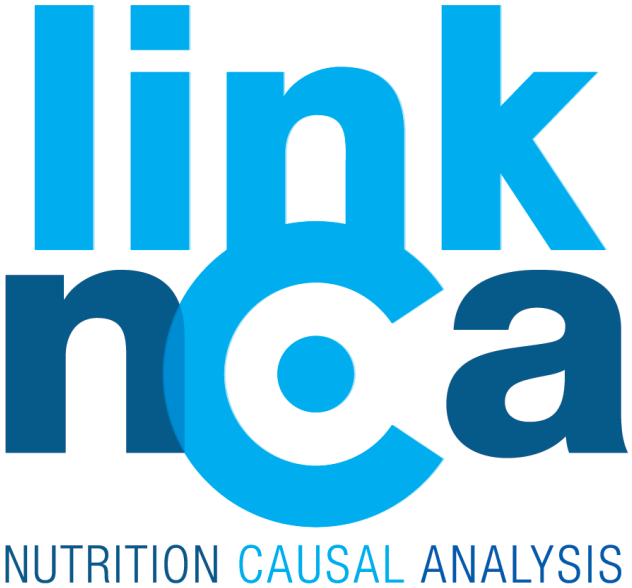
# Rapport final




## Février 2019 – Septembre 2019

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

## REMERCIEMENTS

L'analyse causale de la sous-nutrition (Link NCA) dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault, Département de Grand'Anse, Haiti a été rendue possible grâce au financement de l'Union européenne.

L'étude a été menée par l'Analyste Link NCA, *Lenka Blanárová* et l'Experte SMART, *Grace Heymsfield*, sous la supervision des points focaux de cette étude : *Cédric Piriou*, Directeur-Pays, Action Contre la Faim, Haiti, *Natasha Jean-Baptiste Zephirin*, Manager Santé Nutrition, Action Contre la Faim, Haiti et *Chantal Autotte Bouchard*, Réfèrent Technique Santé Nutrition, Action Contre la Faim, USA.

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

À *Dr. Joseline Marhone Pierre*, Directrice de l'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu), Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), pour son dévouement infatigable dans la lutte contre la sous-nutrition; à la Direction Départementale Sanitaire de Grand'Anse (DDSGA); et au personnel des centres de santé dans la zone d'étude pour leurs franches contributions.

À tous les experts techniques qui ont assisté aux ateliers Link NCA pour le partage de leur riche expertise, assurant ainsi la haute qualité de l'étude.

Aux autorités administratives sur l'étendue du territoire de l'arrondissement d'Anse d'Hainault, notamment à la Mairie d'Anse d'Hainault, Dame Marie et Les Irois, pour l'assurance de sécurité à tous les membres de l'équipe Link NCA; à tous les représentants des Conseils d'Administration de la Section Communale (CASEC) de l'arrondissement d'Anse d'Hainault pour leur accompagnement lors de la collecte des données; aux notables de la zone d'étude pour leur accueil chaleureux et leurs orientations précieuses, et à tous les résidents des localités échantillonnées et/ou croisés au hasard pour leur hospitalité et leur franche collaboration.

Un remerciement spécial est adressé à toute l'équipe quantitative et qualitative pour leurs efforts exceptionnels dans les conditions éprouvantes lors de la collecte des données, notamment à *Mme. Marie Tracy Léger* et *Mlle. Danica Casimir* pour leur curiosité, dévouement et dynamisme extraordinaire qui ont aidé à assurer la plus haute qualité de données collectées.

Nous adressons également nos remerciements à l'Unité technique Link NCA d'Action Contre la Faim, France, notamment à *Mlle. Gwenaëlle Luc*, pour sa disponibilité et son encouragement 24/7.

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

## ABBRÉVIATIONS

| | |
|---|---|
| ACF | Action Contre la Faim |
| AME | Allaitement Maternel Exclusif |
| ANJE | Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant |
| ATPE | Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi |
| CAP | Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques |
| CASEC | Conseil d'Administration de la Section Communale |
| CCC | Communication pour le Changement de Comportement |
| CFSVA | Comprehensive Food Security, Nutrition Security, and Vulnerability Analysis |
| CdS | Centre de Santé |
| CNSA | Coordination Nationale de la Sécurité Alimentaire |
| CPN | Consultation Prénatale |
| DAMF | Diversité Alimentaire Minimale pour les Femmes (Minimal Dietary Diversity for Women) |
| DINEPA | Direction Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement |
| DPT3 | 3$^{eme}$ vaccination contre la Diphtérie, Coqueluche et Tétanos |
| EAH | Eau, Assainissement et Hygiène |
| ECHO | Service d'aide humanitaire et de protection civile de la Commission européenne |
| EDS | Enquête Démographique et de Santé |
| EMMUS | Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services |
| ENA | Emergency Nutrition Assessment (Enquête Nutritionnelle d'Urgence) |
| ESD | Entretien Semi-Directif |
| FANTA | Food and Nutrition Technical Assistance |
| FAO | Food and Agriculture Organization |
| FEFA | Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes |
| FGD | Discussion de Groupe |
| HDDS | Household Dietary Diversity Score (Cf. Score de la Diversité Alimentaire des Ménages) |
| HHS | Household Hunger Scale (Indice de la Faim des Ménages) |
| IC | Intervalle de Confiance |
| IDDS | Individual Dietary Diversity Score (Score de la Diversité Alimentaire d'un Individu) |
| IHSI | Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique |
| IP | Insuffisance pondérale |
| IPC | Integrated Phase Classification (Cadre intégré de classification de la Sécurité Alimentaire) |
| IRA | Infections Respiratoires Aigues |
| ISAr | Indice des Stratégies d'Adaptation réduit (Cf. rCSI) |
| LCD | Litres per capita par jour |
| Link NCA | Analyse Causale de la Sous-Nutrition |
| MAG | Malnutrition Aigüe Globale |
| MAM | Malnutrition Aigüe Modérée |
| MAHFP | Months of Adequate Household Food Provisioning (Mois d'Approvisionnement Alimentaire Adéquat pour les Ménages) |
| MAS | Malnutrition Aigüe Sévère |
| MCG | Malnutrition Chronique Globale |
| MCM | Malnutrition Chronique Modérée |
| MCS | Malnutrition Chronique Sévère |
| MSPP | Ministère de la Santé Publique |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé et de la Population |
| ONG | Organisation Non-Gouvernementale |
| PAM | Programme Alimentaire Mondial |
| PB | Périmètre Brachial |
| PCMA | Prise en Charge de Malnutrition Aigue |
| PNS | Programme de Nutrition Supplémentaire (prise en charge de la malnutrition aigüe modérée) |
| PPS | Probability Proportionate to Size (Probabilité proportionnelle à la taille) |
| P/T | Indice Poids/Taille |

| | |
|---|---|
| PTA | Programme Thérapeutique Ambulatoire (prise en charge de la malnutrition aigüe sévère sans complications) |
| rCSI | Reduced Coping Strategy Index (Cf. ISAr) |
| RFS | Risk Factor Survey (Enquête des Facteurs de Risque) |
| SAME | Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence |
| SDAM | Score de la Diversité Alimentaire des Ménages (Cf. HDDS) |
| SMART | Standardized Monitoring for Assessment in Relief & Transitions |
| T/A | Indice Taille/Age |
| UCPNANu | Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition |
| UNICEF | United Nations' Children's Fund |
| USN | Unité de Stabilisation Nutritionnelle (prise en charge de la malnutrition aigüe sévère avec les complications) |

## FIGURES


| | |
|---|---|
| Figure 1 | Carte du Département de la Grand'Anse, Haiti, avec les trois communes de l'Arrondissement d'Anse d'Hainault à l'ouest |
| Figure 2 | Résumé des principales barrières aux soins de santé dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault |
| Figure 3 | Cycle de sous-nutrition |
| Figure 4 | Schéma causal simplifié pour malnutrition aigüe dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault |
| Figure 5 | Schéma causal simplifié pour malnutrition chronique dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault |


## TABLEAUX


| | |
|---|---|
| Tableau 1 | Paramètres utilisés pour le calcul de la taille de l'échantillon pour la collecte de données anthropométriques, Arrondissement d'Anse d'Hainault |
| Tableau 2 | Cadre d'échantillonnage pour l'étude qualitative Link NCA, Arrondissement d'Anse d'Hainault |
| Tableau 3 | Résumé des consultations communautaires lors de l'étude qualitative Link NCA, Arrondissement d'Anse d'Hainault |
| Tableau 4 | Liste des facteurs de risque hypothétiques établies suite à la consultation en ligne, y compris la pondération par experts techniques |
| Tableau 5 | Calendrier saisonnier pour les maladies récurrentes dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault |
| Tableau 6 | Analyse des barrières liées à la vaccination |
| Tableau 7 | Analyse des barrières liées à l'utilisation des moyens contraceptives |
| Tableau 8 | Analyse des barrières liées à la fréquentation des consultations prénatales |
| Tableau 9 | Résultats de l'exercice participative sur la composition des repas dans les localités échantillonnées |
| Tableau 10 | Perception des risques liés aux pratiques d'allaitement maternel |
| Tableau 11 | Analyse des barrières liées à l'allaitement maternel exclusif |
| Tableau 12 | Calendrier saisonnier pour les activités économiques et la sécurité alimentaire dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault |
| Tableau 13 | Perception des risques liés à l'utilisation de l'eau |
| Tableau 14 | Analyse des barrières liées au traitement de l'eau |
| Tableau 15 | Perception des risques liés aux certains pratiques d'hygiène |
| Tableau 16 | Perception des risques liés aux certains pratiques d'assainissement |
| Tableau 17 | Analyse des barrières liées à l'utilisation des latrines |
| Tableau 18 | Synthèse des retours sur la prise de décision au ménage |
| Tableau 19 | Résumé des résultats anthropométriques de l'enquête nutritionnelle SMART réalisée dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault, Mai 2019 |
| Tableau 20 | Prévalences de la malnutrition aiguë globale (MAG) et de la malnutrition chronique globale (MCG) désagrégés par sexe selon l'enquête nutritionnelle SMART réalisée dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault, Mai 2019 |
| Tableau 21 | Liste des termes locaux utilisés à décrire les différentes formes de sous-nutrition |
| Tableau 22 | Résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement de différentes formes de sous-nutrition |

| | |
|---|---|
| Tableau 23 | Synthèse des résultats de l'exercice de la catégorisation des facteurs de risque communautaire |
| Tableau 24 | Synthèse de la catégorisation des facteurs de risque |
| Tableau 25 | Grille de catégorisation des facteurs de risque |

## PHOTOS

| | |
|---|---|
| Photo 1 | Agent de santé communautaire polyvalent accompagnant l'équipe quantitative lors de la collecte de données, Commune de Les Irois |
| Photo 2 | Restitution communautaire à Sicard, Commune d'Anse d'Hainault |
| Photo 3 | Poissons séchés au soleil dans un village au bord de la mer, Commune d'Anse d'Hainault |
| Photo 4 | Point de dépôt de déchets au bord de la mer, Commune de Dame Marie |

## TABLEAU DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS ..... 2
SYNTHÈSE EXÉCUTIVE ..... 7
I. INTRODUCTION ..... 11
II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ..... 13
III. MÉTHODOLOGIE ..... 13
A. ÉTAPES CLÉS DE L'ÉTUDE ..... 14
B. ECHANTILLONAGE POUR L'ENQUETE QUANTITATIVE ..... 16
C. ECHANTILLONAGE POUR L'ETUDE QUALITATIVE ..... 18
D. COLLECTE DE DONNÉES QUANTITATIVES ..... 19
E. COLLECTE DE DONNEES QUALITATIVES ..... 21
F. TRAITEMENT ET ANALYSE DE DONNÉES ..... 24
G. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ..... 24
H. LIMITES DE L'ÉTUDE ..... 25
IV. RÉSULTATS ..... 26
A. SANTÉ ..... 27
B. NUTRITION ET PRATIQUES DE SOINS ..... 45
C. SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS D'EXISTENCE ..... 56
D. EAU, ASSAINISSMENT ET HYGIENE ..... 63
E. GENRE ..... 73
F. SOUS-NUTRITION ..... 81
G. PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES DE LA SOUS-NUTRITION ET ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES ..... 83
H. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET CATÉGORISATION DES FACTEURS DE RISQUE ..... 89
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS ..... 95
VI. ANNEXES ..... 99

## SYNTHÈSE EXÉCUTIVE

L'Arrondissement d'Anse d'Hainault est un des arrondissements le plus reculés en Haiti. Le relief montagneux, couplé avec un réseau routier rudimentaire et largement dégradé, entrave les activités du développement dans la zone. L'indisponibilité des opportunités d'emploi, le déboisement et la dégradation des sols, contribue à la « non-attractivité » de l'arrondissement pour la population (notamment les jeunes générations), dont l'accès aux services de base (établissements de santé, écoles, marchés) est limité. L'exposition quasi-annuelle aux aléas climatiques se traduit en une faible productivité agricole et ainsi impacte le volume des ressources financières provenant de ces activités.

Malgré une baisse statistiquement significative de la prévalence de la malnutrition en Haiti entre 2006 et 2012, ces tendances positives sont fréquemment perturbées par des crises alimentaires régulières. La dernière, suite au passage du cyclone Matthew en Octobre 2016, a plongé l'Arrondissement d'Anse d'Hainault dans une sévère décapitalisation de ménages. La montée des prix des denrées alimentaires, renforcée par la dévaluation de la monnaie locale, a été accentuée par l'endommagement des infrastructures existantes. Par conséquent, les taux de la sous-nutrition, estimés lors de l'Enquête nutritionnelle SMART en 2017[1], ont remis l'Arrondissement d'Anse d'Hainault sur la carte de l'insécurité nutritionnelle du pays, incitant la nécessité d'une étude profonde sur les causes de ce phénomène.

L'organisation de cette analyse causale de la sous-nutrition Link NCA s'inscrit donc dans cette démarche, permettant avoir une meilleure compréhension des causes sous-jacentes de la sous-nutrition dans la zone en vue d'élaborer une réponse optimale intégrée visant à améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle en vue de l'obtention d'un impact maximal de ces efforts.

### PRINCIPALES CONCLUSIONS

Selon les résultats de l'enquête nutritionnelle SMART, réalisée en Mai 2019, en tant que partie intégrale de cette étude Link NCA, le taux de la malnutrition aiguë globale (MAG) était estimée au niveau 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 ». Ces chiffres mettent en évidence une légère diminution de la prévalence de la MAG dans la zone entre 2017 et 2019, tenant compte des limitations de la comparabilité des résultats à cause d'un diffèrent niveau de la mise en œuvre[2].

