ainsi que les frais de médicaments. Certains entre eux regrettent une révocation de la gratuité de soins à partir de l'année 2000, occasionnant une certaine diminution dans la fréquentation des centres de santé.

Ces témoignages semblent d'être confirmés par les résultats de l'enquête EMMUS VI, selon lesquels presque 60% de ménages enquêtés ont cité le coût élevé comme la barrière principale d'accès aux services de santé, suivi par la préférence de traitement traditionnel (≈18%) et l'accès géographique (≈13%).

Pendant que la population est généralement satisfaite avec la qualité de soins, elle constate une discrimination basée sur un statut économique à l'accueil. D'après les participants aux groupes de discussion, le mauvais accueil ne leur décourage pas de rechercher les soins au centre de santé mais leur arrivée peut être retardée par la nécessité de mobiliser les ressources financières nécessaires. D'ailleurs, le mauvais accueil influence le choix d'un établissement en cas de nécessité. En d'autres mots, les participants ont avoué de préférer se rendre à l'établissement de santé reconnu pour son bon accueil, même si cet établissement peut être plus éloigné de leur domicile. D'ailleurs, les participants aux groupes de discussion ont aussi constaté une préférence de fréquenter des établissements de santé dans le chef-lieu de la commune et/ou l'arrondissement dû à la plus grande disponibilité de services et/ou expertise en lien avec la perception de la gravité de la pathologie.

L'ensemble des barrières à l'accès aux soins, comme discutés avec les participants aux groupes de discussions, figurent dans le schéma ci-dessous.

⁵ Rapport de la carte sanitaire du Département de la Grande Anse, Ministère de la Santé Publique, 2011.

⁶ Difficulté d'accès pendant la saison pluvieuse/cyclonique (Avril, Mai, Juin, Novembre).

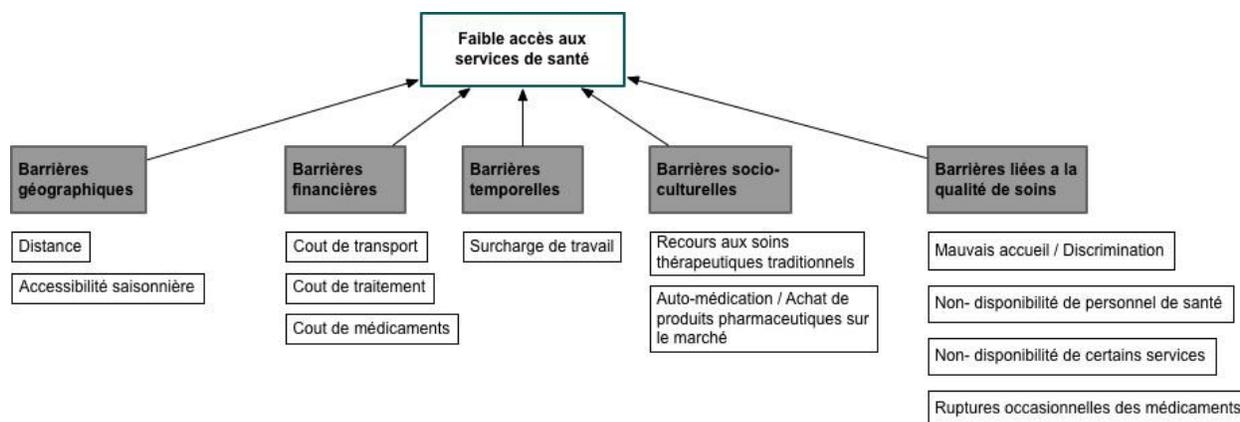


Figure 1: Résumé des principales barrières aux soins de santé dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault

Les maladies infantiles récurrentes incluent les multiples infections respiratoires et intestinales. Les résultats de l'enquête quantitative démontrent des prévalences plutôt élevées pour la diarrhée⁷ et la fièvre⁸ : 33,1% [28,8-37,7 IC 95%] et 37,5% [33,0-42,2 IC 95%], respectivement, montrant une légère augmentation des prévalences par rapport les résultats de l'enquête EMMUS VI.⁹ Pourtant, il est important à noter que les données quantitatives ont été collectées pendant la période de pic des maladies infantiles.

Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique potentielle entre la diarrhée et la malnutrition aiguë. En ce qui concerne les facteurs de risque conduisant à la diarrhée dans la zone étudiée, les associations statistiques significatives ont été détectées entre la diarrhée et la conservation des aliments. En d'autres mots, la conservation adéquate des aliments représente un facteur de risque protecteur contre la diarrhée. Contrairement à d'autres études dans le domaine, aucun lien significatif ou potentiel a été observé entre la diarrhée et l'accès à la source d'eau améliorée et/ou la défécation à l'air libre.

D'ailleurs, selon les résultats de la même enquête, 43,2% [36,7-50,0 IC 95%] d'enfants atteints de la fièvre ou de la diarrhée au cours de deux dernières semaines précédentes l'enquête n'ont pas été soignés dans un établissement de santé, ce qui correspond aux résultats de l'enquête EMMUS VI.¹⁰ Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie qu'un recours aux soins inadéquats et/ou un manque de soins en cas de maladie constitue un facteur de risque conduisant à un retard de croissance des enfants, notamment les garçons, dans la zone étudiée.

Grâce aux interventions du personnel de santé, y compris les agents de santé communautaires polyvalents (ASCP), accompagnés d'autres facteurs, tels que l'exigence de certains établissements scolaires qu'un enfant possède une carte de vaccination au moment de l'inscription, on a pu constater de profonds changements dans la perception de la vaccination. Ensemble avec la supplémentation en Vitamine A comme une prévention des maladies oculaires, la vaccination, particulièrement contre les maladies mortelles, est généralement bien acceptée et porte, selon

⁷ La diarrhée était définie comme le passage de trois selles liquides ou plus au cours d'une journée.

⁸ La fièvre était définie comme une fièvre sans toux.

⁹ Prévalence de la diarrhée et la fièvre dans le département de la Grande Anse : 21,5% et 27,4%, respectivement.

¹⁰ Recours aux soins dans l'établissement de santé : diarrhée 32,9%, fièvre : 42,0%.

certain participants aux groupes de discussion, un avantage économique qui joue sur leur décision de vacciner les enfants.

Pourtant, selon les résultats de l'enquête quantitative, seulement 44,9% [39,9-50,0 IC 95%] d'enfants inclus dans l'échantillon ont été vaccinés contre la rougeole¹¹¹² pendant que 73,2% [68,4-77,5 IC 95%] d'eux ont reçu le supplément en Vitamine A¹³. Les analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont révélé aucune association statistique entre la vaccination et l'état nutritionnel d'enfants dans l'échantillon. Ainsi, nos analyses ne nous permettent pas d'affirmer que la vaccination constitue un facteur protecteur contre la sous-nutrition dans la zone étudiée. Par contre, un lien statistiquement significatif a été détecté entre la supplémentation en Vitamine A et le retard de croissance, ce qui signifie qu'un enfant ratant sa dose de Vitamine A est plus vulnérable à la malnutrition chronique¹⁴¹⁵.

Suite à la forte sensibilisation et la mise en disposition des multiples méthodes de planification familiale, la population observe une diminution graduelle d'un nombre d'enfants par ménage. L'utilisation du planning familial est généralement acceptée - à l'exception de certaines communautés religieuses qui paraissent susceptibles d'utiliser la « peur de la vengeance de Dieu » pour assurer que leurs fidèles s'abstiennent d'utiliser des méthodes de contraception.

Selon les résultats de l'enquête quantitative, 33,4% [28,6-38,6 IC 95%] de femmes enquêtées ont avoué qu'elles ne désiraient pas être enceintes au moment de leur dernière grossesse, démontrant une augmentation légère par rapport le taux national des grossesses non-désirées issu de l'enquête EMMUS VI¹⁶. D'ailleurs, elles ont constaté que si elles devraient recommencer, elles pourraient décider de ne pas avoir des enfants. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie que l'enfant était plus susceptible de souffrir d'un retard de croissance si sa mère constatait qu'elle ne choisirait pas d'avoir des enfants si elle pourrait faire ce choix à nouveau.

A cet égard il est important à noter que, lors des analyses complémentaires de données brutes de l'enquête EMMUS VI pour le Département de Grand'Anse, entreprises pendant l'étape de la revue littéraire de cette étude Link NCA, une association statistique potentielle a été aussi observée entre la grossesse non-désirée et l'émaciation de l'enfant, ce qui signifie qu'un enfant d'une mère ne désirant pas d'être enceinte était plus susceptible de souffrir de la malnutrition aiguë.

Vu l'importance accordée à la santé, la fréquentation des consultations prénatales dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault est hautement estimée. Ceci n'empêche pas que certaines femmes recourent aux tradipraticiens pour « *mettre le bébé en bonne position* » et/ou recherchent leurs services si elles se sentent mal accueillies au centre de santé. D'ailleurs, les barrières d'accès

¹¹ Vaccination confirmée par le carnet de vaccination.

¹² Couverture inférieure à 95%, un seuil recommandé par l'OMS pour arriver à une immunité collective (OMS Relevé épidémiologique hebdomadaire, 17 Nov. 2017).