La prévalence de la malnutrition chronique globale (MCG) était estimée à 22,9% [18,4-28,1 IC 95%], considéré comme « élevé » selon les seuils de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2018. Semblablement aux taux de MAG, la prévalence de la MCG semble aussi avoir légèrement diminuée entre 2017 et 2019 à Anse d'Hainault et aux Irois, avec l'exception de Dame Marie où le taux de la MCG a légèrement augmenté.

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

---

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

[2] Cette enquête nutritionnelle SMART n'a pas été paramétrée afin de pouvoir à tirer des conclusions sur les taux de la malnutrition et/ou de la mortalité et la morbidité au niveau municipal. En d'autres mots, les résultats de cette enquête ne peuvent pas être désagrégés par municipalité avec un échantillon statistiquement représentatif.

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

Les trois principaux facteurs de risque prennent leurs 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 élevé 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.

Malnutrition aigue

Les groupes plus vulnérables à la malnutrition aigüe étaient identifiés comme les enfants de moins de 24 mois de sexe masculin, notamment les enfants dans les ménages monoparentaux où il y a plus qu'un enfant < 5 ans.

Dans la zone étudiée, 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 coût 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.

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.

Malnutrition chronique

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, notamment les enfants dans les ménages monoparentaux où il y a plus qu'un enfant < 5 ans.

Semblablement à la malnutrition aigüe, la malnutrition chronique prend aussi ses racines dans le cycle vicieux de la faible résilience de ménages, mais dans ce cas il est plutôt lié à la détérioration chronique de la situation socio-économique de ménages et/ou la chronicité de la survie de ménage de jour à jour. 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. 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'enfant[3]. 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. Pendant qu'une 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, les soins d'enfant n'étant pas toujours assurés par une personne habilitée entrainent l'exposition des enfants aux maladies récurrentes, jouant ainsi rôle dans leur 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.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Sur la base de ces résultats, il est recommandé d'incorporer les activités suivantes dans un plan d'action multisectoriel afin de répondre aux facteurs de risque identifiés.

- Améliorer l'accès physique et financier aux établissements de santé, en particulier par le biais d'approches communautaires à faibles ressources ainsi qu'en renforçant les capacités des agents communautaires polyvalents;
- 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;
- 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).
- 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 ;

[3] Depuis la conception jusqu'à 2 ans.

- 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 ;
- 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.

# 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,[4] 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 pondérale[5]. 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 2015[6]. 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 Sud[7]. Les résultats de cette enquête ont permis d'identifier cinq (5) communes du département de la Grande-Anse ayant des poches de malnutrition. L'organisation de l'analyse causale de la sous-nutrition Link NCA s'inscrit donc dans une démarche de conception d'une réponse optimale intégrée, permettant avoir une meilleure

---

[4] Enquête sur la Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS VI), 2017.
[5] Idem.
[6] https://www.undp.org/content/dam/unct/haiti/docs/EVALUATION%20DE%20LA%20SECURITE%20ALIMENTAIRE%20EN%20SITUATION%20D%e2%80%99URGENCE%20EN%20HAITI.PDF
[7] Evaluation de la situation nutritionnelle des enfants de 6-59 mois par la méthodologie SMART dans le Sud et la Grand' Anse, 2017.

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.

Zone de l'étude

Le département de la Grand'Anse a une superficie de 1911.9 km$^2$ 6 et une population de 468,301[8] habitants. Son chef-lieu est Jérémie. Le département comprend 3 arrondissements, 12 communes et 47 sections communales. Il est délimité à l'est par le département des Nippes ; à l'ouest par la mer des Caraïbes ; au nord par le golfe de la Gonâve et au sud par le département du Sud. Le département de la Grand'Anse est la région la plus boisée du pays.

Figure 1 : Carte du Département de la Grand'Anse, Haiti, avec les trois communes de l'Arrondissement d'Anse d'Hainault à l'ouest

L'étude Link NCA a été réalisée dans trois (3) communes du département de la Grande-Anse, plus précisément à Anse-d'Hainault, Dame Marie et Les Irois. Une discussion sur le choix de la zone d'étude a été entreprise avec la Directrice de l'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition du Ministère de la Santé Publique et de la Population (UCPNANu/MSPP) et repose sur les résultats de l'enquête nutritionnelle SMART menée dans les Départements du Sud et de la Grand'Anse en 2017 qui ont démontré la plus forte prévalence de malnutrition aigüe globale (MAG) dans ces trois communes. Les Irois, avec un taux de MAG de 13,8%, est la seule commune de la Grand'Anse présentant un taux supérieur à 10%. Cette zone compte parmi les cinq (5) communes ayant un taux de malnutrition aigüe sévère supérieur à 2% identifiés par cette enquête.

La zone de moyens d'existence *Littoral sud-ouest, maïs, manioc et cueillette (HT08)* recouvre la majorité du territoire de l'arrondissement. La zone est caractérisée par des plaines, des zones aux pieds des montagnes et des plateaux semi-humides avec une pluviométrie moyenne annuelle variant de 1.200 à 2.000 mm. La zone est caractérisée par des sols alluvionnaires, sablonneux, sablo-limoneux et argileux en fonction du terrain. La végétation locale est composée de plantes

[8] Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI), 2015.

xérophytiques (des plantes capables de vivre dans des régions sèches), de mangroves, d'arbres forestiers, d'arbres fruitiers et de broussailles.

Le principal système de production est pluvial, mais la zone est modérément productive et caractérisée par des déficits nets de production alimentaire. Les cultures principales sont les graminées (surtout le maïs et de petites parcelles de riz pluvial), les légumineuses (pois, haricots et arachide), les racines et tubercules (igname, patate douce et manioc), les bananes plantain et les fruits (figue-banane, noix de coco, mangue, grenade, agrumes et arbre à pain).

L'économie de la zone est largement diversifiée, les activités typiques à la zone étant l'agriculture, l'élevage, la cueillette de l'arbre véritable, la pêche, la main d'œuvre, le commerce et la production de charbon de bois. Toutes ces sources de revenus ont un poids plus ou moins similaire dans l'économie des ménages.

## II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Objectif global

Identifier les déterminants et les mécanismes de la sous-nutrition au niveau local en vue de contribuer à l'amélioration de la pertinence et l'efficacité des stratégies de lutte contre la sous-nutrition et plus largement des programmes de sécurité nutritionnelle dans le Département de la Grande-Anse, Haïti.

Objectifs spécifiques

- Identifier et catégoriser les facteurs de risque responsables de la sous-nutrition (malnutrition aigüe ainsi que malnutrition chronique) parmi la population de la zone étudiée et estimer la prévalence de ces facteurs de risque ;
- Comprendre comment les facteurs de risque responsables de la sous-nutrition interagissent afin de déterminer les schémas causaux de la sous-nutrition susceptibles d'expliquer la plupart des cas de sous-nutrition dans la zone étudiée ;
- Comprendre comment les facteurs de risque responsables de la sous-nutrition au sein de la population de la zone étudiée ont évolué au fil du temps et/ou évoluent au cours de différentes saisons ;
- Identifier les groupes vulnérables à la sous-nutrition, mettant l'accent particulier sur les différences de vulnérabilité ;
- Identifier avec les communautés, les leviers et les barrières susceptibles d'influencer les principaux mécanismes de causalité de la sous-nutrition ;
- Identifier les besoins et les capacités des communautés pour répondre aux mécanismes sous-jacents identifiés ;
- Élaborer des recommandations pour améliorer les programmes de sécurité nutritionnelle dans la zone étudiée et soutenir l'élaboration d'une stratégie multisectorielle globale ;

## III. MÉTHODOLOGIE

Une analyse causale de la sous-nutrition (Link NCA) étudie les multiples facteurs responsables de la sous-nutrition. Elle représente un point de départ pour améliorer l'efficacité et la pertinence des programmes de sécurité nutritionnelle dans un contexte donné[9]. La méthode utilisée dans le cadre

[9] Pour plus d'informations sur la méthodologie, veuillez consulter www.linknca.org.

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

- Quelle est la prévalence et la gravité de la malnutrition aiguë et chronique dans la population cible ?
- Quelle est la prévalence des principaux facteurs de risque connus responsables de la sous-nutrition dans la population ?
- Quels mécanismes et schémas causaux sont susceptibles d'expliquer la plupart des cas de sous-nutrition ?
- Comment l'état et les causes de la malnutrition aigüe et/ou chronique dans cette population ont évolué a) avec le temps du fait de tendances historiques, b) de manière saisonnière du fait d'épisodes cycliques, c) du fait de chocs récents ?
- En se basant sur les résultats de l'analyse causale, quelles recommandations peuvent-être émises pour améliorer les programmes de sécurité nutritionnelle ? Quel ensemble de facteurs de risque et mécanismes causaux sont susceptibles de pouvoir être influencés par l'action des acteurs en présence, dans un contexte et à une période donnée ? Comment relier l'analyse à une réponse programmatique ?

La Link NCA est une étude structurée, participative et holistique qui s'appuie sur le schéma causal de l'UNICEF, ayant pour objectif l'élaboration d'un consensus basé sur les causes plausibles de la sous-nutrition dans un contexte local. Elle permet de relier :

- Les acteurs de différents secteurs ;
- Les facteurs de risque et la sous-nutrition afin d'identifier les mécanismes causaux ;
- Des sources d'information variées pour en extraire un schéma de causalité ;
- L'analyse causale à la réponse programmatique.

Une revue de la littérature et des données secondaires, des entretiens avec des informateurs clés, la réalisation de groupes de discussion et d'enquête quantitative au niveau de ménages ensemble avec un processus d'analyse itérative fondée sur des consultations régulières d'acteurs techniques locaux formeront le corps du processus Link NCA.

## A. ÉTAPES CLÉS DE L'ÉTUDE

Phase préparatoire (Janvier 2019)

La phase préparatoire de l'étude, menée avant l'arrivée de l'Analyste Link NCA en Haiti par les points focaux de l'étude[10], a permis de déterminer les paramètres clés tels que les objectifs spécifiques, la couverture géographique et la faisabilité de l'étude Link NCA. Pour cela, il a fallu s'assurer que les informations sur la prévalence de la sous-nutrition et l'intensité/gravité des facteurs de risque fondamentaux soient disponibles, suffisantes, représentatives de la zone et suffisamment récentes. Cette phase a compris également les étapes de préparation et de planning nécessaires à tout type d'étude : développement de termes de référence, identification et sécurisation des ressources, recrutement d'un Analyste Link NCA pour conduire l'étude et définition d'un planning.

[10] Personnel d'Action Contre la Faim Haiti avec le soutien des Référents techniques d'Action Contre la Faim Etats Unis.

Identification des hypothèses de facteurs de risque et de leurs mécanismes (Février 2019)
Une des premières tâches de l'Analyste Link NCA était d'identifier un premier groupe de facteurs de risque et les mécanismes qui pourraient expliquer la sous-nutrition dans le contexte local. Cette étape a été réalisée grâce à une revue systématique de la littérature (en utilisant le module Link NCA « *Pathways to undernutrition* » et la littérature grise[11] disponible localement), des données secondaires et de premiers entretiens avec des informateurs clés. Dû aux évènements « *pays lock*[12] », la consultation des parties prenantes, normalement réalisée lors d'un atelier technique initial, a eu lieu en ligne à travers un questionnaire électronique partagé avec les personnes clés au niveau national, départemental et local[13]. Tous les retours ont été soigneusement examinés et pris en compte pour la sélection des hypothèses à tester lors de l'enquête qualitative et quantitative.

Collecte de données au niveau communautaire (Mars – Mai 2019)
La méthodologie Link NCA s'appuie sur la triangulation de données qualitatives et quantitatives. Pour cela, une étude qualitative a été suivie par une enquête nutritionnelle SMART et une enquête des facteurs de risque.

Enquête qualitative
L'enquête qualitative au niveau communautaire répondait à six objectifs :

- Développer une définition locale de la sous-nutrition et comprendre la perception de la sous-nutrition par les communautés ;
- Caractériser la sécurité alimentaire, la santé et les soins au sein de la communauté ;
- Explorer les perceptions des communautés sur les causes et conséquences d'une situation en sécurité alimentaire, santé et de soins inadéquate en relation avec la sous-nutrition ;
- Identifier les tendances saisonnières et historiques de la sous-nutrition et des facteurs de risque ;
- Comprendre comment la communauté hiérarchise ces facteurs ;
- Engager les communautés dans le développement des recommandations/solutions communautaires.

La collecte de données qualitatives a duré quatre semaines, entre 13 Mars et 9 Avril 2019. Les données ont été collectées exclusivement par l'Analyste Link NCA, accompagnée d'un assistant de recherche qualitative, d'un traducteur et d'un facilitateur communautaire. Elle consistait en une étude approfondie sur tous les facteurs de risque identifiés et validés aux étapes précédentes par le biais d'entretiens semi-directifs et de discussions de groupe, constituant deux méthodes principales de la collecte de données. Les données collectées ont été enregistrées par écrit sous forme de notes, puis reproduites par voie électronique.

[11] Rapports annuels, rapports de projets techniques et de recherche, documents de travail, évaluations, stratégies, etc., rédigés par des agences gouvernementales, des organisations non gouvernementales, des universités ou des sociétés/consultants privés.
[12] Opération lancée par l'opposition politique entre le 7 et 16 février 2019 pour réclamer le départ du président Jovenel Moïse, y compris les manifestations et l'arrêt temporaire des activités gouvernementales et commerciales.
[13] Un total de 10 experts techniques couvrant divers secteurs, tels que la santé/nutrition, la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance, et l'eau, l'assainissement et l'hygiène, a répondu favorablement à la demande d'assister en consultation en ligne.

Enquête quantitative
L'enquête quantitative comprenait :

- Une enquête nutritionnelle SMART qui suit un protocole standard et évalue le statut anthropométrique des enfants de moins de 5 ans afin d'estimer la prévalence de la sous-nutrition dans cette population ;
- Une enquête des facteurs de risque transversale pour estimer l'intensité et la gravité des facteurs de risque nutritionnels fondamentaux (définis à partir du schéma causal de l'UNICEF, adapté au contexte et des hypothèses). Les 31 indicateurs à tester ont été choisis en fonction des hypothèses validées.

La collecte de données quantitatives, s'est déroulée entre 1 et 17 Mai 2019. Les questionnaires ont été déployés sur des appareils mobiles et les données collectées ont été téléchargées et compilées dans un KoboToolBox[14].

Synthèse des résultats et élaboration d'un consensus technique (Juin – Aout 2019)
Une fois les données collectées, l'Analyste Link NCA les a synthétisées et entrepris une série d'analyses qu'elle a utilisé pour classer les facteurs de risque en fonction de leur impact relatif sur la sous-nutrition et pour décrire qualitativement les relations dynamiques entre les facteurs de risque et leurs effets sur la sous-nutrition. La classification de l'Analyste a pris en compte toutes les sources d'information recueillies au cours de l'étude, y compris les analyses complémentaires des bases de données de l'Enquête sur la Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS VI). Lors de l'atelier technique final, qui a eu lieu 4 Septembre 2019 à Jérémie, l'Analyste a présenté les résultats de l'étude et a animé un processus participatif et séquentiel pour élaborer un consensus autour des causes plausibles de la sous-nutrition dans la zone étudiée.

Communication des résultats et planification de la réponse (Septembre 2019)
Les résultats de la Link NCA ont été présentés aux acteurs opérationnels et décisionnaires au niveau national le 10 Septembre 2019 à Port-au-Prince, afin d'établir un plan d'utilisation des résultats de l'étude Link NCA pour l'amélioration de la programmation des interventions de sécurité nutritionnelle.

## B. ECHANTILLONAGE POUR L'ENQUETE QUANTITATIVE

Taille d'échantillon
La taille de l'échantillon a été définie à l'aide du logiciel ENA (version actualisée du 09 juillet 2015) selon les paramètres détaillés dans le Tableau 1 ci-dessous.

| MAG estimée[15] | Précision | Effet de grappe | Taille échantillon enfants | Taille moyenne ménage[16] | Proportion enfants[17] | Non-répondants | Taille échantillon ménages | Grappes[18] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8,6% | 4,0% | 1,5 | 308 | 4,8 | 12,8% | 3% | 575 | 27 |

[14] Outil gratuit pour la collecte de données dans des environnements difficiles, www.kobotoolbox.org.
[15] Prévalence moyenne pondérée pour l'Arrondissement d'Anse d'Hainault, basée sur les prévalences par municipalité (Anse d'Hainault, Les Irois, Dame Marie) de l'Evaluation de la situation nutritionnelle des enfants de 6-59 mois par la méthodologie SMART dans le Sud et la Grand' Anse, 2017.
[16] Evaluation de la situation nutritionnelle des enfants de 6-59 mois par la méthodologie SMART dans le Sud et la Grand' Anse, 2017.
[17] Idem.
[18] 25 ménages par grappe.

Tableau 1: Paramètres utilisés pour le calcul de la taille de l'échantillon pour la collecte de données anthropométriques, Arrondissement d'Anse d'Hainault

L'échantillon effectif de l'enquête quantitative dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault s'est composé de 675 ménages, répartis en 27 grappes. Le taux effectif de non-réponse[19] était de 5,8%, se traduisant en 636 ménages interrogés avec une taille moyenne de ménage à 4,4 personnes[20], ce qui est légèrement inférieur à la taille moyenne de ménage utilisée pour le calcul de l'échantillon. De 449 enfants âgés de 0 à 59 mois éligibles, 436 enfants âgés de 0 à 59 mois ont été retenus pour les analyses de l'étude Link NCA[21] mais seulement 411 entre eux pour les analyses de l'enquête SMART[22].

Le nombre de grappes a été calculé pour permettre à deux équipes de commencer et de finaliser une grappe par jour. Il a été estimé qu'après le temps de déplacement et les pauses, chaque équipe disposait de 9 heures (540 minutes) pour travailler et que la durée moyenne de l'entretien dans les ménages serait de 45 minutes; soit 540/45 = 12 ménages par jour par équipe.

Procédure d'échantillonnage

Une procédure d'échantillonnage par grappes à deux degrés selon la méthodologie SMART a été utilisée. Pour l'échantillonnage au 1er degré, les grappes à enquêter ont été identifiées d'une manière représentative et aléatoire par le logiciel ENA - ce qui a assuré que les localités soient tirées au sort avec une probabilité proportionnelle à la taille (PPT). Le logiciel a également tiré des grappes de réserve à utiliser lorsque moins de 90% des grappes ou moins de 80% de l'échantillon attendu pour les enfants soit atteint.

La base de sondage utilisée a été constituée d'un échantillon-maitre pour les enquêtes auprès des ménages, établi en 2011 par l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI). Cette base de sondage renseigne sur l'effectif de population de chaque grappe ainsi que sur le nombre de ménages. Les villages de petite taille ont été regroupés avec le village le proche.

Pour l'enquête quantitative Link NCA, une liste de 103 unités de dénombrement (SDE) couvrant la totalité de l'arrondissement d'Anse d'Hainault a été présélectionnée. Aucun SDE n'a été jugé inaccessible/ dangereux ; ainsi, tous les SDE de l'Arrondissement d'Anse d'Hainault ont été inclus dans l'échantillon. La taille de la population des unités de dénombrement de l'arrondissement a été mise à jour en coopération avec les autorités locales avant l'échantillonnage par le logiciel.

Ensuite, la méthode de segmentation était utilisée dans les unités de dénombrement qui comprenait plus de 150 ménages ou qui était géographiquement trop étendu. Cette méthode utilise soit les subdivisions existantes (comme les villages/quartiers) ou bien des repères naturels ou artificiels, par exemple les rivières, les routes, les églises, pour diviser les localités en sections plus petites.

Dans chaque grappe sélectionnée, la première étape a consisté d'une cartographie précise d'une unité de dénombrement et sa segmentation en sub-unités, consistant de moins de 100 ménages. Un numéro unique séquentiel a été porté sur tout ménage recenser. Les données des ménages recensés ont été enregistrées sur la fiche de recensement des ménages. Ensuite, un segment a été

[19] Ménages absents et ménages qui ont refusé de participer.
[20] Taille moyenne de ménages avec les enfants de moins de 5 ans : 5,3.
[21] 3 enfants étaient absents lors de la collecte de données et 10 enfants avaient moins de six mois et/ou l'accompagnant a refusé de participer à l'enquête.
[22] 22 enfants étaient âgés de moins de 6 mois et 3 enfants n'ont pas été retenus pour des raisons de différence d'âge.

sélectionné en utilisant une technique PPT. La sélection des ménages à enquêter dans les segments sélectionnés a été faite avec la méthode aléatoire systématique.

## C. ECHANTILLONAGE POUR L'ETUDE QUALITATIVE

L'objectif du cadre d'échantillonnage de l'étude qualitative Link NCA n'est pas d'être statistiquement représentatif de la population cible, mais plutôt d'être qualitativement représentatif des différents segments de la population vivant dans le district. Afin que les données qualitatives collectées représentent les réalités de la majorité des ménages, un échantillonnage raisonné a été utilisé pour sélectionner des communes et des localités. Suite aux consultations avec l'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition du Ministère de la Santé Publique et de la Population (UCPNANu/MSPP) il a été décidé qu'une localité type poche de malnutrition par commune sera sélectionnée, complémentée par une quatrième localité type non-poche de malnutrition quel que soit la commune. Lors du processus de l'échantillonnage, l'équipe a consulté les autorités administratives ainsi que sanitaires pour pouvoir identifier les localités avec la prévalence importante de malnutrition sur le territoire de chaque commune. Une attention particulière a été aussi accordée à la représentativité des zones de moyens d'existence et à la distance des établissements de santé.

| Commune | Sections communales | Poches de malnutrition | Localité sélectionnée | Commentaires |
|---|---|---|---|---|
| Dame Marie | 1ère Bariadelle<br>2ème Dallier<br>3ème Désormeau<br>5ème Baliverne<br>6ème Petite Rivière | Village #1<br><br>Montagnac<br><br>Buezèle | Village #1<br>zone côtière au long de la route départementale ; les voies routières facilement praticables. | Village #1 a été sélectionnée pour ses caractéristiques côtières pour pouvoir étudier la zone des moyens d'existence dépendante de la pêche. |
| Anse d'Hainault | 1ère Grandoit<br>2ème Bourdon<br>3ème Ilet à Joseph<br>4ème Mandou | Grandoit, Gaia<br>Nan Pitit, Sicard, Decotelette<br>Masyale, Embouchure Gabriel | Sicard<br>zone montagneuse à l'intérieur de la section communale ; les voies routières difficilement praticables. | Nan Pitit est une vraie poche de malnutrition mais elle est difficilement accessible, étant à 6hrs de marche dans le lit de la rivière avec une possibilité d'être bloqué mi-parcours en allant et/ou retournant si l'eau dans la rivière monte. D'ailleurs, la communauté n'a que 250 habitants et le risque de ne pas atteindre les espoirs communautaires[23] a été aussi considéré. Pour cela une communauté alternative, plus accessible, a été sélectionnée dans la même section communale mais les habitants de Nan Pitit ont été invités à une série de discussions complémentaires le jour de |

[23] Vu l'extrême vulnérabilité de la communauté, il a été estimé que la communauté risque de mettre trop d'espoir dans la présence de l'équipe qualitative en terme de réponse à leurs besoins. Considérant que l'équipe ne pourrait pas remplir ces attentes potentielles, l'équipe a pris la décision de ne pas visiter dudit communauté.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | marché. Faute aux funérailles, ils ont annulé leur participation. |
| Les Irois | 5ème Matador<br>6ème Belair<br>7ème Carcasse | Divino, Camp Bernard<br>Douté<br>Carcasse | Camp Bernard<br>Douté<br>zone dans la plaine au long de la route départementale; les voies routières facilement praticables. | La localité de Douté nous a été suggérée comme une poche de malnutrition mais faute à l'indisponibilité des autorités de nous recevoir et les explications imprécises sur son accessibilité, Camp Bernard a été choisi au premier lieu. Par contre, la localité ne s'est pas démontrée comme une vraie poche de malnutrition et ainsi elle a été ré-catégorisée comme une non-poche mais les données collectées ont été préservées. Après des vérifications complémentaires, la localité de Douté a été sélectionnée comme une poche de malnutrition pour la commune des Irois et la collecte de données a été effectuée à la fin de l'étude qualitative. |

Tableau 2: Cadre d'échantillonnage pour l'étude qualitative Link NCA, Arrondissement d'Anse d'Hainault

Au niveau du village, les catégories suivantes de participants seront sélectionnées pour participer aux entretiens semi-structurés ou discussions de groupe :

a. Leaders communautaires (chefs de localité, chefs religieux et autres personnalités clés de la communauté);
b. Guérisseurs ou accoucheuses traditionnels, y compris les prêtres Voodoo ;
c. Personnel des centres de santé (médecins, infirmières, agents de santé communautaire);
d. Directeurs d'école ou enseignants ;
e. Représentants d'organisations communautaires ;
f. Mères et pères d'enfants de moins de 5 ans ;
g. Grands-parents d'enfants de moins de 5 ans ;
h. Personnel du gouvernement clé et personnel des partenaires humanitaires et/ou de développement mettant en œuvre des projets dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault.

## D. COLLECTE DE DONNÉES QUANTITATIVES

Composition et formation de l'équipe quantitative

L'équipe de la collecte de données quantitatives était composée de 11 enquêteurs et 3 superviseurs, dont un responsable d'enquête. Chaque équipe était quotidiennement accompagné par un superviseur mais les superviseurs ont circulé entre les équipes différentes afin d'assurer la complémentarité des approches et/ou de soutien et d'assurer la haute qualité de données. A l'intérieur de chaque équipe, le superviseur était responsable de mener les introductions et l'échantillonnage ; un de trois enquêteurs était responsable de la prise des mesures anthropométriques, un enquêteur a posé les questions aux membres de ménages, jouant aussi un

role d'assistant-mesureur, pendant que le troisième enquêteur était responsable de la saisie de données en temps réel sous forme de papier ainsi que sur une tablette.

Tous les membres de l'équipe quantitative ont reçu une formation de 7 jours qui a eu lieu à Anse d'Hainault du 22 au 30 avril 2019. La formation a compris, entre autres, les modules sur l'échantillonnage, les mesures anthropométriques, le développement du calendrier local des évènements ainsi que l'utilisation de KoboCollect sur les tablettes et l'adaptation des questions en créole haïtien. Tous les membres d'équipe ont participé à un test de standardisation et un test pilote[24] afin d'évaluer leurs capacités techniques et d'assurer la haute qualité de données.

Outils de la collecte de données

Les données quantitatives ont été collectées via un questionnaire électronique, téléchargé sur les tablettes. Les données d'anthropométrie et de mortalité était également enregistrés sous forme papier. Le questionnaire couvrait tous les domaines d'intérêt liés à des facteurs de risque hypothétiques validés, organisés dans le sous-sections relatives au chef de ménage, à la mère d'enfant <5 ans ou à l'enfant <5 ans. Par contre, vu sa longueur et la surcharge successive de ménages par le questionnement, certains indicateurs jugés moins importants suite à l'étude qualitative ont été supprimés afin de ne pas dépasser 45 min dans le ménage.

Photo 1: Agent de santé communautaire polyvalent accompagnant l'équipe quantitative lors de la collecte de données, Commune de Les Irois

Le questionnaire était traduit et administré en créole haïtien.

Lors de la collecte de données, tous les enfants 0-59 mois dans les ménages échantillonnés était éligibles pour la prise de mesures anthropométriques selon la méthodologie de l'enquête nutritionnelle SMART. La prise de mesures par le périmètre brachial (PB) a été limitée aux enfants 6-59 mois comme son utilisation n'est pas standardisée pour les enfants âgés de moins de 6 mois. L'équipe a utilisé les rubans standards tricolores et a enregistré les valeurs au 0,1 mm près. La taille (ou la longueur) de l'enfant était mesuré en utilisant les toises en bois et les valeurs ont été enregistrées au 0,1 mm près. Le poids était mesuré en utilisant une balance SECA électronique avec la fonction mère/enfant double peser et les valeurs ont été enregistrées au 0,1 kg près. Les œdèmes étaient détectés par l'application de pression modérée sur les deux pieds. Deux cas de kwashiorkor furent dépistés lors de la collecte de données quantitatives.

[24] Test pilote a eu lieu le 16 Mars 2019.