¹³ Selon les résultats l'enquête EMMUS VI, 42,1% d'enfants enquêtés dans le Département de la Grande Anse ont reçu tous les vaccins de base et 40,1% d'eux ont reçu la supplémentation en Vitamine A.

¹⁴ Résultats s'alignent avec les recommandations d'*Actions Essentielles en Nutrition* basées sur Gareth Jones, Richard W Steketee, Robert E Black, Zulfiqar A Bhutta, Saul S Morris, and the Bellagio Child Survival Study Group. Lancet 2003; 362: 65-71.

¹⁵ A cet égard, il est important à noter que la vaccination n'agit pas directement sur l'état nutritionnel de l'enfant mais si un enfant non-vacciné tombe malade, il est plus à risque de déficience en Vitamine A et les diverses infections.

¹⁶ Taux national des grossesses non-désirées selon l'enquête EMMUS VI : 24,6%. D'ailleurs, 50,4% des enfants de 1^{er} rang n'ont pas été voulus au moment de la conception (voulus plus tard) pendant que 56,8% des femmes ont constaté que leur 3^{ème} et/ou 4^{ème} grossesse n'a pas été désirée.

aux consultations prénatales s'alignent avec les barrières générales d'accès aux services de santé, c'est-à-dire un manque des moyens financiers pour couvrir les frais de consultation, de transport et de médicaments, la distance et/ou un mauvais état de routes entre le domicile et l'établissement de santé, le mauvais accueil ainsi que les absences fréquentes du personnel de santé. Pour toutes raisons confondues, les participants aux groupes de discussion ont avoué de suivre environ deux consultations prénatales et ensuite d'abandonner le suivi « *car il est très difficile pour nous de se déplacer et les examens coutent énormément cher.* »

Ces témoignages s'alignent avec les résultats de l'enquête quantitative, selon lesquels 74,5% [70,0-78,8 IC 95%] de femmes enquêtées ont suivi un maximum de trois consultations prénatales. Un nombre moyen des consultations prénatales pour toutes les femmes enquêtées égale à 4.4 [4,0-4,7 IC 95%] visites. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie que plus de consultations prénatales une mère a complété, moins susceptible était son enfant de souffrir d'un retard de croissance ou d'insuffisance pondérale. De plus, les analyses complémentaires ont mis en évidence une association statistique significative entre un nombre des consultations prénatales et l'accouchement assisté par le personnel de santé, ce qui signifie que les femmes qui ont suivi au moins trois consultations prénatales étaient plus susceptibles d'accoucher au centre de santé. Une association statistique significative a été aussi observée entre un nombre des consultations prénatales et la grossesse non-désirée, ce qui signifie que les femmes ne désirant pas d'être enceintes étaient moins susceptibles de compléter plus de 3 consultations prénatales.

B. NUTRITION ET PRATIQUES DE SOINS

Les habitudes alimentaires dans un ménage typique dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault dépend du pouvoir d'achat de ménage, du nombre des personnes dans le ménage ainsi que de la disponibilité/variété des produits alimentaires sur le marché. Le récent cyclone Matthew de catégorie 4 sur l'échelle de Saffir – Simpson, qui a frappé le sud-ouest d'Haiti le 4 Octobre 2016, avait un impact majeur sur les habitudes alimentaires des populations de l'arrondissement.

Les habitudes alimentaires des femmes enceintes et allaitantes ne sont pas très différentes du régime alimentaire du reste de ménage. Leurs apports alimentaires pendant la période de gestation et/ou lactation suivent le même parcours que chez les autres femmes. Certains changements en termes de la qualité et/ou de la quantité des aliments consommés dépendent largement de leurs réactions physiologiques à la grossesse et/ou celles de son bébé après l'accouchement. Autrement dit, certaines femmes peuvent diminuer leurs apports alimentaires si elles éprouvent des malaises et/ou elles éliminent temporairement certains aliments qu'elles observent sont à la source de ce malaise.

Selon les résultats de l'enquête quantitative, la valeur moyenne du périmètre brachial des femmes enquêtées était de 266.5 mm [263,1-269,9 IC 95%]. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie qu'un faible état nutritionnel des mères constitue un facteur de risque conduisant à l'émaciation, au retard de croissance et à l'insuffisance pondérale des enfants dans la zone étudiée.

L'importance de l'allaitement maternel en tant que tel n'est pas contesté dans les communautés de l'Arrondissement d'Anse d'Hainault. Pourtant, les opinions varient sur son « exclusivité » pendant les premiers six mois – notamment en lien avec la perception de ses apports nutritionnels et ainsi son effet sur la santé de l'enfant.

La force physique et le dynamisme du bébé étaient effectivement deux caractéristiques principales cités par les participants aux groupes de discussion en rapport avec la santé de l'enfant – d'une manière représentant sa capacité de survie et, par analogie, de succès dans la vie. Pour cela, chaque mère mobilise, consciemment et subconsciemment, son savoir et ses ressources pour que son enfant répond à ses traits d'une importance culturelle.

D'après les mamans non-pratiquantes d'allaitement maternel exclusif, leurs enfants n'étaient pas suffisamment « *djanm* »¹⁷ dû à leur propre incapacité de se nourrir en qualité et en quantité nécessaire pour permettre le transfert de nutriments au bébé. Les participantes dans toutes les localités échantillonnées ont constaté qu'elles éprouvaient des difficultés avec la production du lait maternel dû à l'alimentation non-équilibrée pendant, un manque de temps ainsi que le stress maternel.

Selon les résultats de l'enquête quantitative, 47,5% [32,3-63,2 IC 95%] des enfants de moins de 6 mois ont reçu l'eau et 30,0% [17,6-46,3 IC 95%] d'entre eux ont reçu la bouillie dans les 24h précédentes l'enquête¹⁸. Des analyses ultérieures prenant en compte les épisodes de diarrhée, comme signalés par les accompagnants de ces enfants, ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie que la consommation de l'eau et/ou la bouillie par l'enfant de moins de 6 mois constitue un facteur de risque conduisant à la diarrhée chez ces enfants la zone étudiée.

C. SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS D'EXISTENCE

Les principaux secteurs de l'économie haïtienne sont le secteur des services (commerce, restaurants et hôtels) et d'autres services marchands et non marchands, totalisant à 52,28%, le secteur agricole (agriculture, sylviculture, élevage et pêche) avec 20,76% pendant que le secteur industriel ne représente que 8,36%¹⁹. Dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault, la majorité de la population vit des activités agricoles²⁰, soutenues par la pêche dans les zones littorales, et des activités commerciales. Seulement un petit pourcentage des résidents bénéficie d'un emploi dans les structures étatiques, telles que les établissements scolaires, établissements de santé et/ou l'administration d'Etat.

Vu la dépendance de la population sur le secteur agricole, la sécurité alimentaire dans l'arrondissement est extrêmement vulnérable aux conditions climatiques locales et aux contraintes environnementales, notamment la dégradation de l'environnement et la topographie fortement en pente, auxquels s'ajoutent les fluctuations des prix liées à la forte importation des produits alimentaires. En d'autres mots, les changements climatiques et l'érosion des terres arables diminuent la capacité de la population de produire suffisamment pour se nourrir et ainsi augmentent la dépendance aux produits d'importation. Au même temps, ces derniers entrent en compétition avec les produits locaux sur le marché et décourage davantage la production locale pendant que l'instabilité de la gourde haïtienne rend l'approvisionnement de ménages en produits importés difficile dû aux coûts élevés.

¹⁷ Expression en créole haïtien signifiant « robuste », « fort », « dynamique ».

¹⁸ Vu la petite taille d'échantillon (n=45) pour les indicateurs ANJE (Cf. *Collecte de données quantitatives*), il est suggéré d'étudier ces résultats avec précaution.

¹⁹ Enquête sur la Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS VI), 2017.

²⁰ Entre autres, la production de l'igname, du gingembre, des haricots et de maïs.

En outre, les récentes catastrophes naturelles ont occasionné des pertes économiques importantes, entre autres, par l'endommagement des infrastructures existantes et par l'épuisement de dernières ressources et/ou de capacités de résilience des résidents.

Selon les résultats de l'enquête quantitative, les ménages dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault arrivent de s'approvisionner en moyenne 9,5 mois [9,3-9,7 IC 95%] sur une année. Dans le cas de ménages dirigés par les femmes, le nombre de mois d'approvisionnement adéquat augmente légèrement (10,0 mois [9,7-10,3 IC 95%]) mais des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ne révèlent aucune association statistique entre ces indicateurs et la sous-nutrition dans la zone étudiée.

Lors des analyses complémentaires, une association statistique significative a été observée entre l'Indice de Mois d'Approvisionnement Alimentaire Adéquat pour les Ménages (MAHFP) et la source de revenu des femmes, c'est-à-dire, un nombre des mois d'approvisionnement adéquat dans le ménage diminue si une femme a une source de revenu (toutes sources confondues). Afin de mieux comprendre une association contre-intuitive entre une source de revenu de la mère et MAHFP, nous avons approfondi des analyses en ajoutant une troisième variable - le stress parental - avec l'aide du test ANOVA bidirectionnel. Les résultats de ces analyses ont démontré que le MAHFP diminue si une femme a un travail journalier en tant qu'une source de revenu et si elle ressent un niveau de stress élevé. D'ailleurs, si une femme a une source de revenu et ressent un bas niveau de stress²¹, l'indice MAHFP dans son ménage était 1.59 plus haut que dans le reste de ménages. Ainsi, il est possible de constater que les ménages dépendants du travail journalier en tant que source de revenu sont plus susceptibles de faire face aux difficultés en terme de leur approvisionnement alimentaire et par conséquent ses membres ressentent un niveau plus élevé de stress en essayant de combler les besoins journaliers de leurs foyers. Ceci se semble confirmer par un score de stress parental significativement plus bas dans les ménages où la femme est une commerçante.

Parmi les femmes enquêtées, 72,3% [67,2-76,9 IC 95%] ont admis d'avoir une source de revenu quelconque pendant qu'une légère majorité d'entre eux (41,9% [36,6-47,3 IC 95%]) gagne leur vie à travers le commerce et le reste (27,7% [23,1-32,8 IC 95%]) entreprend d'autres activités, telles que le travail agricole ou le travail domestique. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie que la source de revenu de la mère constitue un facteur protecteur contre la malnutrition chronique de l'enfant dans la zone étudiée. D'ailleurs, des associations statistiques potentielles ont été observées entre la source de revenu de la mère dans le commerce et l'état nutritionnel de l'enfant, ce qui signifie que l'enfant dont la mère est une commerçante est potentiellement plus vulnérable à la malnutrition aigüe mais moins susceptible d'être atteint de la malnutrition chronique. Ceci pourrait s'expliquer par l'absence de la mère du foyer et la mise en question les pratiques de soins de l'enfant pendant les premiers mois après la naissance, éventuellement entraînant l'introduction précoce des liquides et/ou des aliments - aboutissant aux infections qui pourraient déclencher la malnutrition aigüe - pendant que la source de revenu aide au foyer de maintenir un niveau socio-économique facilitant la prévention de la malnutrition chronique.

De l'autre côté, en analysant la distance moyenne au marché (68,8 minutes [63,8-73,8 IC 95%]²²) en lien avec les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage, une association

²¹ Au-dessous de 50% des valeurs enregistrées dans notre échantillon.

²² Trajet aller seulement.

statistiquement significative a été détectée entre ces indicateurs, ce qui signifie que plus le ménage est éloigné du marché, plus l'enfant est à risque d'un retard de croissance.

Selon la dernière Enquête sur la Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, 42.6% de ménages dans le Département de Grand'Anse se trouvent dans le plus bas quintile de bien-être économique, contribuant substantiellement au constat qu'environ deux tiers de la population totale du département vit en dessous du seuil de pauvreté²³ et/ou le franchit légèrement²⁴.

La pauvreté dans la zone est principalement liée à un accès réduit au capital pour acheter les intrants agricoles, les outils de pêche et/ou les marchandises pour la revente. Pour faire face à la détérioration des conditions de la sécurité alimentaire, les ménages pauvres et très pauvres sont alors forcés de recourir aux stratégies de survie afin de « *garder la tête hors de l'eau* ». Les participants aux groupes de discussion ont identifié et classé les stratégies de survie le plus fréquemment déployés en cas de nécessité comme le suit : une réduction d'un nombre de repas par jour, une réduction de la qualité de repas consommés, la vente des animaux et/ou d'autres articles de valeur, une prise de crédit pour l'achat des aliments et/ou l'activité commerciale avec le potentiel de générer le revenu et une migration vers les grandes villes et/ou la capitale. Dans certain cas, une production du charbon et/ou le travail journalier peut aussi jouer un rôle d'une stratégie de survie si des possibilités se présentent. En principe, la population cherche des opportunités qui assurent le bénéfice rapide car « *ils doivent nourrir les enfants ce soir et pas dans les deux mois*²⁵ ». Pour cette raison, les participantes aux groupes de discussion ont mentionné que le travail agricole, bien que pratique à long terme, ne représente pas une stratégie de survie parce qu'il est nécessaire d'attendre quelques mois avant que la terre rend la récolte. A cet égard il est aussi important à noter que la population est de moins au moins motivée d'investir dans les activités agricoles comme le rendement, du aux aléas climatiques, n'est pas assuré.

D'ailleurs, les participantes aux groupes de discussion ont admis que les rapports sexuels sont parfois utilisés en tant que stratégie de survie, si d'autres possibilités soient épuisées et/ou non-existantes. Dans un bon nombre des cas, ces rapports ne sont pas protégés, ce qui empire la situation économique précaire de la femme concernée davantage, débouchant sur une nouvelle grossesse²⁶. D'après les participantes, ces rapports génèrent en moyenne 50-100 HTG par nuit.

Les rapports sexuels non-désirés ou non-consensuels constituent un risque potentiel lors de la prise du crédit dans les établissements financiers et/ou chez les individus ou l'homme est un point de contact et/ou le prêteur. D'après les participantes aux groupes de discussions, les hommes exploitent la situation d'extrême vulnérabilité des femmes et les forcent à avoir des rapports sexuels en tant que « intérêt » pour le service donné. Si elles refusent, elles risquent de ne pas recevoir le crédit demandé.

Selon les résultats de l'enquête quantitative, la valeur moyenne de l'Indice de Stratégies d'Adaptation réduit (ISAr) de ménages enquêtés dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault est égale à 18,6 [17,0-20,3 IC 95%] sur l'échelle de 1 à 56. La valeur moyenne est légèrement inférieure (17,2 [15,2-19,2 IC 95%]) pour les ménages dirigés par les femmes. Vu le chevauchement des intervalles de confiance, ces ménages se trouvent statistiquement dans des mêmes conditions de la sécurité alimentaire. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures

²³ Fixé à 2,41 USD.

²⁴ Enquête sur la Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS VI), 2017 [Ménages considérés très pauvres ou pauvres].

²⁵ Participants aux groupes de discussion, Sicard.

²⁶ Les femmes ont attesté que malgré l'inconvénient, il est plus habituel de garder l'enfant au lieu de l'avorter par peur de la stérilité en conséquence et/ou pour d'autre raison.

anthropométriques d'enfants dans le ménage révèlent une association statistique significative entre ces indicateurs et la malnutrition aigüe, ce qui signifie que les enfants dans les ménages dirigés par les femmes avec une meilleure capacité d'adaptation sont moins susceptibles d'être émaciés. D'ailleurs, lors des analyses complémentaires, une association statistique significative a été observée entre l'Indice ISAr et la source de revenu (F) (travail journalier) et le score de stress parental, c'est-à-dire, l'indice ISAr augmente de 4,19 points dans les ménages où une femme dépend du travail journalier en tant que sa source de revenu. Semblablement, l'indice ISAr augmente dans les ménages avec le score de stress parental plus élevé.

D. EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE

Les progrès d'Haïti en matière de commodités familiales, par exemple eau potable, toilettes améliorées, réfrigérateur pour la conservation des aliments) restent très limités. Entre 1990 et 2015, seulement 16% de la population haïtienne a bénéficié d'une amélioration dans l'accès à l'eau potable ou à des installations sanitaires adéquates, et moins de 9 % des ménages possèdent un réfrigérateur²⁷.

D'après les résultats de l'enquête EMMUS VI, 60.0% de ménages enquêtés dans les milieux ruraux ont l'accès à la source d'eau améliorée. Pourtant, selon les résultats de l'enquête quantitative, le taux pour l'Arrondissement d'Anse d'Hainault n'atteint même pas 20%²⁸. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie que l'accès au point d'eau amélioré représente un facteur de risque conduisant au retard de croissance dans la zone étudiée.

La population perçoit des risques liés à la boisson de l'eau non-traitée mais les pratiques de traitement de l'eau sont largement non-observées dans leur quotidien²⁹. La population perçoit les méthodes de traitement de l'eau comme difficile soit dû à la non-disponibilité des intrants (par exemple, les aquatabs) et/ou pour d'autres raisons d'inconvénient, telles que le manque de temps ou le manque de récipients pour l'ébullition et le stockage de l'eau traitée. D'ailleurs, les participants aux groupes de discussion se sont fait entendre qu'ils sont « *obligés de boire l'eau sans la traiter parce qu'ils pourraient tomber malades s'ils ne peuvent pas boire de l'eau traitée en continu*³⁰ ». D'après eux, en buvant de l'eau non-traitée, le corps s'habitue progressivement à certains microbes y présents. La boisson de l'eau traitée - qui ne contient pas ces microbes - expose la personne aux potentielles infections au cas où elle se trouve dans la situation où l'eau traitée n'est pas disponible. Autrement dit, en buvant uniquement de l'eau traitée, le corps perd ses défenses immunitaires contre les microbes présentes dans l'eau, entraînant, par conséquent, la récurrence des maladies hydriques.

De côté de pratiques d'hygiène, il est possible à constater que les communautés dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault ont des connaissances des bonnes pratiques et une non-observation de certaines pratiques optimales n'est pas liée à un manque d'instruction mais plutôt aux circonstances qui ne permettent pas leur application. Lors de l'enquête quantitative, la

²⁷ Roy, Isabelle. Facteurs associés à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans en Haïti, Université de Montréal, 2016.