Défis majeurs

- Délimitation des unités de dénombrement échantillonnées : Vu les limitations en capacités techniques des agents de santé communautaires polyvalents, qui ont été au préalable désigné d'entreprendre la délimitation physique des unités de dénombrement échantillonnées en utilisant les cartes SDE et les coordonnées GPS, l'équipe quantitative devrait réaménager son workflow afin d'absorber cette responsabilité. Naturellement, ceci s'est traduit en une augmentation de la charge de travail de l'équipe de coordination qui devrait assurer la délimitation de chaque unité au moins deux jours avant le passage des enquêteurs.
- Comparabilité de l'enquête quantitative avec les enquêtes précédentes : Il est à noter que cette enquête visait à évaluer les taux de la malnutrition et de la mortalité et la morbidité rétrospective dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault et ainsi il est difficile de comparer ses résultats avec les enquêtes précédentes mises en œuvre au niveau du Département de Grand'Anse. D'ailleurs, contrairement aux études précédentes, cette enquête a été réalisée avant la saison cyclonique. Il est aussi important à noter que cette enquête n'a pas été paramétrée afin de pouvoir à tirer des conclusions sur les taux de la malnutrition et/ou de la mortalité et la morbidité au niveau municipal. En d'autres mots, les résultats de cette enquête ne peuvent pas être désagrégés par municipalité avec un échantillon statistiquement représentatif.
- Taille d'échantillon pour les indicateurs ANJE : Vu les limitations budgétaires, la taille d'échantillon a été déterminée par les paramètres anthropométriques de l'ENA (n=308). La taille de l'échantillon pour les indicateurs ANJE (par exemple, l'allaitement maternel exclusif, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant) était ainsi très faible (n=45) et pour cela les résultats de l'enquête quantitative en lien avec ces questions doivent être étudiés avec précaution.
- Manque d'intimité lors du questionnement des mères d'enfants <5 ans : Il est important à noter que malgré les efforts des enquêteurs d'assurer l'intimité des femmes enquêtées, les maris et/ou compagnons des femmes ont été parfois présents lors du questionnement de ces derniers pour observer quels types de questions ont été posées à leurs épouses et comment elles ont répondu. Ainsi, cet arrangement pourrait être perturbant pour ces femmes, notamment lors des questions en lien avec le pouvoir de décision au sein de ménage, la perception du stress parental et/ou les grossesses non-désirées - les réponses des femmes pouvant ainsi être légèrement modifiées. Bien qu'il s'agisse d'un risque ayant des implications sur la qualité des données, son influence sur les résultats de l'étude est considérée limitée.
- Double présentation des options aux questions sur la perception de la surcharge de travail et le soutien social : Il est important à noter que le questionnement sur la surcharge de travail et le soutien social a incorporé les images, accompagnés par des descriptions verbales. D'après l'équipe quantitative, ces descriptions ont, par priorité, guidé le choix de la réponse par une personne enquêtée malgré les intentions méthodologiques que ce soit à l'inverse. Ceci pourrait influencer le choix de réponses et leurs analyses consécutives. Pour cette raison, les résultats de l'enquête quantitative en lien avec ces questions doivent être étudiés avec précaution.

## E. COLLECTE DE DONNEES QUALITATIVES

Composition et formation de l'équipe qualitative

La collecte de données qualitatives a été menée par l'Analyste Link NCA avec l'aide d'un assistant de recherche qualitative, d'un traducteur, d'un facilitateur communautaire et d'un mobilisateur communautaire recruté localement dans chaque localité. Le principal rôle des mobilisateurs communautaires était d'assurer la sélection équitable des participants pour chaque discussion de groupe en coordination avec les leaders communautaires et d'assumer toutes les fonctions d'appui, selon les besoins.

Avant le début de la collecte des données, les membres de l'équipe qualitative ont suivi une formation détaillée de deux jours, qui s'est déroulée à Anse d'Hainault du 11 au 12 Mars 2019. La formation comprenait, entre autres, des modules sur la méthodologie Link NCA et les outils de la collecte de données, ainsi qu'une explication des considérations éthiques à respecter lors de l'étude. Une série de tests pratiques a été intégrée dans un processus d'apprentissage afin de vérifier un niveau de compréhension des concepts et des pratiques clés par les membres de l'équipe et de garantir le haut niveau de qualité de la collecte des données.

Outils de la collecte de données

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

a. Calendrier historique
b. Calendrier saisonnier
c. Classement
d. Narration
e. Activités quotidiennes
f. Composition des repas
g. Dépenses ménagères
h. Itinéraire thérapeutique
i. Boîtes de genre
j. Jeu d'accord/désaccord
k. Courage de changer
l. Jeu de risques

Les entretiens semi-directifs et les discussions de groupe ont été guidés par des guides d'entretien couvrant les principaux thèmes liés aux facteurs de risque validés lors de la consultation en ligne. Le contenu des guides d'entretien a tenu compte des données disponibles pour l'Arrondissement d'Anse d'Hainault et, au lieu de répéter certaines enquêtes, il a visé à approfondir la compréhension des facteurs de risque et de leurs interactions dans la zone étudiée.

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

Collecte de données

L'étude qualitative a été réalisée dans les communautés échantillonnées du 13 Mars au 9 Avril 2019.

L'équipe qualitative a passé environ 5 jours consécutifs dans chaque communauté échantillonnée. La durée des entretiens semi-directifs ou des discussions de groupe a été limitée à 1h ou 1h15 maximum. Les discussions de groupe ont eu lieu exclusivement entre 11h du matin et 15h de l'après-midi afin de s'adapter à la disponibilité de la communauté et à son quotidien.

| Localité | Discussions de groupe / Exercices participatifs | Entretiens semi-directifs | Observations | Restitution comm. | Jours | No. participants (total) | No. participants (fém.) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Village #1 | 12 | 21 | 8 | 1 | 5 | 117 (+28*) | 88 (+13*) |
| Sicard | 15 | 12 | 8 | 1 | 6 | 146 (+30*) | 105 (+11*) |
| Camp Bernard | 12 | 21 | 8 | 1 | 5 | 139 (+29*) | 110 (+15*) |
| Douté | 12 | 3 | 2 | 1 | 4 | 91 (+32*) | 71 (+24*) |
| TOTAL | 51 | 57 | 26 | 4 | 20 | 494 (+119*) | 374 (+63*) |

* Nombre des participants per restitution communautaire.

Tableau 3: Résumé des consultations communautaires lors de l'étude qualitative Link NCA, Arrondissement d'Anse d'Hainault

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

Photo 2: Restitution communautaire à Sicard, Anse d'Hainault

Défis majeurs

- Cadre d'échantillonnage qualitatif: Dû à un manque de données pouvant identifier les poches de malnutrition dans les trois communes de l'Arrondissement d'Anse d'Hainault au niveau de localité, l'équipe qualitative devrait consulter une variété de parties prenantes ayant la connaissance de la zone pour pouvoir répertorier les poches de malnutrition dans chaque commune et ensuite de sélectionner une qui représenterait le mieux le contexte dans lequel les enfants sont le plus susceptibles d'être atteints de la malnutrition. Ceci s'est avéré très compliqué, notamment en lien avec la perception de la malnutrition dans la zone d'étude, l'accès à certaines localités ainsi qu'en lien avec l'espoir de l'aide extérieure suivant la période de l'analyse. Par exemple, suite aux consultations avec le personnel de santé, la localité de Camp Bernard dans la commune des Irois a été classifiée comme une poche de malnutrition, pourtant ceci s'est avéré incorrect lors de la collecte de données. Vu qu'il était notre objectif d'étudier 3 poches de malnutrition et les comparer avec une localité qui n'est pas troublée par

la malnutrition, cette localité a été reclassée comme une « non-poche » de malnutrition et une nouvelle localité dans la commune des Irois devrait être sélectionnée pour compléter le cadre d'échantillonnage qualitatif.

## F. TRAITEMENT ET ANALYSE DE DONNÉES

Les données quantitatives ont été collectées sous forme papier ainsi que saisies sur les tablettes en temps réel, utilisant un questionnaire électronique. Les données ont été régulièrement téléchargées et compilées en ligne dans un KoboToolBox. Les résultats étaient analysés grâce au logiciel ENA et STATA 15.1.

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

## G. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

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

a. L'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition du Ministère de la Santé Publique et de la Population (UCPNANu/MSPP) ainsi que la Direction Départementale Sanitaire de la Grand'Anse (DDSGA) ont été tenus informés au préalable de l'objectif et des modalités de l'étude Link NCA. Leur autorisation et leur collaboration ont été requises et accordées le 1 Mars 2019 et le 8 Mars 2019, respectivement ;
b. Les représentants des autorités administratives ont été visités et informés de l'objectif et des modalités de l'étude Link NCA lors de l'arrivée des équipes sur le territoire de leurs communes. Leur autorisation et leur collaboration ont été requises et accordées le 13 Mars 2019 (Commune d'Anse d'Hainault), le 21 Mars 2019 (Commune des Irois) et 28 Mars 2019 (Commune de Dame Marie) ;
c. Les structures sanitaires respectives ont été visités lors de l'arrivée des équipes sur le territoire de chaque commune et dûment informés de l'objectif et des modalités de l'étude Link NCA. Leur collaboration a été requise au long de l'étude, particulièrement lors du processus de l'échantillonnage et la mobilisation communautaire qui a été presque exclusivement accordée aux agents de santé communautaire polyvalents ;
d. Les leaders communautaires ont été informés de la sélection de leur communauté aux fins de cette étude au moins deux jours à l'avance. Lors de la réunion initiale, ils ont reçu un planning détaillé des activités de recherche dans leur localité afin de faciliter le processus de la sélection des participants et d'assurer leur disponibilité à des moments définis. La planification détaillée a pu être modifiée si les membres de la communauté l'exigeaient. L'équipe qualitative a adapté à sa routine autant que possible, en tenant compte des contraintes de temps de l'étude ;
e. Les participants ont été sélectionnés de manière équitable et leur consentement éclairé a été recherché afin de s'assurer qu'ils participent volontairement à l'étude ;
f. Les participants à l'étude qualitative ont pu assister à plus d'une discussion de groupe, s'ils le souhaitaient, mais compte tenu de leur charge de travail élevée, il a été conseillé aux leaders communautaires de répartir la sélection des participants sur l'ensemble de localité ;
g. L'anonymat des participants a été assuré à toutes les étapes de l'étude (collecte de données, analyse de données et stockage de données). Leurs noms n'ont pas été ni recueillis ni partagés;

h. L'équipe qualitative a organisé une discussion de restitution au cours de la dernière journée de la collecte de données afin de permettre aux communautés de réviser leurs conclusions, de classer les facteurs de risque identifiés et de hiérarchiser les actions à suivre.
i. Tous les enfants âgés de 6 à 59 mois identifiés comme atteint de malnutrition aiguë sévère et/ou d'autres complications médicales ont été référés au centre de santé le plus proche pour un traitement approprié.

## H. LIMITES DE L'ÉTUDE

- Estimations de prévalence des facteurs de risque : Les estimations de prévalence des facteurs de risque présentées dans ce rapport ont été calculées à partir d'un ensemble de données quantitatives, certaines entrées pouvant avoir été doublées ou triplées pour les ménages comptant plus d'un enfant de moins de 5 ans. Pour cette raison, elles ne peuvent pas être considérées comme statistiquement représentatives et ne devraient pas être utilisées comme référence dans les propositions de projet et/ou dans tout autre document nécessitant des preuves quantitatives solides. Elles ont été intégrées dans un texte de base de ce rapport à des fins purement comparatives, malgré leur valeur approximative. Bien qu'elles aient tendance à s'aligner avec les conclusions des enquêtes précédentes, leur valeur statistique ne peut être garantie.
- Associations statistiques : Il est conseillé d'évaluer les associations statistiques avec précaution car les liens observés ne prouvent pas nécessairement la causalité, tandis que les liens non observés ne signifient pas que la causalité n'existe pas. Les corrélations doivent donc être considérées dans un cadre plus large, triangulées avec d'autres sources de données, et à ce titre peuvent être utilisées pour hiérarchiser les interventions actuelles et futures.

## IV. RÉSULTATS

### FACTEURS DE RISQUE HYPOTHÉTIQUES

L'identification des facteurs de risque hypothétiques a été basée sur une revue systématique de la littérature (en utilisant le module Link NCA « *Pathways to undernutrition* » et la littérature grise[25] disponible localement), des données secondaires et de premiers entretiens avec des informateurs clés ayant une connaissance approfondie ou une expérience de travail dans la zone d'étude. Dû aux évènements « *pays lock* », la consultation des parties prenantes, normalement réalisée lors d'un atelier technique initial, a eu lieu en ligne à travers un questionnaire électronique partagé avec les personnes clés au niveau national, départemental et local[26]. Tous les retours ont été soigneusement examinés et pris en compte pour la sélection des hypothèses à tester lors de l'enquête qualitative et quantitative.

De l'ensemble des facteurs de risque standards, 19 facteurs de risque ont été retenus pour être testés sur le terrain. Les experts techniques ont été invités à classer les facteurs de risque en fonction de leur contribution anticipée à la sous-nutrition dans la zone d'étude sur l'échelle de 1 (facteur de risque susceptible à contribuer marginalement à la sous-nutrition) à 5 (facteur de risque censé à contribuer substantiellement à la sous-nutrition). Les résultats de cet exercice sont présentés dans le tableau ci-dessous[27].

| | Facteurs de risque | Note moyenne |
|---|---|---|
| A | Faible accès aux centres de santé / Recours aux soins traditionnels | 3.22 |
| B | Faible utilisation des services de santé | 3.11 |
| C | Faible espacement des naissances / Grossesses non-désirées | 3.00 |
| D | Petit poids à la naissance | 2.89 |
| E | Stress de donneur des soins | 2.44 |
| F | Pratiques d'allaitement maternel non-optimales | 3.00 |
| G | Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant non-optimales | 3.22 |
| H | Faible qualité des interactions entre l'enfant et le donneur de soins | 2.56 |
| I | Faible accès aux aliments | 3.11 |
| J | Faible accès et disponibilité des sources de revenus pour les ménages | 3.11 |
| K | Disfonctionnement des marchés ou système d'approvisionnement | 3.22 |
| L | Faible capacité de résilience | 3.00 |
| M | Faible accès et disponibilité de l'eau (qualité et quantité) | 3.00 |
| N | Faibles pratiques d'hygiène | 3.00 |
| O | Faibles pratiques d'assainissement | 3.00 |
| P | Surcharge de travail des femmes | 2.89 |
| Q | Faible soutien social des femmes ou des ménages | 3.22 |
| R | Faible état nutritionnel des femmes | 2.67 |
| S | Migration | 2.89 |

[25] Rapports annuels, rapports de projets techniques et de recherche, documents de travail, évaluations, stratégies, etc., rédigés par des agences gouvernementales, des organisations non gouvernementales, des universités ou des sociétés/consultants privés.