²⁸ Plus précisément, 18,3% [14,9-22,2 IC 95%]. Seulement un puit artésien ou un puit de grande diamètre, vérifié par les enquêteurs, ont été définis comme les points d'eau améliorés aux fins de cette étude. Tous les autres points d'eau ont été codés comme des points d'eau non-améliorés.

²⁹ Selon les résultats de l'enquête EMMUS VI, 46,3% de ménages enquêtés dans les milieux ruraux traitent de l'eau avec aquatabs, 40,3% de ménages la traitent avec l'eau de javel et seulement 1,3% de ménages la traitent par ébullition.

³⁰ Participants aux groupes de discussion, Village #1.

vérification de la présence du savon dans le ménage s'est avérée très sensible, soulignant davantage les perceptions de son importance. Pourtant, selon les résultats, seulement 28.0% [24,0-32,3 IC 95%] de ménages enquêtés étaient en possession d'une barre du savon au moment de passage des enquêteurs, ce qui correspond aux résultats de l'enquête EMMUS VI pour le Département de Grand'Anse³¹. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie que l'enfant vivant dans un ménage qui possède le savon est moins susceptible de souffrir d'un retard de croissance dans la zone étudiée.

D'ailleurs, les analyses complémentaires ont mis en évidence une association statistique significative entre la présence du savon dans le ménage et la distance vers le marché, ce qui signifie que plus la distance vers le marché augmente, moins probable est la présence du savon dans le ménage. A cet égard il est important à noter que le lien statistiquement significatif entre la présence du savon dans le ménage et la taille du ménage n'a pas été confirmé.

Vu l'importance généralement accordée à la propreté du corps et/ou des vêtements, les participants aux groupes de discussion ont précisé que l'observations des pratiques d'hygiène est particulièrement important en cas d'enfants. Lors de la collecte de données quantitatives, 60,6% [55,9-65,2 IC 95%] d'enfants de moins de 5 ans observés dans les ménages enquêtés avaient le visage et les mains propres, 57,4% [52,7-62,1 IC 95%] entre eux avaient des vêtements propres et 48.6% [43,9-53,3 IC 95%] étaient récemment lavés. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie que l'enfant dont le visage, les mains et/ou les vêtements ne sont pas propres et/ou il n'était pas récemment lavé est plus susceptible de souffrir d'une insuffisance pondérale dans la zone étudiée.

Tous les trois facteurs combinés, 38,9% [34,1-44,0 IC 95%] d'enfants observés dans les ménages enquêtés avaient le visage, les mains et les vêtements propres et ils étaient récemment lavés. Des analyses complémentaires prenant en compte leurs mesures anthropométriques ont confirmé une association statistique significative entre ces indicateurs et l'insuffisance pondérale, ce qui signifie que les enfants qui n'ont pas atteints ces critères étaient plus susceptibles d'être excessivement maigres.

D'ailleurs, les analyses complémentaires ont mis en évidence une association statistique significative entre la présence du savon dans le ménage et la propreté du visage et des mains d'enfant, ce qui signifie que la non-disponibilité du savon dans le ménage se traduit en diminution de la probabilité que l'enfant soit propre.

Les observations de l'hygiène alimentaire dans les ménages enquêtés n'ont pas donné de meilleurs résultats avec 35,8% [31,5-40,4 IC 95%] de ménages conservant leurs aliments de manière inappropriée, 49,1% [44,3-54,0 IC 95%] de ménages laissant les ustensiles de cuisine sur le sol et 53.2% [48,3-58,1 IC 95%] de ménages laissant les déchets alimentaires dans la proximité de l'espace de jeu de l'enfant. Les aliments non-couverts n'ont été observés que dans 17,3% [13,9-21,3 IC 95%]. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique potentielle entre la conservation des aliments et la malnutrition chronique, ce qui signifie que l'enfant vivant dans le ménage où les aliments ne sont pas conservés de manière appropriée est susceptible de souffrir d'un retard de

³¹ 22.5%.

croissance. A cet égard, il est important à rappeler que l'association statistique significative a été détectée entre la conservation des aliments et la diarrhée.

D'ailleurs, un score de ces observations combinés révèle une association statistique significative avec la malnutrition aigüe, ce qui signifie que l'hygiène améliorée au ménage diminuent la probabilité que l'enfant soit atteint de la malnutrition aigüe. Ces résultats rejoignent les conclusions d'autres études menées en Haïti qui constatent que la préparation de repas plusieurs heures à l'avance, la conservation inadéquate de la nourriture ainsi que l'utilisation de contenants contaminés rendent l'alimentation plus risquée que l'eau non potable³².

Semblablement aux constats relatifs à l'hygiène, la population de l'Arrondissement d'Anse d'Hainault a des bonnes connaissances théoriques des pratiques d'assainissement optimales mais leur mise en pratique traîne. Ce défaut a été publiquement reconnu dans toutes les communautés échantillonnées lors de l'étude qualitative et confirmé à travers leur catégorisation des facteurs de risque à la fin de la collecte de données. Parmi les problèmes en lien avec l'assainissement, un manque de latrines dans la zone a été souligné à maintes reprises comme il cumule les effets néfastes sur la santé des habitants des communautés concernées.

D'après les résultats de l'enquête EMMUS VI, 23,1% de ménages enquêtés dans les milieux ruraux ont l'accès aux installations sanitaires améliorées. Ces conclusions s'alignent avec les résultats de l'enquête quantitative, selon lesquels 20,1% [16,6-24,3 IC 95%] de ménages enquêtés dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault ont l'accès aux latrines améliorées³³. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont révélé aucune association statistique entre ces indicateurs, ce qui signifie que l'accès aux installations sanitaires améliorées ne constitue pas un facteur protecteur contre la sous-nutrition dans la zone étudiée. Ces résultats ne semblent pas rejoindre les conclusions d'autres études menées en Haïti qui constatent une contribution positive des toilettes améliorées sur la santé des enfants³⁴, entre autres, en réduisant l'exposition à l'inflammation chronique des intestins.

D'ailleurs, selon les résultats de l'enquête quantitative, 77,6% [73,5-81,3 IC 95%] de ménages enquêtés vivaient dans une maison avec le sol en terre battue. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie que l'enfant vivant dans une telle maison est plus susceptible de souffrir d'un retard de croissance que les enfants vivant dans les maisons avec le sol en béton et/ou en bois.

E. GENRE

Le concept de mariage, en tant qu'union reconnue entre deux personnes qui établit des droits et des obligations entre eux ainsi qu'entre leurs belles familles, subit une transformation graduelle dans une société haïtienne qui reflète et alimente l'évolution d'autres tendances socio-culturelles. D'après les participants aux groupes de discussion, les communautés haïtiennes font face à la

³² Roy, Isabelle. Facteurs associés à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans en Haïti, Université de Montréal, 2016.

³³ Seulement une latrine avec fosse septique et/ou une toilette moderne ont été codées comme des latrines améliorées aux fins de cette étude. Tous les autres lieux de défécation ont été codés comme des latrines non-améliorées.

³⁴ Roy, Isabelle. Facteurs associés à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans en Haïti, Université de Montréal, 2016. [« Les enfants de moins de 5 ans dont les familles ont l'accès à des toilettes améliorées ont une prévalence de la diarrhée inférieure à celle des enfants dont les familles ne possèdent pas des toilettes améliorées.]

dissolution de l'institution du mariage, issue d'une dégradation de leur situation économique³⁵, qui contribue à la dissolution des liens interfamiliaux et, par extension, communautaires. Les participants aux groupes de discussion ont constaté que les mariages spontanés de nos jours, sans la consultation des parents, et/ou les unions libres rendent la gestion des conflits dans le couple impossible – ce qui contribue à leur dissolution quasi-instantanée. En d'autres mots, le mariage qui a autrefois servi comme un moyen de renforcement des liens intracommunautaires a été réduit en union libre, souvent déployée comme une stratégie de survie, qui risque de terminer aussi vite qu'il commence. Il va sans dire que ceci contribue à la perception d'instabilité et de faible soutien social comme « *chacun se bat pour sa survie.* »

Les participants aux groupes de discussion ont identifié la jalousie et l'infidélité comme une cause principale de la dissolution des unions. Les hommes ainsi que les femmes se sont accusés de l'adultère de manière semblable. Par contre, les participants aux groupes de discussion ont remarqué que l'adultère des hommes n'est pas souvent critiqué par la communauté, ce qui donne aux hommes la légitimité de continuer dans leurs escapades et de démontrer leur masculinité à leur entourage. Pourtant, le même standard n'est pas appliqué aux femmes qui peuvent subir des doubles conséquences si leurs relations extraconjugales deviennent publiques.

Les hommes sont les premiers responsables du ménage et leur charge de travail se constitue quasi uniquement des activités génératrices de revenu. De l'autre côté, une femme haïtienne est traditionnellement responsable d'exécuter un ensemble des tâches ménagères³⁶ et de prendre soin de sa progéniture. En cas de difficultés financières, il est attendu que la femme se mobilisera pour aider à son conjoint de subvenir aux besoins familiaux. Ainsi, elle est immergée dans les activités au sein et en dehors du foyer – avec un impact important sur ses capacités de prendre soin des enfants au cours de la journée.

Les participantes aux groupes de discussion ont constaté que la surcharge de travail³⁷, dû à l'insécurité financière et/ou liée intrinsèquement avec, représente une véritable source de stress ressenti quotidiennement. Ce stress se manifeste, entre autres, par une diminution de la production du lait maternel en lien avec les apports nutritionnels inadéquats pendant la période post-partum. Ces témoignages s'alignent avec les résultats de l'enquête quantitative, selon lesquels 52.6% [52,0-53,1 IC 95%] de femmes enquêtées ont signalé des niveaux plus élevés de stress à travers une série de 18 questions sur les aspects positifs et négatifs de la parentalité³⁸. D'après la recherche existante, des niveaux plus élevés de stress parental influencent négativement la sensibilité parentale vers l'enfant, le comportement des enfants ainsi que le lien affectif entre les deux.

Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie que plus la mère est stressée, plus susceptible était son enfant de souffrir de l'émaciation, d'un retard de croissance ou d'insuffisance pondérale. Autrement dit, le stress parental peut prédire de

³⁵ Il est important à noter que vu le fardeau financier que l'organisation des réceptions de mariage représente en lien avec les attentes communautaires, les couples évitent de se noyer dans les dépenses relatives au mariage et préfèrent d'utiliser les ressources disponibles autrement – malgré le fait que leur relation non officielle dans les yeux de l'état et/ou de l'église pourrait être d'une manière stigmatisée.

³⁶ Nettoyer la maison, cuisiner, chercher l'eau, aller au marché, s'occuper des enfants et/ou des animaux, apporter le repas aux hommes travaillant dans les champs.

³⁷ Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont révélé aucune association statistique entre ces indicateurs, ce qui signifie que la surcharge de travail des femmes en tant que telle n'est pas un facteur de risque conduisant à la sous-nutrition dans la zone étudiée. (Cf. *Annexe B*).

³⁸ Développé par Berry et Jones (1995).

manière prévisible l'indice P/T avec chaque augmentation d'une unité du score de stress parental correspondant à une diminution de l'indice P/T, T/A et P/A.

D'ailleurs, des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé des associations statistiques significatives entre un nombre des questions individuelles composant l'indice du stress parental et l'état nutritionnel des enfants. Par exemple, la perception du bonheur dans le rôle de parent et l'appréciation des moments avec l'enfant peuvent prédire de manière prévisible le périmètre brachial de l'enfant. D'ailleurs, la perception de l'enfant en tant que source d'affection importante pour le parent peut prédire de manière prévisible l'indice T/A de l'enfant et le même principe s'applique si le parent considère difficile d'équilibrer les différentes responsabilités à cause de ses enfants ou si le parent se sent dépassé par ses responsabilités.

Des analyses complémentaires ont mis en évidence une association statistique significative entre l'indice du stress parental et les grossesses désirées, ce qui signifie que le niveau du stress perçu par les femmes désirant d'être enceintes est inférieur au niveau de stress des femmes qui ne désiraient pas d'être enceintes. De plus, une association statistique significative a été observée entre l'indice du stress parental et le chef de ménage féminin³⁹, ce qui signifie que le niveau du stress perçu était considérablement plus élevé dans les ménages dirigés par les femmes.

A cet égard, il peut être intéressant à noter que, lors des analyses complémentaires de données brutes de l'enquête EMMUS VI pour le Département de Grand'Anse, entreprises pendant l'étape de la revue littéraire de cette étude Link NCA, une association statistique potentielle a été observée entre le chef de ménage féminin et l'émaciation de l'enfant, ce qui signifie qu'un enfant d'une mère responsable de ménage était plus susceptible de souffrir de la malnutrition aiguë⁴⁰. Ce lien statistique n'a pas été confirmé lors des analyses de l'enquête quantitative mais une corrélation potentielle avec la malnutrition chronique a été détectée dans le cas de ménages dirigés par les femmes avec plus qu'un enfant de moins de 5 ans. En d'autres mots, un enfant de moins de 5 ans ayant un frère ou sœur dans la même fourchette d'âge vivant dans un ménage dont une femme est le seul responsable était plus susceptible de souffrir d'un retard de croissance.

Considérant le contexte complexe dans lequel les parents, notamment les femmes chefs de ménage, vivent, le soutien social auquel elles peuvent avoir accès est limité, voire non-existant. D'après les participants aux groupes de discussion, « *elles n'ont pas que quelques membres de leurs familles ou quelques amis pour leur supporter*⁴¹. »

En principe, le cercle de soutien comprend les mères des femmes, qui leur aident notamment pendant les périodes de grossesse et post-partum ; les agents de santé (communautaires), qui leur conseillent et veillent à leur santé ; et les voisins, qui peuvent leur dépanner dépendamment de leurs possibilités. Dans les situations d'un manque de moyens financiers, les femmes dépendent des individus et/ou des institutions pour la prise du crédit sous risque d'être exploitées et/ou interpellées par la justice.

Lors des analyses de l'enquête quantitative prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage, aucune association statistique a été observée entre la perception de soutien social et l'état nutritionnel de l'enfant dans le ménage. Par contre, un grand décalage a été noté entre les valeurs moyennes dans les ménages sous la responsabilité des hommes et ceux sous

³⁹ 42,3% [37,8-47,0 IC 95%].

⁴⁰ Vu la petite taille d'échantillon, il est nécessaire de considérer ces résultats avec précaution.

⁴¹ Participants aux groupes de discussion, Camp Bernard.

la responsabilité des femmes. Autrement dit, seulement 47,8% de ménages gérés par des hommes ont affirmé un manque de soutien social contre 69,6% de ménages gérés par des femmes. Des analyses complémentaires ont mis en évidence une association statistique significative entre la perception de soutien social et le chef de ménage féminin, ce qui signifie que l'accès au soutien social diminue considérablement dans le cas de ménages dirigés par les femmes. D'ailleurs, il est intéressant à noter qu'un lien statistiquement significatif a été détecté entre le décès d'un membre de ménage et l'émaciation de l'enfant, ce que signifie que les enfants venant de ménages où un membre a récemment décédé étaient plus susceptibles d'être atteint de la malnutrition aigüe. Dans le contexte de données collectées il est possible de déduire que le décès d'un membre de ménage a des conséquences financières ainsi que émotionnelles importantes sur la vie des survivants, y compris leur état nutritionnel par la suite.

En ce qui concerne le pouvoir décisionnaire, les femmes possèdent le pouvoir important dans le ménage. Pourtant, il faut noter que le pouvoir décisionnaire est lié au pouvoir économique. En d'autres mots, les femmes avec une activité génératrice de revenu ont le pouvoir décisionnaire plus important que les femmes sans la source de revenu et peuvent même avoir une autonomie décisionnaire si l'homme n'est pas capable de subvenir aux besoins financiers du ménage. Pendant que les hommes ont tendance de contrôler le processus décisionnaire seulement en lien avec les questions d'une certaine valeur financière, telles que l'agriculture ou la scolarisation des enfants, ils peuvent exercer leur pouvoir décisionnaire même dans les questions relatives à la santé maternelle et/ou infantile, telles que le lieu d'accouchement et/ou le recours aux soins en cas de maladie, si la femme n'est pas financièrement autonome. Il est important à noter que le revenu généré par la femme reste sous son autorité et l'homme ne peut pas influencer comment cet argent est dépensé.

F. SOUS-NUTRITION

Les résultats de la collecte de données anthropométriques démontrent le taux de la malnutrition aigüe globale (MAG) de 2,4% [1,3-4,4 IC 95%], considéré comme « très faible » selon les seuils de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2018, avec la valeur la plus haute de l'intervalle de confiance au dessous du seuil « minimal ».

La prévalence de la malnutrition chronique globale (MCG) était de 22,9% [18,4-28,1 IC 95%], considéré comme « élevé » selon les seuils de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2018.

Références	Indicateurs		Résultats
OMS	Z-scores et/ou oedemes (N = 411)	Malnutrition Aiguë Globale P/T < -2 z et/ou oedèmes	2,4% [1,3-4,4]
		Malnutrition Aiguë Sévère P/T < -3 z et/ou oedèmes	1,0% [0,4-2,6]
	Z-scores (N = 411)	Malnutrition Chronique Globale T/A < -2 z	22,9% [18,4-28,1]
		Malnutrition Chronique Sévère T/A < -3z	5,4% [3,2-8,8]
	Z-scores (N = 411)	Insuffisance Pondérale Globale P/A < -2 z	8,8% [6,4-11,9]
		Insuffisance Pondérale Sévère P/A < -3z	1,2% [0,6-2,6]
PB	Age = 6-59 mois (N = 394)	Malnutrition Aiguë Globale PB (<125mm) et/ou oedèmes	1,3 % [0,4-3,6]

		Malnutrition Aigüe Sévère (PB <115mm) et/ou œdèmes	0,5% [0,1-2,1]
--	--	--	-------------------

*La prévalence de l'œdème était de 0,5% (n=2).