[26] Un total de 10 experts techniques couvrant divers secteurs, tels que la santé/nutrition, la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance, et l'eau, l'assainissement et l'hygiène, a répondu favorablement à la demande d'assister en consultation en ligne.

[27] Les cellules en orange désignent les 4 facteurs de risque les plus susceptibles de contribuer substantiellement à la sous-nutrition dans la zone d'étude, tandis que les cellules en vert désignent les facteurs de risque susceptibles de contribuer à la sous-nutrition marginalement.

Tableau 4: Liste des facteurs de risque hypothétiques établies suite à la consultation en ligne, y compris la pondération par experts techniques

## A. SANTÉ

Le département de Grand'Anse dispose de 27.49 infirmières, de 4.39 médecins et de 25.41 auxiliaires pour 100 000 habitants[28] 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. Ceci a été le cas particulièrement pour les participants aux groupes de discussion dans la zone montagneuse et difficilement accessible par les moyens de transport motorisés, cités ci-dessous.

*"Il est difficile pour nous de trouver les soins nécessaires parce que le centre de santé se trouve à 4 heures de marche ou 2 heures à moto[29]."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

Par contre, malgré ces distances considérables entre le domicile et l'établissement de santé, la population perçoit une amélioration dans la disponibilité de services de santé par rapport le passé.

*"Autrefois, il y avait un problème d'accessibilité aux centres de santé parce que nous devions nous rendre à Jérémie. Aujourd'hui ils sont beaucoup plus proches de nous et nous les fréquentons beaucoup plus."*

Participants au groupe de discussion, Camp Bernard

D'ailleurs, ni la distance ni d'autres barrières géographiques[30] ne représentent une barrière principale d'accès aux services de santé. Selon les témoignages, 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.

*"Nos revenus sont faibles et nous n'avons pas souvent des moyens pour payer les frais de déplacement[31] qui sont triplés ou quintuplés pendant la période pluvieuse ou lors des déplacements nocturnes en urgence. C'est la charge que nous avons une vraie difficulté à supporter."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

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

---

[28] Rapport de la carte sanitaire du Département de la Grande Anse, Ministère de la Santé Publique, 2011.
[29] Trajet aller – retour.
[30] Difficulté d'accès pendant la saison pluvieuse/cyclonique (Avril, Mai, Juin, Novembre).
[31] Prix standard varie selon la distance vers l'établissement de santé : 50 – 300 HTG/personne pour le trajet aller – retour, soit 100 – 600 HTG pour le déplacement d'un enfant et son accompagnant.

mais leur arrivée peut être retardée par la nécessite de mobiliser les ressources financières nécessaires.

*"Lorsqu'on n'a pas d'argent, le personnel de santé nous regarde d'une très drôle façon. Ils nous méprisent et humilient ; ils nous laissent souffrir pendant des heures. Pour cela, nous préférons de faire des sacrifices en avance – vendre quelque chose, prendre le crédit – pour pouvoir emmener l'enfant au centre de santé. Parfois cela nous retarde de quelques jours et on l'emmène dès qu'on peut."*

Participants au groupe de discussion[32]

Même si le mauvais accueil aux établissements de santé ne décourage pas leur fréquentation en soi, il 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.

*"Le personnel au dispensaire le plus proche nous donne les premiers soins et ensuite ils nous réfèrent à Anse d'Hainault. Ils se déplacent souvent et ferment le dispensaire pour toute une semaine alors si nous avons besoin de soins, nous nous rendons directement à Anse d'Hainault et ainsi nous somme sures d'être servis – et bien servis."*

Participants au groupe de discussion[33]

La qualité de soins est aussi perçue en lien avec la disponibilité de médicaments qui ne semblent pas être toujours disponibles. L'achat des médicaments à l'extérieur des établissements de santé implique le coût supplémentaire ainsi que les soucis de qualité et éventuellement les tendances vers l'automédication.

*"Pour la fièvre, la grippe ou les douleurs, nous achetons souvent le Paracétamol, Alpalide ou Ibuprofène entre les mains de vendeurs ambulants ou petites pharmacies. Parfois, ils sont déjà expirés mais on tente notre chance quand même."*

Participants au groupe de discussion[34]

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

---

[32] Pour des raisons de confidentialité, l'auteur de ce document exerce son droit de ne pas divulguer le lieu exact où ces données ont été collectées.
[33] Idem.
[34] Idem.

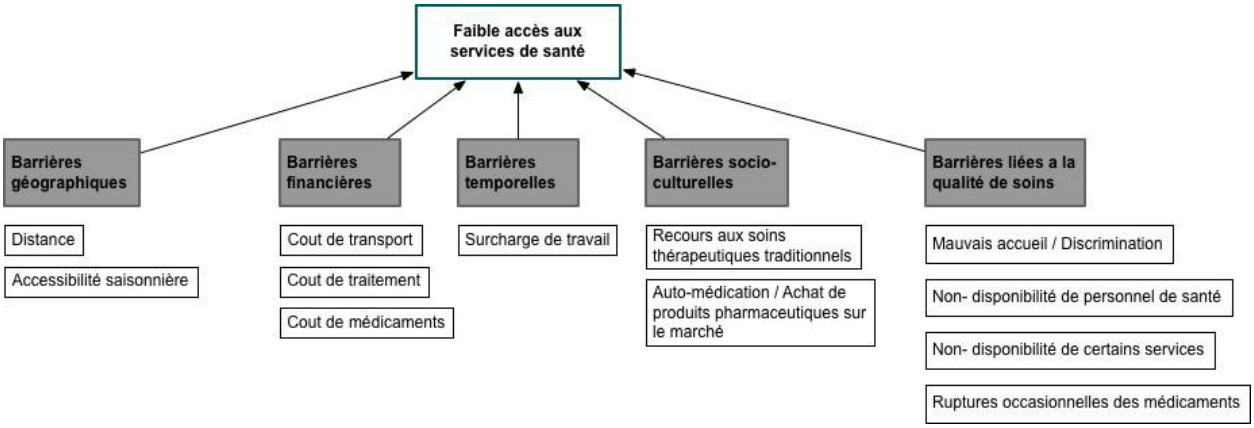



Figure 2: Résumé des principales barrières aux soins de santé dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault

Maladies récurrentes

Les maladies infantiles récurrentes incluent les multiples infections respiratoires et intestinales. Les résultats de l'enquête quantitative démontrent des prévalences plutôt élevées pour la diarrhée[35] et la fièvre[36] : 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.[37] 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 significative entre la fièvre et la malnutrition chronique, ce qui signifie que, contre intuitivement, la fièvre constitue un facteur protecteur contre un retard de croissance des enfants dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*). Ceci pourrait s'expliquer qualitativement par l'augmentation des efforts de la mère en termes des soins curatifs et préventifs pour la fièvre afin d'éviter les complications potentielles de la santé et ainsi la nécessité de se rendre au centre de santé pour les soins avancés. D'après les données, une source de revenu de la mère (toutes sources confondues) représente un facteur de risque statistiquement significatif conduisant à la fièvre pendant que le lien est renversé pour les enfants des mères commerçantes, ce qui veut dire que ces enfants sont exposés à un moindre risque de la fièvre. D'ailleurs, l'interaction entre la source de revenu de la mère (toutes sources confondues) et le score de stress parental prédit la fièvre de manière significative.

Lors de ces analyses, les associations potentielles ont été aussi détectées entre la diarrhée et la malnutrition aigüe (Cf. *Annexe B*). 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 (Cf. *Annexe B*). 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

[35] La diarrhée était définie comme le passage de trois selles liquides ou plus au cours d'une journée.
[36] La fièvre était définie comme une fièvre sans toux.
[37] Prévalence de la diarrhée et la fièvre dans le département de la Grande Anse : 21,5% et 27,4%, respectivement.

été soignés dans un établissement de santé, ce qui corresponde aux résultats de l'enquête EMMUS VI[38].

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 (Cf. *Annexe B*). De plus, l'association potentielle a été détectée entre un recours aux soins inadéquats chez les garçons et l'insuffisance pondérale (Cf. *Annexe B*).

| | Jan. | Fév. | Mar. | Avr. | Mai | Juin | Juil. | Aout | Sept. | Oct. | Nov. | Déc. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Climat | | | | | | | | | | | | |
| Saison sèche | | | +++ | | | | | | | | | |
| Saison pluvieuse | | | | ++ | ++ | + | + | + | | ++ | ++ | |
| Température | + | ++ | ++ | ++ | ++ | +++ | +++ | ++ | ++ | ++ | + | + |
| Santé | | | | | | | | | | | | |
| Diarrhée | | | ++ | +++ | +++ | | | | | ++ | +++ | |
| Choléra | | | | | + | + | | | | | | |
| Infections respiratoires aigües (IRA) / Toux | | | | ++ | +++ | +++ | ++ | | | ++ | ++ | |
| Fièvre | | | | | +++ | +++ | | | | | | |
| Paludisme | | | | + | ++ | ++ | | | | | | |
| Malnutrition | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |

Tableau 5: Calendrier saisonnier pour les maladies récurrentes dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault

Ces résultats s'alignent avec les témoignages des participants aux groupes de discussion qui ont permis d'établir une description détaillée de maladies récurrentes dans leurs communautés et les itinéraires thérapeutiques associés (Cf. *Annexe D*). Même si en principe, les parents ont une tendance de recourir au centre de santé pour traiter les maladies de leurs enfants, le recours aux soins dépend de la diagnostique de la condition de l'enfant par son entourage et même dans le cas de la bonne diagnostique peut être retardé par 1-2 jours si les moyens financiers pour couvrir les frais de traitement ne sont pas momentanément disponibles (Cf. *Santé*). Entre temps, l'enfant est traité par les plantes médicinales. Il est important à noter que certaines maladies, telles que les maladies surnaturelles ou fractures sont traitées uniquement chez le tradipraticien. D'ailleurs, le traitement parallèle peut être entamé et/ou les soins alternatifs recherchés si le traitement biomédical et/ou traditionnel n'apporte pas des résultats souhaités.

*"Pour une bonne partie de nos maladies, nous nous rendons directement à l'hôpital mais si nous ne trouvons pas de résultats, nous allons également chez le medsen fey[39]. D'ailleurs, si nous reconnaissons*

[38] Recours aux soins dans l'établissement de santé : diarrhée 32.9%, fièvre : 42.0%.
[39] Tradipraticien (médecin feuilles).

*que quelqu'un pourrait nous faire du mal, il est nécessaire d'aller chez le hougan[40] pour acheter notre vie, autrement on pourrait mourir."*

Participants au groupe de discussion, Camp Bernard[41]

Vaccination, supplémentation en Vitamine A et déparasitage

Contrairement au passé – quand la vaccination était liée, suite aux rumeurs, au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), les mères de nos jours acceptent la vaccination comme un moyen de prévention de certaines maladies et comprennent qu'elle ne représente pas, en tant que telle, un risque de santé. 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 certains participants aux groupes de discussion, un avantage économique qui joue sur leur décision de vacciner les enfants.

*"Nous connaissons l'importance de la vaccination car cela nous permet de faire d'économies parce que nos enfants ne tombent plus malades. Cependant, certaines d'entre nous n'ont pas assez de temps pour respecter les rendez-vous de vaccination, bien qu'on soit presque toujours avertis deux jours à l'avance."*

Participants au groupe de discussion, Village #1

Pourtant, selon les résultats de l'enquête quantitative, seulement 44,9% [39,9-50,0 IC 95%] d'enfants inclut dans l'échantillon ont été vacciné contre la rougeole[42][43] pendant que 73,2% [68,4-77,5 IC 95%] d'eux ont reçu le supplément en Vitamine A[44]. 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 (Cf. *Annexe B*). 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 chronique[45] (Cf. *Annexe B*).[46]

*"Autrefois, après la naissance du bébé on avait l'habitude de préparer un thé composé d'un cafard et de l'ail, enveloppé dans un morceau de tissu qu'on fait bouillir dans l'huile de palme mascreti. Ce thé était considéré comme une sorte de vaccin contre toute éventuelle maladie pouvant nuire la santé de l'enfant à l'avenir. De nos jours, on n'utilise plus cette formule."*

---

[40] Tradipraticien (prêtre voudou).

[41] Pour des raisons de confidentialité, l'auteur de ce document exerce son droit de ne pas divulguer le lieu exact où ces données ont été collectées.

[42] Vaccination confirmée par le carnet de vaccination.

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

[44] 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.

[45] 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.

[46] 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.

| Participants au groupe de discussion, Camp Bernard |
|---|

Le tableau 6 ci-dessous synthétise des perceptions typiques des non-pratiquants vis-à-vis la vaccination et des barrières rencontrées en cours d'appropriation du comportement optimal.

| Barrière | Non-pratiquants |
|---|---|
| | Non-vaccination des enfants |
| Perception de la susceptibilité | OUI<br>*"La vaccination est une prévention des maladies. Si l'enfant n'est pas vacciné, il peut attraper beaucoup de maladies."* |
| Perception de la sévérité | OUI<br>*"L'enfant non-vacciné court un grand risque – il peut aussi devenir handicapé."* |
| Perception de l'efficacité de l'action | OUI<br>*"Si l'enfant est vacciné, il développe bien."* |
| Perception de l'auto-efficience | NON<br>*"Il était problématique pour moi et mon mari de répondre aux rendez-vous de vaccination. Avec tant de responsabilités sur nos têtes, nous n'avons pas eu le temps de le faire."* |
| Indices d'action | OUI<br>*"Les ASCP viennent nous sensibiliser et nous rappeler de vacciner nos enfants."* |
| Perception de l'acceptabilité sociale | OUI<br>*"La vaccination est acceptée dans notre communauté ; personne ne le met en question car elle sauve nos enfants."* |
| Perception de la volonté divine | NON<br>*"Dieu ne désire pas la mort de nos enfants. Si les enfants ne sont pas vaccinés, c'est plutôt la négligence de parents."* |
| Perception des avantages de l'action | ▪ Santé des enfants<br>▪ Economies (moins de dépenses pour les soins d'enfants) |
| Perception des désavantages de l'action | N/A |

Tableau 6: Analyse des barrières liées à la vaccination

D'ailleurs, selon les résultats de l'enquête quantitative, le taux de déparasitage a été établi au niveau de 59,4% [53,9-64,6 IC 95%], augmenté d'environ 20% par rapport les estimations de l'enquête EMMUS VI, et ainsi peut être considéré acceptable. Les analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont révélé aucune association statistique entre le déparasitage et l'état nutritionnel d'enfants dans l'échantillon. Ainsi, nos analyses ne nous permettent pas d'affirmer que le déparasitage constitue un facteur protecteur contre la sous-nutrition dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*).