Tableau 1: Résumé des résultats anthropométriques de l'enquête nutritionnelle SMART réalisée dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault, Mai 2019

Des analyses ultérieures des mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont pas révélé des regroupements d'enfants souffrant de la malnutrition aigüe dans certaines zones géographiques, connues comme les « poches de malnutrition ». Par contre, la formation de poches a été observé pour la malnutrition chronique. En effet, les localités les plus touchées par ce phénomène se situent dans les milieux ruraux avec l'accès difficile ou plutôt difficile vers les services de base. A cet égard il est aussi important à noter que lors des analyses complémentaires une association statistique potentielle a été observée entre le lieu de résidence et le retard de croissance, ce qui signifie qu'un enfant résidant dans le milieu rural était plus susceptible de souffrir de la malnutrition chronique.

Une analyse des résultats de la malnutrition aigüe par sexe a montré que les garçons semblaient légèrement plus affectés par la malnutrition aigüe ainsi que la malnutrition chronique que les filles. Une association statistique significative a été détectée entre le sexe de l'enfant et l'insuffisance pondérale, ce qui signifie qu'un enfant de sexe masculin est plus susceptible d'être excessivement maigre qu'un enfant de sexe féminin.

Une analyse des données anthropométriques par âge de l'enfant a mis en évidence une plus grande vulnérabilité des enfants de moins de 24 mois à l'égard de la malnutrition aigüe pendant que leurs chances d'être atteint de la malnutrition chronique à cet âge sont statistiquement moins probables. D'ailleurs, les enfants de 13 mois semblent les plus vulnérables à la malnutrition aigüe sévère selon l'indice P/T, les enfants de 20 mois selon le PB et les enfants de 7 mois répondent aux critères de détection par la présence des œdèmes bilatéraux.

G. PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES DE LA SOUS-NUTRITION ET ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES

La population dans les communautés échantillonnées a fait référence à la sous-nutrition en utilisant plus de 50 termes, dont 26 ont été utilisé pour identifier la forme marasmique de la malnutrition aigüe, 11 pour décrire le kwashiorkor et 13 référaient à la malnutrition chronique. Il est intéressant à noter que 4 termes, notamment le *djòk*, *malnitriksyon*, *pwatchokò/kwachyokò* et *polyo*, étaient utilisés pour identifier le marasme et le kwashiorkor au même temps. Un bon nombre de termes utilisés à une connotation légèrement (*ti krapo*) ou fortement (*kokobe*) négative en vue de se moquer des enfants et/ou de leurs parents. L'utilisation de certains de ces termes peut donc avoir un effet stigmatisant, suscitant un sentiment de honte chez les parents concernés et, par conséquent, leur retrait éventuel de l'œil du public. Pourtant, il est important à noter que les « *farouche* »⁴² dans les communautés haïtiennes ne sont pas utilisés seulement pour embarrasser le destinataire mais servent aussi à le sensibiliser, potentiellement le motivant d'agir. En d'autres mots, il est habituel d'utiliser les moqueries afin de faire pression à la personne concernée de se comporter dans les limites socialement acceptables.

Dans l'ensemble, il est possible à constater que la population distingue correctement les différentes formes de sous-nutrition, le marasme étant associé avec la maigreur, le kwashiorkor avec les œdèmes et le retard de croissance avec la petite taille. Pourtant, il est aussi important à

⁴² Moquerie.

noter que le recours au traitement dépend de la perception des causes de la condition dont l'enfant souffre. En d'autres mots, les parents de l'enfant concerné décident quel traitement à suivre dépendamment de leur lecture des symptômes et ainsi les causes de la maladie de l'enfant. Ainsi, la perception de l'amaigrissement de l'enfant ne garantit pas automatiquement le recours aux soins au centre de santé dans le cadre du programme de la prise en charge de la malnutrition, si toutefois les parents associent la condition au dérangement mystique.

H. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET CATÉGORISATION DES FACTEURS DE RISQUE

Après la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'Analyste Link NCA a triangulé toutes les données disponibles, comparé les associations statistiques de chaque facteur de risque et déterminé la force de son association avec la sous-nutrition. Les notes attribuées à chaque facteur de risque hypothétique sont résumées dans le tableau ci-dessous.

	Facteur de risque	Prévalence du facteur de risque selon les données secondaires/revue de la littérature	Associations statistiques issues de l'enquête quantitative	Force de l'association du facteur de risque avec la sous-nutrition dans la littérature scientifique	Association du facteur de risque avec les tendances saisonnières et historiques de la sous-nutrition	Classification du facteur de risque selon les résultats de l'étude qualitative	Classification du facteur de risque par les communautés	Interprétation/ Impact du facteur de risque
A	Faible accès aux centres de santé / Recours aux soins traditionnels	++	++	++	+	++	++	Important
B	Faible utilisation des services de santé	++	+++	++	+	++	++	Important
C	Faible espacement des naissances / Faible utilisation du planning familial	++	-	++	-	+	+	Mineur
D	Petit poids à la naissance	+	N/A	++	+	N/A	N/A	Mineur
E	Niveau de stress maternel élevé	++	+++	++	++	+++	+	Majeur
F	Pratiques d'allaitement maternel non-optimales	+++	-	+++	+	+	+	Important
G	Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant non-optimales	+++	-	+++	+	+	+	Important
H	Faible qualité des interactions entre l'enfant et le donneur de soins	++	-	+	+	+	+	Mineur
I	Faible accès aux aliments	++	+	++	+	+	+	Mineur
J	Faible accès et disponibilité des	++	-	++	+	+	N/A	Mineur

	sources de revenus pour les ménages							
K	Disfonctionnement des marchés ou système d'approvisionnement	+	++	+	+	+	+	Important
L	Faible capacité de résilience	+++	+++	+++	++	++	+++	Majeur
M	Faible accès et disponibilité de l'eau (qualité et quantité)	+	+	+++	+	++	++	Important
N	Faibles pratiques d'hygiène	+	+++	++	+	+	+	Important
O	Faibles pratiques d'assainissement	+++	+	++	+	++	++	Important
P	Surcharge de travail des femmes	++	+++	++	+	+++	+++	Majeur
Q	Faible soutien social des femmes	++	-	+	+	+++	+++	Important
R	Faible état nutritionnel des femmes	+	+++	+++	+	++	++	Important
S	Migration	N/A	N/A	N/A	+	+	+	Mineur

Tableau 24: Synthèse de la catégorisation des facteurs de risque

Au même temps, l'Analyste Link NCA a revisité les schémas causaux, développés à la base des explications communautaires, et dessiné deux schémas simplifiés afin d'expliquer une majorité de cas de malnutrition aigüe et de malnutrition chronique dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault. Le plus important, cet exercice a permis de différencier entre les facteurs de risque conduisant à la malnutrition aigüe et la malnutrition chronique, même s'ils se chevauchent.

Le figure 2 ci-dessous résume les facteurs de risques avec le lien statistiquement significatif avec la malnutrition aigüe dans la zone étudiée. Les groupes plus vulnérables à la malnutrition aigüe étaient identifiés comme les enfants de moins de 24 mois de sexe masculin. En lien avec ce qui va suivre, les enfants dans les ménages monoparentaux où il y a plus qu'un enfant < 5 ans sont particulièrement exposés à la détérioration de leur état nutritionnel dans les premiers deux ans après leur naissance.

A la base, la malnutrition aigüe prend ses racines dans le cycle vicieux déclenché par un choc, lequel le ménage n'arrive pas absorber de manière optimale, par exemple un décès d'un membre de famille – qui peut représenter une disparition d'une partie importante de soutien social disponible au ménage au même temps qu'il peut aboutir à la décapitalisation du ménage afin de couvrir le cout de funérailles. Ainsi endetté, le ménage peut recourir à l'utilisation des stratégies d'adaptation inappropriées, y compris les relations sexuelles (de survie), débouchant sur les grossesses non-désirées, ainsi augmentant le stress parental. A ce niveau il est important à noter que l'indice des stratégies d'adaptation dans les ménages dirigés par les femmes a été lié de manière significative à la malnutrition aigüe. D'ailleurs, d'après les données, cet indice a la tendance d'augmenter si une femme dépend du travail journalier en tant que sa source de revenu et ressent le niveau de stress élevé.