Espacement des naissances et la planification familiale

L'espacement des naissances et la planification familiale sont souvent des sujets particulièrement sensibles qui créent des divisions communautaires. Dans le contexte de l'Arrondissement d'Anse d'Hainault, l'appréciation de la planification familiale oscille entre les aspirations personnelles, accompagnées ou pas par des croyances religieuses, et la situation économique de ménage et/ou de pays. En d'autres mots, les enfants sont généralement considérés comme une bénédiction,

particulièrement utiles à l'avenir, et pour cela certains participants aux groupes de discussion ont exprimé des fortes opinions contre le « *détournement des plans de Dieu* ». Par contre, d'autres participants, sans nier la même perception de base, ont constaté que les enfants représentent une grande responsabilité qu'ils n'arrivent pas à assumer et ainsi ils préfèrent d'avoir une famille moins nombreuse. D'après leurs témoignages, par contre, cette réflexion manque chez certaines (jeunes) femmes qui ne rendent pas compte des conséquences d'une famille nombreuse.

*"Certains parents ne font pas trop d'enfants parce qu'ils perçoivent la lourdeur de leurs responsabilités envers ces enfants. Nous avons décidé de ne pas avoir trop d'enfants parce que lorsqu'on en a trop, on n'arrive pas leur donner à manger, on n'a pas de temps pour eux, leur éducation n'est pas faite correctement. Par contre, certains parents refusent d'utiliser le planning familial et prennent plaisir à faire beaucoup d'enfants sans penser à leur avenir. Il y en a qui ne sont même pas baptisés et n'ont pas d'acte de naissance ; ils vont jamais à l'école."*

Participants au groupe de discussion, Douté

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.

*"On dit souvent que chaque enfant qu'on fait est un pas en arrière. Si je n'avais pas autant d'enfants ma situation économique ne serait pas aussi précaire aujourd'hui. Mais je ne peux pas faire le planning familial parce que je ne veux pas contrarier le Dieu. Dans la Bible il y a une histoire qui raconte qu'un homme, après avoir épousé la femme de son frère, n'a pas voulu l'enfanter et pour cela il a préféré de pratiquer le coït interrompu. Quand le Dieu le remarquait, il a dit à cet homme qu'il pourrait le bénir, lui donner tout ce qu'il désire mais il ne bénira jamais un homme qui agit contre sa volonté. Je ne veux pas subir le même sort. D'ailleurs, une femme est venue à mon église il y a 18 mois et elle a déclaré d'avoir eu une révélation dans laquelle le Dieu a menacé de punir toutes les femmes qui utilisent le planning familial. Une personne qui a la crainte de Dieu ne peut pas l'utiliser malgré ses avantages évidents. Sur le plan social, les contraceptifs pourraient nous aider de limiter les naissances mais sur le plan spirituel, c'est un grand péché."*

Participants au groupe de discussion, Camp Bernard

Pendant que le désir d'assurer la bénédiction de Dieu est plutôt logique dans le contexte socio-économique du pays où la population n'a pas souvent d'autres sources d'espoir et/ou de soutien psychologique, il y reste à évaluer l'éthique de telles tentatives de la part des institutions religieuses ou autres de décourager le planning familial et ainsi potentiellement aggraver la situation sociale de ménages.

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 VI[47]. 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

[47] 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$^{eme}$ et/ou 4$^{eme}$ grossesse n'a pas été désirée.

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. Une association statistique potentielle a été aussi détectée avec l'insuffisance pondérale (Cf. *Annexe B*).

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 aigüe (Cf. *Annexe B*)[48].

A part des convictions religieuses, les participants aux groupes de discussion ont souvent cité la peur des effets secondaires, y compris l'infertilité, comme une barrière importante à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

*"L'utilisation du planning familial peut provoquer une ménorragie, une prise de poids excessive, une augmentation de la pression artérielle, même le diabète. Si nous utilisons le planning familial plus de 5 ans, nous risquons de ne plus enfanter[49]."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

D'ailleurs, un avis d'un mari peut aussi jouer sur la décision d'une femme d'utiliser ou pas le planning familial. Malgré que les femmes détiennent le pouvoir décisionnaire sur la question, elles peuvent se soumettre aux souhaits de leurs compagnons, notamment sous le soupçon d'être « lâches » [50].

*"Nous sommes libres à décider si nous voulons utiliser le planning familial. Nous discutons avec nos maris et normalement ils nous soutiennent mais il y avait aussi des cas ou les maris ont refusé pensant que ceci permettra leurs femmes d'avoir des relations sexuelles avec plusieurs d'hommes. Dans ce cas, les femmes peuvent utiliser le planning familial en cachette ou décider ne pas l'utiliser, tout en risquant de tomber enceintes."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

Le tableau 7 ci-dessous détaille des perceptions typiques des pratiquants et non-pratiquants vis-à-vis l'utilisation des moyens contraceptifs pour l'espacement et/ou limitation des naissances et des barrières rencontrées en cours d'appropriation du comportement optimal.

| Barrière | Pratiquants | Non-pratiquants |
|---|---|---|
| | Utilisation des pilules contraceptifs journaliers pendant 4 ans pour espacer les naissances.<br>Utilisation des injectables pendant 9 ans pour limiter les naissances. | Non-utilisation des moyens de contraception modernes pour espacer les naissances. |
| Perception de la susceptibilité | OUI<br>*"Si on n'utilise pas la contraception, la femme peut être malnutrie dû aux grossesses répétitives et elle* | OUI<br>*"Si on utilise la contraception, on peut avoir l'hémorragie ; on peut grossir ou perdre du poids, attraper* |

[48] Vu la petite taille d'échantillon, il est nécessaire de considérer ces résultats avec précaution.
[49] Selon les témoignages, le personnel de santé encourage les femmes d'interrompre l'utilisation du planning familial après quelques années pour éviter des conséquences potentiellement néfastes et irréversibles. D'après les participants aux groupes de discussion, c'est à ce moment que certaines femmes tombent enceintes.
[50] Femme aux « mœurs contestables », c'est-à-dire une femme connue pour de multiples relations sexuelles en parallèle.

| | | |
|---|---|---|
| | *peut souffrir de l'anémie ; ses enfants peuvent être malnutris aussi."* | *les infections, le diabète ou déranger le cycle menstruel. Les maux de tête ou de ventre sont aussi possibles."* |
| Perception de la sévérité | OUI<br>*"La malnutrition des femmes ainsi que les enfants est grave et a des effets sur la santé."* | OUI/NON<br>*"Certaines conditions sont plus dangereuses que les autres. Ça peut être dangereux, par exemple, si le sang menstruel n'est pas évacué chaque mois et ça reste à l'intérieur."* |
| Perception de l'efficacité de l'action | OUI<br>*"Si on utilise la contraception, on est sûr de limiter les naissances."* | OUI<br>*"Si on n'utilise pas la contraception, on peut éviter tous les effets secondaires. Ensuite, pour éviter ou espacer les naissances, on peut utiliser les méthodes contraceptives traditionnelles[51] qui fonctionnent aussi bien."* |
| Perception de l'auto-efficience | OUI<br>*"Il est facile d'utiliser la contraception parce que c'est important pour moi. J'ai respecté tous les rendez-vous au centre de santé."* | OUI<br>*"Il serait très facile pour moi d'utiliser la contraception mais je préfère d'autres méthodes. "*<br>NON*<br>*"Il serait difficile pour moi d'utiliser la contraception parce que ma foi ne me permet pas de l'utiliser."* |
| Indices d'action | OUI<br>*"Il est facile de se rappeler chaque jour de prendre une pilule – je l'ai facilement intégré dans ma routine journalière. Je note mes rendez-vous au CdS dans le calendrier."* | OUI<br>*"Il serait facile pour moi de se rappeler d'un rendez-vous au CdS pour renouveler le planning parce que j'ai un bon mémoire."* |
| Perception de l'acceptabilité sociale | OUI/NON<br>*"La contraception est généralement acceptée dans notre communauté mais certaines personnes peuvent toujours tenter nous décourager. Mon mari n'était pas d'accord au départ mais j'ai décidé de le poursuivre quand même parce que pour moi c'était la seule façon de limiter les naissances et assurer que je puisse prendre soin de mes enfants proprement – de les nourrir et les tous envoyer à l'école. Le mari a ensuite accepté et respecté ma décision."* | OUI<br>*"La contraception est acceptée dans notre communauté ; il n'existe pas une grande opposition à cette pratique – sauf dans quelques églises."* |
| Perception de la volonté divine | NON | NON |

[51] Retrait ou coït interrompu, boire de l'eau salée ou glacée immédiatement après le rapport sexuel.

| | | |
|---|---|---|
| | *"Même si le Dieu est le maitre de l'univers, c'est le père qui est responsable pour l'alimentation dans son foyer. Si les ressources ne sont pas suffisantes, il faut limiter les naissances pour pouvoir prendre bon soin des enfants vivants."* | *"Ce n'est la volonté de Dieu de nous imposer un nombre d'enfants. C'est une décision de partenaires et/ou leur négligence lors des rapports sexuels."*<br>OUI*<br>*"Toutes nos vies sont gérées par Dieu. C'est sa volonté qui se dévoile sur nous chaque jour, y compris les maladies ou nombre d'enfants qu'on a."* |
| Perception des avantages de l'action | ▪ Espacement des naissances.<br>▪ Eviter les grossesses non-désirées.<br>▪ Meilleure gestion du mariage.<br>▪ Diminution des dépenses ménagères. | ▪ Espacement des naissances.<br>▪ Diminution des dépenses ménagères.<br>▪ Plus de temps pour les soins d'enfants. |
| Perception des désavantages de l'action | ▪ Effets secondaires | ▪ Effets secondaires |

Tableau 7: Analyse des barrières liées à l'utilisation des moyens contraceptives

Consultations prénatales

Vu l'importance accordée à la santé, la fréquentation des consultations prénatales dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault est hautement estimée. Pour la majorité des participants au groupes de discussion les femmes ont une obligation de se rendre à l'établissement de santé afin d'assurer le bon développement de fœtus. 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.

*"Le personnel de santé ne nous accueille pas toujours très bien – ce qui fait que nous préférons de ne plus retourner ou consulter une matrone au besoin."*

Participants au groupe de discussion[52]

A part d'un manque de connaissances sur un nombre des consultations prénatales à achever, les barrières d'accès aux consultations prénatales s'alignent avec les barrières générales d'accès aux services de santé (Cf. *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,

[52] Pour des raisons de confidentialité, l'auteur de ce document exerce son droit de ne pas divulguer le lieu exact où ces données ont été collectées.

moins susceptible était son enfant de souffrir d'un retard de croissance ou d'insuffisance pondérale. (Cf. *Annexe B*).

D'ailleurs, 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. De plus, une association statistique significative a été 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 (Cf. *Annexe B*).

Le tableau 8 ci-dessous détaille des perceptions typiques des pratiquants et non-pratiquants vis-à-vis les consultations prénatales et des barrières rencontrées en cours d'appropriation du comportement optimal.

| Barrière | Pratiquants | Non-pratiquants |
|---|---|---|
| | Consultations prénatales selon le calendrier mais l'accouchement à domicile. | Nombre suggéré des consultations prénatales pas respecté. / Aucune consultation médicale lors de la grossesse. |
| Perception de la susceptibilité | OUI<br>*"Si on ne suit pas les consultations prénatales, on peut attraper les infections ; le bébé peut souffrir des malformations."* | NON<br>*"Les consultations prénatales ne peuvent pas assurer qu'on ne va pas attraper des maladies – on va peut-être diminuer une possibilité de les attraper sous la supervision du personnel de santé expérimenté."* |
| Perception de la sévérité | OUI<br>*"Les infections peuvent être dangereuses si elles ne sont pas traitées et l'enfant pourrait être né handicapé."* | N/A |
| Perception de l'efficacité de l'action | OUI<br>*"Si on suit les consultations prénatales, le médecin peut nous prescrire les médicaments pour combattre ses infections et garder notre enfant en bonne santé."* | OUI/NON<br>*"Si on ne fréquente pas les consultations prénatales, on peut toujours aller chez le medsen fey pour s'assurer que la grossesse se développe bien. Je n'ai consulté personne et tous mes 4 enfants sont en bonne santé. La fréquentation des consultations prénatales n'est pas une garantie de sante à 100%."* |
| Perception de l'auto-efficience | NON<br>*"Il n'est facile pas de se déplacer au CdS pour chaque visite médicale. La route est particulièrement difficile – le moto peut nous trop secouer – alors je préfère d'y aller à pied."* | NON<br>*"Il serait facile pour moi d'aller au CdS si j'avais suffisamment de ressources pour payer les frais de consultation et frais de transport. Je le considère important mais je ne peux pas marcher aussi loin."* |
| Indices d'action | OUI | OUI |

| | | |
|---|---|---|
| | *"Il est facile de se rappeler les dates de chaque rendez-vous – sinon, je consulte les papiers pour m'en rappeler, si nécessaire."* | *"Il serait facile pour moi de se rappeler d'un rendez-vous au CdS parce que je note tout pour ne pas oublier."* |
| Perception de l'acceptabilité sociale | OUI<br>*"Les consultations prénatales sont bien acceptées dans notre communauté – personne ne nous décourage."* | OUI<br>*"Les consultations prénatales sont acceptée dans notre communauté ; il n'existe pas une grande opposition à cette pratique."* |
| Perception de la volonté divine | NON<br>*"Les maladies sont certes crées par Dieu mais si on les rattrape ou pas, c'est un résultat de notre comportement."* | OUI<br>*"Oui, c'est Dieu qui est notre souverain et il dirige tous les aspects de notre vie."* |
| Perception des avantages de l'action | ▪ Protection de la santé de la mère et de l'enfant.<br>▪ Kits lors de l'accouchement. | ▪ Protection de la santé de la mère et de l'enfant<br>▪ Prévention des maladies éventuelles |
| Perception des désavantages de l'action | N/A | ▪ Personnel au CdS ne peut pas parfois voir tous les problèmes à l'intérieur – parfois les medsen fey sont plus compétents et ils peuvent l'arranger pour que l'enfant développe sans difficultés.<br>▪ Médecins peuvent faire grossir le bébé avec les médicaments qui peut entrainer une césarienne. |

Tableau 8: Analyse des barrières liées à la fréquentation des consultations prénatales

En ce qui concerne la perception des risques liés aux comportements non-optimaux pendant la grossesse, les participants aux groupes de discussion ont constaté un risque élevé pour tous les comportements clés, y compris la non-fréquentation des consultations prénatales, la non-observation des conseils alimentaires, la réduction des apports alimentaires pendant la grossesse et/ou l'allaitement ou la non-diminution de la charge de travail pendant les mêmes périodes. Les grossesses précoces et les grossesses rapprochées ont été également liées avec le risque élevé pour la santé de la mère et/ou de son enfant. Ainsi, il est possible de constater que la population perçoit des risques liés aux comportements non-optimaux de manière adéquate et que la non-observation des comportements optimaux est sous l'influence des barrières d'accès aux services de santé ou des raisons circonstancielles.

Etude de cas : Perdisyon[53]

Carmelia[54] est âgée de 33 ans. Elle a donné naissance à 8 enfants (de trois pères différents), dont 3 ont décédé à bas âge.

La dernière grossesse était particulièrement difficile. D'après Carmelia, c'était une « perdisyon ».

*"J'étais enceinte plus de 18 mois. Certains mois mon ventre était gros et d'autres mois il était tout plat. Bien que je fusse persuadée de ma grossesse, les échographies et le test de bêta HCG ont tous été négatifs. Le personnel médical n'a pas voulu croire que j'étais enceinte. Quelques mois ont passé avant un jour que j'ai commencé à avoir des contractions. J'ai décidé de me rendre à l'hôpital en compagnie de ma sœur mais j'ai accouché en chemin."*

En retournant chez elle, Carmelia a pris un bain chaud et a commencé à allaiter son bébé. Elle a complémenté avec le thé et à partir d'un mois elle a introduit d'autres aliments tels que la bouillie de biscuits, de la farine de manioc et de banane parce qu'elle n'avait pas assez du lait maternel pour satisfaire le bébé. A partir de 3ème mois, elle a commencé à lui donner de l'eau non-traitée, comme elle a fait pour tous ses autres enfants. À partir du 5ème, l'enfant commençait à souffrir de plusieurs épisodes de diarrhées aqueuses. Malgré le traitement au centre de santé, la diarrhée s'est empirée et l'enfant est tombé en malnutrition.

*"Ce sont les esprits que ma famille sert qui sont responsables de ma perdisyon et peut-être aussi de la malnutrition de mon enfant. Il y a un mois j'ai fait un cauchemar, en voyant un serpent qui m'attachait les pieds et trois jours après j'ai eu une sérieuse métrorragie qui a duré plus de 10 jours. Je me suis rendue au centre de santé pour le traitement et le saignement s'est arrêté. Mais les loas m'ont demandé de faire une cérémonie qu'on appelle bichette pour laquelle il faut acheter toutes sortes de friandises et les offrir aux esprits. Comme je n'ai pas de l'argent, je n'arrive pas le faire. C'est à cause de cela que mes grossesses durent aussi longtemps. Un jour je ferai le nécessaire et tout rentrera dans l'ordre."*

Outre cette explication mystique, les travaux anthropologiques, dont « *Sex, Family and Fertility* » de Timothy Schwartz, décrivent le phénomène de *perdisyon* en tant que justification raisonnable d'un gonflement de ventre d'une femme dont le mari est absent de plus de neuf mois, ainsi attribuant les responsabilités de paternité à lui. D'ailleurs, dans le cas d'un couple qui a rompu sa relation, la *perdisyon* permet à la femme et ses parents de mettre la pression à un homme pour qu'il prenne ses responsabilités financières envers eux, même si l'homme ne vit plus en couple avec cette femme. Pour que cela fonctionne, la femme doit publiquement déclarer sa grossesse avant d'être vraiment enceinte et c'est cette déclaration de la condition qui rend la *perdisyon* authentique aux yeux de son entourage. À partir de ce moment, la condition est utilisée pour marquer le père de son prochain enfant, quel que soit l'état de leur relation au moment de la naissance d'un bébé - à moins qu'une personne plus éligible ne se présente, auquel cas la *perdisyon* peut passer à un avortement spontané ou la fille et ses parents peuvent bénéficier de la possibilité d'assigner plusieurs pères.

Il est aussi important à noter que le phénomène de *perdisyon* peut servir les femmes stériles qui déclarent leurs grossesses avant d'être enceintes pendant qu'elles entreprennent le traitement traditionnel pour stimuler leur fécondité. Dans les nombreux cas, la stérilité est interprétée comme un résultat d'un acte de sorcellerie d'une copine jalouse qui prévient le fœtus de grandir[55].

---

[53] Récit d'une mère de l'enfant malnutri pendant l'entretien informel. Pour des raisons de confidentialité, l'auteur de ce document exerce son droit de ne pas divulguer le lieu exact où ces données ont été collectées.
[54] Pour des raisons de confidentialité, le nom de la personne interrogée a été changé.
[55] « *Mare nan vant* » - expression en créole haïtien signifiant « attaché dans le ventre ».

Grossesses précoces

*"Autrefois les filles prenaient plus de temps pour rentrer en relation avec un garçon. Mais aujourd'hui, les filles de 8, 9 ou 10 ans parlent déjà de l'amour. Elles ne savent pas que les hommes sont des pierres et qu'elles sont des œufs. Il faut faire attention pour que les pierres ne brisent pas les œufs."*

Participants au groupe de discussion, Camp Bernard

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, une grossesse précoce est un phénomène qui concerne les adolescentes âgées de 15 à 19 ans[56]. Contrairement à d'autres contextes, les grossesses précoces en Haiti ne sont pas culturellement imposées. Pourtant, une hausse de taux des mères adolescentes dans les dernières années commence à susciter des réflexions communautaires sur l'apparition de ce phénomène dans leur milieu. Dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault, deux de quatre localités étudiées en profondeur lors de l'étude qualitative ont qualifié les grossesses précoces comme un problème émergent sérieux qui dévoile des changements profonds dans la société haïtienne.

D'après les participants aux groupes de discussion, il est nécessaire de chercher les racines des grossesses précoces dans la « démission des parents » comme une cause principale de cette « *épidémique* ». Leur responsabilité s'étale entre la sphère économique et éducationnelle dans le contexte fortement exposé aux influences extérieures, ne se limitant pas aux frontières de la communauté et/ou du pays.

Au niveau économique, la démission des parents est née de leur incapacité de subvenir aux besoins de leurs enfants qui sont obligés de « *se débrouiller tout seuls* ».

*"Notre principal problème est qu'on manque de moyens économiques pour gérer nos enfants. Parfois on n'a pas des moyens pour les aider à terminer leurs études. A ce moment elles s'engagent dans des relations amoureuses pour pouvoir continuer. Pourtant, par manque d'éducation sexuelle et/ou par peur de diminuer la douceur de l'acte sexuelle, elles n'utilisent pas le préservatif et elles tombent enceintes."*

Participants au groupe de discussion, Camp Bernard

Il est important à noter que la débrouillardise par manque de moyens financiers ne se limitent pas à la poursuite d'éducation. Souvent, elle est motivée par le reflexe pur de la survie (alimentation) ou par des aspirations matérielles que les parents n'arrivent pas à satisfaire[57].

*"Dans le temps, les filles avaient l'habitude de vivre avec ce qu'elles avaient. Maintenant, dès qu'elles voient une personne avec un téléphone, elles ont envie d'en avoir aussi. Donc, elles vont chercher une personne qui peut leur en donner, rentrant en relation sexuelle couronnée par la grossesse précoce non-désirée."*

Participants au groupe de discussion, Douté

Pourtant, la démission des parents ne se limitent pas aux difficultés économiques car ces derniers influencent aussi l'interaction des parents avec leur progéniture. Au premier lieu, les parents dans une situation économique précaire n'ont pas suffisamment de temps pour pouvoir éduquer leurs enfants comme il était habituel de faire dans le passé.

*"Dans le passé, les parents ont pris de temps pour éduquer leurs enfants. Maintenant, ils sont rarement présents, en essayant de gagner au moins un peu de l'argent pour pouvoir manger. Ils n'inculquent pas*

---

[56] https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preventing_early_pregnancy/fr/.

[57] « *Lari-a nou jwenn* » - expression en creole haitien signifiant « On trouve dans la rue. »

*des principes et des valeurs à leurs enfants, qui - lors de leur puberté - ne les respectent pas et font ce qu'ils veulent."*

Participants au groupe de discussion, Bariadelle

Au deuxième lieu, les parents ne se sentent pas dignes de reprocher et/ou contrôler les enfants une fois qu'ils se rendent compte que les enfants sont entrés dans la « *débrouillardise* ».

*"On n'a pas le courage de questionner les filles sur la provenance de ce qu'elles apportent à la maison, on a plutôt tendance à en participer - ce qui les encourage à récidiver. Peut-être même cette attitude lâche contribue à leur manque de respect."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

D'ailleurs, certains participants aux groupes de discussion ont mentionné que même si les parents ne bénéficient pas d'activités de leurs enfants, toute tentative de corriger les enfants à cette phase est inutile.

*"Certains parents ont refusé que leur fille rentre avec quelque chose qu'ils ne lui ont pas donné, mais les filles les maltraitent après. C'est pour cela que certains parents résignent et ne font plus rien."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

Pourtant, ce comportement suscite une réaction négative dans la communauté qui est, en principe, d'avis que les parents devraient « *fouetter les filles quand il le faut et leur faire la morale pour que l'enfant retourne au bon chemin et arrête de dérouter.* »

Ceci parait impossible dans les situations où, en prévoyant la réaction de leurs parents, les filles choisissent de cacher leurs amants de leurs parents pour éviter un conflit potentiel – ce qui démunit les parents de corriger la situation précocement.

*"Lorsque nous commençons à faire des amants, nos parents nous interdissent de venir à la maison avec lui.*[58] *Ainsi, nous sommes obligées de se cacher. Parfois nos parents ne sont même pas au courant que nous avons un amant jusqu'à que nous tombons enceintes et l'homme se défile et déresponsabilise, en disant que l'enfant n'est pas à lui."*

Participants au groupe de discussion, Douté

Afin d'aider ces parents, certains membres communautaires admettent de suivre une tradition haïtienne en voie de disparition, selon laquelle toute la communauté porte une responsabilité pour le bien-être des enfants, y compris leur correction, si nécessaire. En d'autres mots, un nombre de participants aux groupes de discussion ont avoué de conseiller les filles qu'ils observent dans les circonstances de risque mais en vain.

*"Parfois on voit une fille dans une situation désagréable, on lui conseille mais elle nous ignore. Si on décide d'aller voir ses parents, on est chassé avec un commentaire qu'ils ne nous ont pas donné une permission de surveiller leurs enfants."*

Participants au groupe de discussion, Douté

Dans ce sens, les participants aux groupes de discussion ont regretté la disparition graduelle de tissu social qui a permis dans le passé de préserver l'équilibre communautaire et qui a ainsi permis

---

[58] « *D'autres fois, quand nous rentrons tard, les portes de la maison sont déjà fermées et les parents ne nous laissent pas entrer. Si nous ne voulons pas dormir sur la galerie, nous retournons chez nos copains et nous finissons par être enceintes. Donc, c'est l'incompréhension des parents, un manque de communication qui nous fait échouer.* »

à la communauté d'avancer malgré un manque évident de pouvoir institutionnel (Cf. *Crise de la société haïtienne alias « Dérèglement »*).

Du côté des enfants, notamment les filles, un manque de respect est naturellement lié au sentiment d'abandon de la part des parents et leur incapacité de bien préparer les enfants pour la vie – sans leur laisser le choix que trouver quelqu'un d'autre de prendre soin d'eux. A cet égard, il est important à noter que les communautés ont observé une hausse de taux des grossesses précoces suite au tremblement de terre de 2010.

*"Apres le goudou goudou[59] à Port-au-Prince, les filles de 14 ou 15 ans tombaient enceintes parce que leurs parents étaient morts et elles n'avaient pas d'autres choix que de trouver une personne pour les aider. Certaines fois elles ont essayé de remplacer les gens qu'elles ont perdu."*

Participants au groupe de discussion, Douté

Dans cet optique, le phénomène de grossesses précoces dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault parait à la fois lié à la situation économique du pays – avec des effets importants sur les interactions parents-enfants ainsi que des interactions communautaires, mais dévoile aussi un impact social ou même psychosocial des désastres naturels sur les stratégies de survie.

Selon les résultats de l'enquête quantitative, 2,67% [1,52-4,65 IC 95%] de mères des enfants de moins de cinq ans étaient âgées de moins de 19 ans. 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'âge de la mère ne constitue pas un facteur de risque conduisant à la sous-nutrition dans la zone étudiée. A cet égard, il est important à noter que les conclusions contradictoires sont sorties 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, selon lesquelles une association statistique significative existe entre la malnutrition aigüe et l'âge de la mère de moins de 19 ans. Vu la petite taille d'échantillon respectif dans les deux études, il est nécessaire de considérer ces résultats avec précaution (Cf. *Annexe B*).

Mes parents ne m'aimaient pas, j'ai cherché l'amour ailleurs…[60]

*"Je dois dire que les parents sont en grande partie responsables du sort des jeunes d'aujourd'hui. J'étais très jeune quand j'ai eu mon premier petit ami sous l'influence de mes paires. Nous étions très amoureux et après quelque temps je suis tombée enceinte. Tout au long de la grossesse et même avant mes parents ne m'aimaient pas ; ils étaient très négligents envers moi - ils ne voulaient pas m'acheter des vêtements ni payer mes frais scolaires. Ils ont tout fait pour briser ma relation avec mon copain qui n'avait pas beaucoup de moyens économiques. Malgré leurs pressions et humiliations, il a pris ses responsabilités et il m'a construit une petite maison. Il prend soin de moi jusqu'à ces jours. Voyant cela, mes parents ont réalisé qu'ils avaient tort et ils ont offert de nous aider. Mais je ne considère pas leur offre sincère et je ne l'ai pas accepté. Ils sont en grande partie responsables si je n'ai pas encore atteint mon rêve le plus cher qui était de terminer mes études classiques, devenir infirmière et servir ma communauté. Leur seul désir était de rompre ma relation avec mon copain au lieu de dialoguer avec moi, me montrer mes limites, me parler des précautions à prendre et continuer me soutenir dans mes études. Je suis certaine que je ne serais pas là aujourd'hui – une mère très jeune avec des rêves inachevés. Toutefois, je pense recommencer sous peu car je suis encore jeune - j'ai 21 ans - j'ai encore la vie devant mois et des objectifs à atteindre."*

[59] Expression en créole haïtien signifiant le tremblement de terre.
[60] Récit d'une femme lors d'un groupe de discussion. Pour des raisons de confidentialité, l'auteur de ce document exerce son droit de ne pas divulguer le lieu exact où ces données ont été collectées.