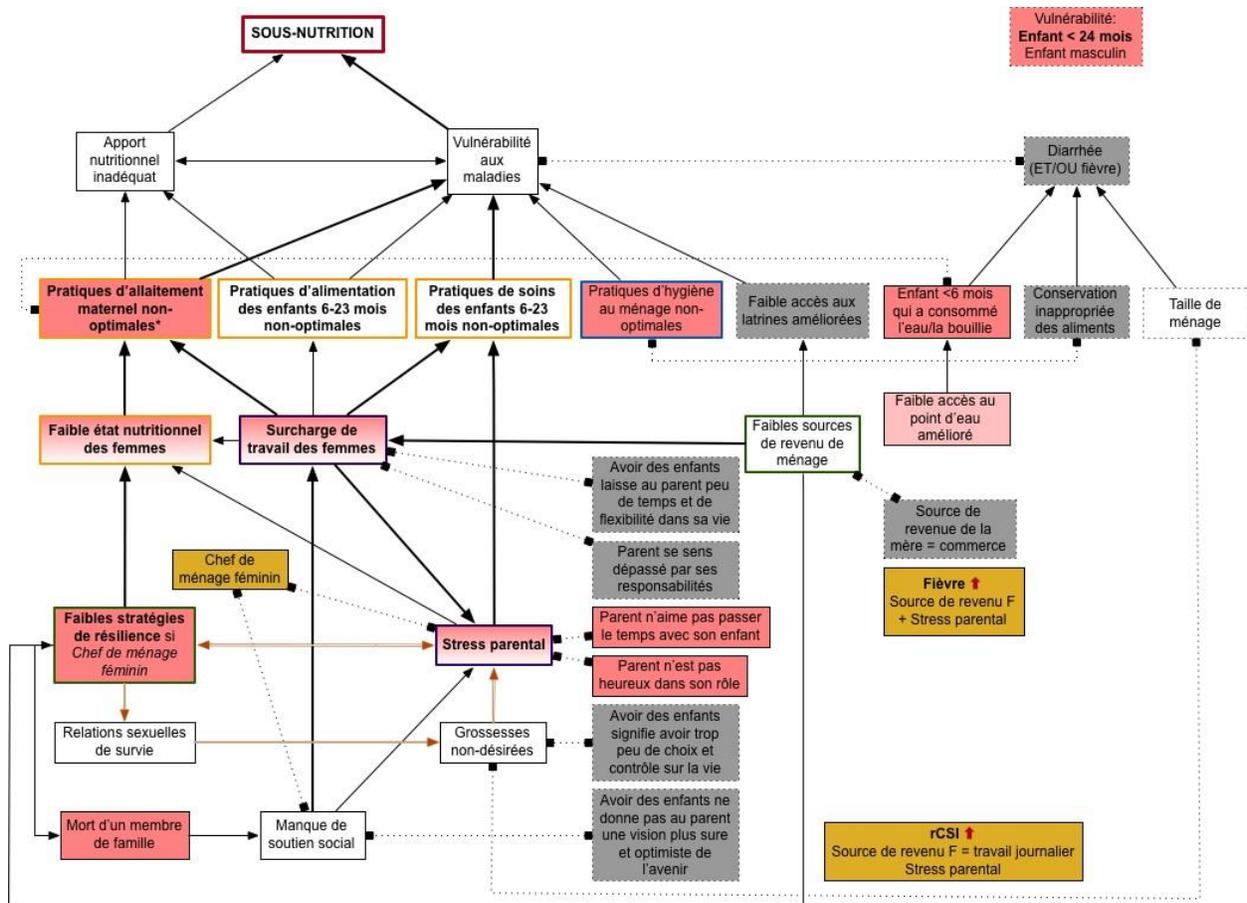


Figure 2: Schéma causal simplifié pour malnutrition aigüe dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault⁴³

Par conséquent, le stress parental influence les pratiques de soins des enfants âgés de 6 à 23 mois mais il est particulièrement nuisible pendant la grossesse et/ou pendant les premiers 6 mois après la naissance, en agissant sur l'état nutritionnel de la mère. En lien avec la faible alimentation en qualité et quantité optimales, le corps de la mère ne produit pas suffisamment du lait maternel pour satisfaire les besoins nutritionnels de son enfant – ce qui se traduit souvent en son incapacité d'observer les pratiques d'allaitement maternel exclusif. Désirant d'assurer le bon développement de son enfant malgré cet inconvénient, la mère initie la complémentation précoce en aliments solides et/ou semi-solides, ce qui augmente la vulnérabilité de l'enfant à la diarrhée et/ou d'autres morbidités, potentiellement débouchant sur la malnutrition aigüe. Ceci est d'autant plus possible dans le cas de ménages où les pratiques d'hygiène, notamment la conservation des aliments, ne sont pas optimales. A cet égard, il est intéressant à noter que la commerce en tant qu'une source de revenu a été potentiellement liée à la malnutrition aigüe mais cette association ne devrait pas être étudiée en lien avec le bénéfice généré par cette activité mais plutôt en lien avec l'absence de la mère au foyer, dont l'enfant est laissé sous charge d'une autre personne - qui n'exclut pas,

⁴³ Les cellules en rouge foncé représentent les facteurs de risque liés de manière significative à la malnutrition aigüe, tandis que les cellules en rose indiquent des facteurs de risque significativement liés à la malnutrition chronique, selon les calculs de valeur $p < 0.05$. (Cf. Annexe B). Les cellules en gris foncé représentent les facteurs de risque potentiellement liés à la malnutrition aigüe, tandis que les cellules en gris clair représentent les facteurs de risque potentiellement liés à la malnutrition chronique, selon les calculs de valeur $p < 0.1$. (Cf. Annexe B). Les cellules en deux couleurs représentent des facteurs de risque applicables à la malnutrition aigüe et aussi la malnutrition chronique. Les cellules en violet représentent les facteurs de risque liés à l'insuffisance pondérale et les cellules en vert représentent les facteurs protecteurs.

d'ailleurs, les enfants < 18 ans. D'ailleurs, des liens statistiquement significatifs avec la malnutrition aigüe ont été détectés chez les parents qui ne sont pas heureux dans leur rôle et n'aiment pas passer le temps avec leurs enfants.

De l'autre côté, le figure 3 ci-dessous résume les facteurs de risques avec le lien statistiquement significatif avec la malnutrition chronique dans la zone étudiée. Les groupes plus vulnérables à la malnutrition aigüe étaient identifiés comme les enfants de plus de 24 mois de sexe masculin vivant dans les milieux ruraux avec l'accès difficile ou plutôt difficile vers les services de base. En lien avec ce qui va suivre, les enfants dans les ménages monoparentaux où il y a plus qu'un enfant < 5 ans sont particulièrement exposés à la détérioration graduelle de leur état nutritionnel, influençant ainsi leur taille par rapport l'âge (malnutrition chronique) et/ou le poids par rapport l'âge (insuffisance pondérale).

Semblablement à la malnutrition aigüe, la malnutrition chronique prend aussi ses racines dans le cycle vicieux, mais dans ce cas il est plutôt lié à la détérioration chronique de la situation socio-économique du ménage et/ou la chronicité de la survie de ménage de jour à jour. A ce niveau il est important à noter qu'un nombre moyen de mois d'approvisionnement alimentaire adéquat pour les ménages diminue de manière significative dans le cas de ménages où la femme dépend du travail journalier en tant que sa source de revenu et ressent le niveau de stress élevé.

Ainsi, le ménage peut recourir à l'utilisation des stratégies d'adaptation inappropriées, y compris les relations sexuelles (de survie), débouchant sur les grossesses non-désirées, augmentant ainsi le stress parental. A ce niveau il est important à noter qu'un lien statistiquement significatif a été détecté entre les grossesses non-désirées et la malnutrition chronique qui se dévoile, entre autres, par la faible utilisation des services de santé pendant les 1000 premiers de vie de l'enfant⁴⁴. D'après les données, un enfant ratant sa dose de Vitamine A ou recevant les soins inappropriés lors des épisodes de la diarrhée et/ou la fièvre était statistiquement plus vulnérable à la malnutrition chronique qu'un enfant recevant les soins nécessaires. Ceci est naturellement lié à la surcharge de travail des femmes qui sont souvent absentes du foyer, en essayant de générer le revenu nécessaire pour la survie du ménage. A cet égard, il est important à noter que la source de revenu de la mère représente un facteur protecteur contre la malnutrition chronique, c'est-à-dire ces fonds aident à assurer un développement adéquat de l'enfant. Pourtant, les soins n'étant pas toujours assurés par une personne habilitée entraînent l'exposition des enfants aux maladies récurrentes, jouant ainsi rôle dans le retard de croissance. Selon les données, les enfants résidant dans les ménages plus éloignés du marché, souvent avec l'accès limité au savon et/ou point d'eau amélioré étaient plus susceptibles d'être atteint de la malnutrition chronique. Des liens potentiels ont été aussi détectés avec la conservation inappropriée des aliments et le sol de la maison en terre battue, soulignant les risques potentiels des pratiques de l'hygiène au ménage et/ou l'assainissement de l'espace de jeu de l'enfant sur sa croissance.

⁴⁴ Depuis la conception jusqu'à 2 ans.

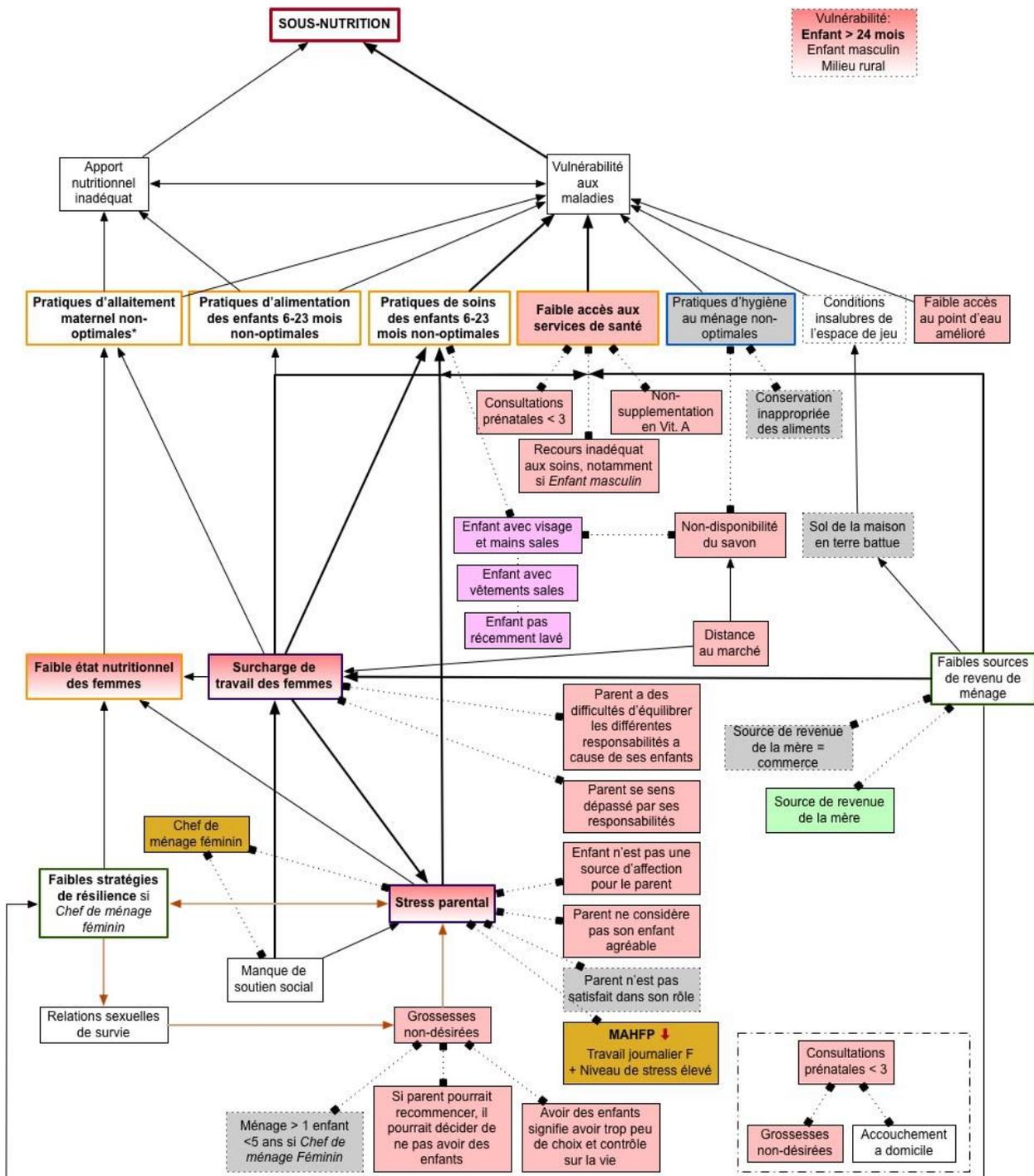


Figure 3: Schéma causal simplifié pour malnutrition chronique dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault¹⁷⁸

III. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les analyses entreprises au cours de cette étude Link NCA ont permis d'identifier 19 facteurs de risque, susceptibles d'avoir l'effet sur l'incidence de la sous-nutrition dans la zone d'étude. Suite à une triangulation de données provenant de sources diverses, trois (3) facteurs de risque ont été identifiés comme ayant un impact majeur, dix (10) facteurs de risque ont été classés comme ayant

un impact important et six (6) facteurs de risque ont été considérés comme ayant un impact mineur.

Les trois principaux facteurs de risque prennent ses racines dans la situation économique du pays, qui se manifeste par les faibles capacités de résilience de ménages, par la surcharge de travail des femmes, tout en débouchant sur un niveau augmenté du stress parental.

Les analyses permettant la détermination d'associations statiques entre les facteurs de risque et l'émaciation ou le retard de croissance a permis de différencier les mécanismes causaux de ces deux formes de sous-nutrition et de simplifier des schémas assez complexes à des fins opérationnelles.

Sur la base de ces résultats, les activités suivantes sont recommandées d'être incorporées dans un plan d'action multisectoriel afin de répondre aux facteurs de risque identifiés. Les recommandations sont présentées par secteur thématique d'intervention mais doivent être prises en compte de manière dynamique pour une meilleure amélioration de la situation nutritionnelle dans la zone d'étude.

- Renforcer l'autonomisation des communautés afin de permettre l'identification et la détection précoce des problèmes et, par conséquent des solutions locales, en facilitant, entre autres, l'accès à l'information ;

Santé et Nutrition

- Améliorer l'accès physique et financier aux établissements de santé, en particulier par le biais d'approches communautaires à faibles ressources et potentiellement renforcer le déploiement des cliniques mobiles à court terme, notamment lors des pics des maladies infantiles dans les milieux éloignés des services de santé;
- Renforcer les capacités des agents communautaires et les doter des médicaments de premier recours;
- Améliorer la qualité des soins, notamment l'accueil et la communication avec les patients, par un renforcement continu des compétences et des capacités du personnel de santé afin de construire une relation de confiance entre les soignants et les soignés, tout en augmentant le nombre du personnel formés et dédiés aux établissements de santé, aménageant leurs espaces de travail pour la prise en charge adéquate dans un environnement sain avec la disposition permanente du matériel/médicaments de qualité nécessaires pour cette prise en charge;
- Renforcer les activités IEC/CCC aux établissements de santé sur la santé maternelle et infantile, en adaptant les messages de sensibilisation aux connaissances existantes et en valorisant le savoir local en termes de pratiques de soins en lien avec la sous-nutrition, s'appuyant, entre autres, sur les tradipraticiens et les matrones lors de leur diffusion ;
- Créer des groupes de soutien permettant aux parents (femmes et hommes) de partager leur expérience et offrir/recevoir le support de leurs paires pour leur permettre d'identifier des solutions appropriées aux problèmes discutés ;
- Promouvoir l'utilisation des moyens contraceptifs, en augmentant un nombre du personnel formé à ces méthodes (accueil, conseil, prévention), tout en les rendant disponibles et accessibles à la population, avec le focus particulier sur l'éducation sexuelle dans les établissements scolaires (prévention des grossesses précoces non-désirées).

Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence

- Faciliter l'accès des ménages et/ou des femmes au micro-crédit pour faciliter la mise en place des activités agricoles et/ou commerciales, surtout à travers les bureaux locaux des caisses de crédit, à un taux d'intérêt convenable avec des délais de remboursement raisonnables, tout en renforçant leurs capacités en gestion des ressources financières et/ou de leurs activités agricoles/commerciales ;
- Mettre en place et/ou faciliter l'accès à de boutiques d'intrants (agriculture/pêche/élevage) et/ou de banques de crédit agricole/mutuels de solidarité (MUSO)/groupes AVEC afin de réduire les pertes financières liées à l'achat des intrants et/ou leur transport depuis les grandes villes et d'accompagner les populations à plus long terme en développant leurs capacités de résilience;
- Créer des unités de transformation des produits agricoles locaux / coopératives et promotion de la consommation de ses produits, en revalorisant la culture des produits indigènes ;
- Accompagner les ménages les plus vulnérables à plus long terme afin d'assurer leur autonomisation graduelle ;
- Plaidoyer pour une politique de la protection de l'agriculture / contrôle d'importation ainsi que l'agriculture de santé publique.

Eau, Assainissement et Hygiène

- Construire et/ou réhabiliter des points d'eau a proximité de ménages afin de réduire le temps pour l'approvisionnement en eau ;
- Former les organisations locales à l'approche ACAT afin que les membres des organisations accompagnent les communautés à l'auto-construction des latrines, accompagné de la formation sur la promotion de l'assainissement de ménages/lieux publics ;
- Identifier et aménager des sites de décharge, accompagné d'une stratégie de ramassage et recyclage communautaire des déchets plastiques, promouvoir le nettoyage des côtes, accompagné de la sensibilisation sur la protection de l'environnement, tout en renforçant la mise en œuvre de la politique sur la protection de l'environnement sur l'aspect pollueur = payeur ;
- Développer des projets « WASH in schools » et revisiter l'intégration des thématiques de l'éducation sur l'eau, assainissement et hygiène dans les programmes scolaires.

Genre

- Electrifier et/ou approvisionner les zones urbaines et rurales de l'arrondissement d'Anse d'Hainault en panneaux solaires afin de faciliter l'utilisation des appareils électriques pour certaines tâches ménagères avec le potentiel de raccourcir le temps nécessaire pour leur achèvement et/ou de réduire leur coût et/ou l'impact sur l'environnement (par exemple, plaques électriques, machines à laver, fers à repasser, etc.)
- Promouvoir une répartition plus équitable de responsabilités au sein de ménage, en encourageant l'implication des hommes dans les tâches ménagères et les soins d'enfants, y compris leurs responsabilités de paternité ;
- Revisiter l'intégration des thématiques de l'éducation civique dans les programmes scolaires ;
- Plaidoyer pour une allocation spécifique aux femmes chef de ménage/ménages monoparentales (logement, scolarité, santé, planification familiale).