Accouchement et soins postnatals

Lors des multiples échanges communautaires faisant partie de l'étude qualitative, les participants aux groupes de discussion ont confirmé leur reconnaissance de l'importance des accouchements assistés aux centres de santé[61] mais vu leurs difficultés d'accès aux établissements de santé elles ne sont pas en mesure de mettre cette recommandation en pratique.

*"A cause de la distance et l'accès routier difficile, nous n'avons pas l'habitude d'accoucher dans les centres de santé ; nous faisons recours à une matrone pour nous aider. Jusqu'à présent nous étions très chanceuses de ne pas se retrouver dans une situation qui nécessitait une césarienne."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

D'ailleurs, malgré la meilleure qualification du personnel de santé dans la gestion de l'accouchement, certaines femmes ont exprimé des réserves par rapport l'accueil aux établissements de santé et/ou la qualité de services offerts, qui semble varier en lien avec leur situation économique, leur provenance et/ou leur comportement.

*"Lorsque nous allons à l'hôpital, le personnel de santé nous humilie parce que nous n'avons pas d'argent ou parce que nous crions trop lors du travail - parfois ils ne nous regardent même pas. Ils nous laissent souffrir pendant des heures sans que quelqu'un vérifie comment nous allons. Du coup, nous préférons d'accoucher chez nous avec l'aide d'une matrone."*

Participants au groupe de discussion[62]

D'après les témoignages, les matrones d'aujourd'hui sont mieux formées qu'autrefois et parfois elles reçoivent une assistance matérielle[63] de la part des centres de santé. D'ailleurs, elles sont très attentives à leurs patientes, rassurant ces dernières pendant toute la durée de l'accouchement. Les participants aux groupes de discussion ont aussi souligné l'importance de l'entourage lors de l'accouchement – ce qui représente un grand avantage de l'accouchement à domicile en contraste avec l'accouchement aux centres de santé.

*"Nous préférons accoucher chez une matrone parce qu'elle est toujours de notre côté, elle masse notre corps et elle nous rassure. Nous sommes aussi très bien entourées - nos parents et toute la famille sont là pour prendre soin de nous. Nous sommes confiantes que nos bébés ne vont pas tomber par terre lors de notre poussée - il y aura toujours quelqu'un qui sera prêt à le recevoir."*

Participants au groupe de discussion[64]

Chez une matrone[65]

*"En recevant chez moi une femme enceinte, je procède tout d'abord à un massage du dos vers le ventre, en utilisant l'huile de palme mascreti et du savon de lessive qui n'a pas encore été utilisé. Ce massage a pour but de contrôler la position dans laquelle se trouve le fœtus. Si le fœtus se trouve en position transverse, c'est-à-dire les deux pieds sont en avant, je réfère la maman automatiquement au centre de santé le plus proche.*

[61] Meilleur contrôle de l'accouchement / gestion des complications éventuelles.
[62] Pour des raisons de confidentialité, l'auteur de ce document exerce son droit de ne pas divulguer le lieu exact où ces données ont été collectées.
[63] Gants, savon, bistouri, gaze, fil, etc.
[64] Pour des raisons de confidentialité, l'auteur de ce document exerce son droit de ne pas divulguer le lieu exact où ces données ont été collectées.
[65] Idem.

*Après la naissance d'un bébé garçon, je mesure et coupe le cordon à partir du doigt le plus long de la main (majeur) afin qu'il ait un gros zozo[66]. Si c'est une fille, je mesure le cordon avec la paume de la main pour qu'elle puisse bénéficier d'un gros coco[67].*

*Si une femme saigne, je la réfère au centre de santé. Par ailleurs, si le placenta communément appelé « gwo nèg » refuse de sortir, j'utilise une feuille spéciale appelée collette à dents[68]; attachée au bas du dos et du ventre. Ensuite je demande la femme de souffler dans une bouteille. Chaque souffle stimule une pression aboutissant au décollement du placenta.*

*Après l'accouchement, je procède automatiquement à la préparation de son premier bain. La recette pour préparer ce bain est composée de feuilles diverses telles que: monben bata[69], fonbazen, carette[70], corps niche[71], melis[72], feuilles de papaye, palme mascreti et collette à dents[68] pour tamponner le vagin ; feuilles de goyave et lougawou[73] pour faciliter l'écoulement du lait. Avant de se baigner avec ces feuilles, la femme s'assoit dessus pour que la vapeur pénètre son vagin afin que ses parties génitales se cuisent et qu'il ait un nettoyage complet de l'utérus par l'évacuation des débris sanguins. La femme doit prendre ce bain pendant un mois environ, accompagné par une boisson des tisanes composées d'écorces d'amandier, de gros calbassier[74], d'avocatier, d'arbre à pain, de manguier de bœufs et de feuilles d'atiyayo[75] et de goyave, entre autres choses pour faciliter la lactation."*

Selon les résultats de l'enquête quantitative, 74,5% [69,6-78,8 IC 95%] de femmes enquêtées n'ont pas accouché au centre de santé ou, autrement dit, seulement 25,5% [21,2-30,4 IC 95%] de femmes ont accouché dans un établissement de santé, en présence d'un personnel expérimenté. Ces résultats correspondent aux estimations de l'enquête EMMUS VI, selon lesquelles 73,1% de femmes dans le Département de Grand'Anse accouchent à domicile. 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'accouchement à domicile ne constitue pas un facteur de risque conduisant à la sous-nutrition dans la zone étudiée. (Cf. Annexe B).

Les soins postnatals pour les enfants peuvent varier d'une communauté à l'autre ou d'une famille à l'autre mais généralement commencent avec le bain. L'enfant est ensuite habillé et mis dans les bras de maman une fois qu'elle soit aussi baignée. Les pratiquantes d'allaitement maternel exclusif massent leurs seins pour stimuler la production du lait et commencent à allaiter[76]. D'autres femmes préfèrent de commencer avec des tisanes ou des concoctions composées de l'huile de palme *mascreti*, de l'ail et de *miska*[77], connues sous le nom *lòk*, qu'elles considèrent plus efficaces pour éliminer le *goudron*[78] des intestins du bébé. Les participants aux groupes de discussion ont suggéré que cette pratique était en voie de disparition suite à la sensibilisation des agents de santé. Ceci n'empêche pas, par contre, une administration du *lòk*, composé du sirop de canne à sucre, de

---

[66] Expression en créole haïtien signifiant le penis; connotation vulgaire.
[67] Expression en créole haïtien signifiant le vagin ; connotation vulgaire.
[68] Nom scientifique pas disponible au moment de la rédaction de ce rapport.
[69] *Spondias mombin*.
[70] Nom scientifique pas disponible au moment de la rédaction de ce rapport.
[71] Idem.
[72] *Hyptis suaveolens*.
[73] *Bryophyllum pinnatum*.
[74] *Lagenaria leucantha*.
[75] *Ocimum micranthum*.
[76] Lorsque le lait ne descend pas, les femmes reçoivent un repas à la base de mirliton et le petit mil pour stimuler la production du lait maternel.
[77] Noix de muscade, *Myristica officinalis*.
[78] *Méconium* ou excrément accumulé dans les intestins du foetus durant sa gestation qui constitue les premières selles du nouveau-né pendant les premiers jours qui suivent la naissance.

l'huile de palme *mascreti* et de *miska*[79], à un bébé à partir de la première semaine pour éviter des douleurs abdominales provoquées par l'accumulation des résidus dans le sang du bébé. Certaines femmes ont admis d'administrer le piment ou le gingembre dans la bouche de l'enfant aussitôt qu'à la naissance pour éviter qu'il soit malade.

En ce qui concerne le repos post-partum, sa durée dépend des conditions de vie et du support apporté à la nouvelle mère. Malgré le fait que la population est consciente de l'importance du repos après l'accouchement, certaines femmes sont obligées de progressivement reprendre leurs activités à partir de troisième jour après l'accouchement. Les plus chanceuses bénéficient d'au moins une quinzaine de jours allant jusqu'à 3 mois.

## B. NUTRITION ET PRATIQUES DE SOINS

Nutrition des ménages

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.

*"Avant le passage de cyclone Matthew nous avions l'habitude de manger tous ce que nous avons voulu. Après son passage, nous avons perdu l'accès à certains aliments, tels que le giraumon*[80]*, l'aubergine, le malanga, le cresson*[81]*,le chou, le mirliton, les carottes ainsi que certains fruits comme le noix de coco, le corossol, le cachiman ou le fruit de la passion. Ceci entraine un déséquilibre dans nos habitudes alimentaires et nous manquons la variété ainsi que les apports en vitamines auxquels nous étions habitués."*

Participants au groupe de discussion, Camp Bernard

La sensibilité pour la qualité et la quantité des aliments consommés s'est particulièrement dévoilée lors des descriptions des premiers mois aux suites de Matthew.

*"Après Matthew, les choses étaient très compliquées. Nous n'avions rien à manger. Matin, midi et soir, nous consommions seulement du riz et du pois france*[82] *que nous avons reçu de la part des ONG. Pour échapper la monotonie, nous changions la façon de cuisiner, par exemple – nous mangions du riz blanc le matin, du riz collé ou du riz avec sauce pois france le midi et la bouillie du riz le soir. Nous n'avions rien d'autre."*

Participants au groupe de discussion, Camp Bernard

Un exercice participatif sur la composition des repas, intégré dans une série de groupes de discussion, a également révélé que la communauté perçoit l'importance de la variété et l'équilibre nutritionnel dans leurs repas, notamment pour assurer la bonne croissance des enfants. Ils ont souligné que ceci est très difficile dans leurs circonstances dû à un manque des ressources financières. Pourtant, s'ils étaient financièrement plus confortables, ils ajouteraient des protéines

---

[79] Certaines recettes mentionnent aussi l'ajout des feuilles *lougawou* et trois bourgeons koupe kolòn.
[80] Variété de potiron, appartenant à l'espèce *Cucurbita maxima*.
[81] *Nasturtium aquaticum*.
[82] Petit pois, *Pisum sativum*.

animales, tels que le lait, le poisson, la viande ou les œufs, à leur régime alimentaire – qui ne sont actuellement mangés que rarement.

| Période avant récolte | | |
|---|---|---|
| | Avant Cyclone Matthew | Après Cyclone Matthew |
| Petit déjeuner[83] | Café/Chocolat + pain + banane<br>Soupe giraumon<br>Soupe pain<br>Igname/Maïs/Riz (+ feuilles) (+ hareng)<br>Spaghetti | Soupe pain<br>Farine (bòy) + sauce pois + feuilles<br>Maïs/Riz (+ feuilles) (+hareng)<br>Lanman[84] + légumes |
| Déjeuner[80] | *Tonmtonm*[85] + légumes (gonbo + feuilles)<br>Igname/Banane + feuilles + sauce poisson<br>Riz/Maïs collé + sauce viande<br>Riz/Mais + sauce haricots<br>Petit mil/Blé | Riz blanc / riz collé (pois france)<br>Banane + hareng<br>Maïs + feuilles |
| Diner[80] | Bouillie (avoine, blé, farine, riz, maïs, banane, spaghetti)<br>Jus banane / spaghetti<br>Paté<br>Acra[86]<br>Thé + pain | Bouillie (riz) |
| Période post-récolte | | |
| | Avant Cyclone Matthew | Après Cyclone Matthew |
| Petit déjeuner | Café + pain<br>Riz pays<br>Igname/Banane + feuilles (+ poisson) | Soupe pain (+feuilles, ex. lyan koulèv[87])<br>Maïs/Banane + feuilles<br>*Tonmtonm* + légumes (gonbo + feuilles) |
| Déjeuner | *Tonmtonm* + légumes (gonbo + feuilles)<br>Igname/Banane + sauce poisson + jus orange sûr / citron / cerise / pomme / corossol<br>Riz collé + légumes + *cribiche / sirik*[88]<br>Riz/Mais + sauce haricots + sauce viande | *Tonmtonm* + légumes (gonbo + feuilles)<br>Igname/Banane + feuilles (+ poisson)<br>Maïs collé / Maïs + sauce haricots (pois congo / pois souche) |
| Diner | Bouillie (avoine, blé, farine, riz, maïs, banane, pomme de terre, manioc) | Bouillie (spaghetti, avoine, blé, pomme de terre, carottes)<br>Jus papaye |
| Repas désiré | | |
| Petit déjeuner | Œufs + figue banane + pain<br>Chocolat/Lait de boeuf + pain<br>Bouillon malanga<br>Maïs + légumes<br>Macaroni / Spaghetti + hareng<br>Banane + poisson + jus<br>Riz + sauce haricots<br>Jus orange / papaye / cachiman | |
| Déjeuner | Maïs/Riz + sauce haricots + légumes + viande/poisson<br>*Tonmtonm* + légumes (gonbo + feuilles) + viande<br>Bouillon (igname, banane, malanga, feuilles, carotte, pomme de terre, viande)<br>Jus (citrone, orange, carotte, corossol, papaye) | |
| Diner | Pain + eau sucrée | |

[83] Correspond à *manje maten*, *manje midi* et manje aswè en créole haïtien ou déjeuner, diner et souper en français couramment utilisé en Haiti.
[84] Physalis.
[85] Boule à la base de fruit à pain (*Artocarpus altilis)*, connu sous le nom « *lame véritable* ».
[86] Beignets à la base de malanga ; les variétés préférées incluent la morue, le hareng ou les crevettes.
[87] *Passiflora rubra*.
[88] Petit crabe.

| | |
|---|---|
| | Bouillie (avoine, blé, farine, riz, maïs, banane, pomme de terre, manioc)<br>Jus (corossol, banane, carotte, cachiman, papaye, cayemitte) |

Tableau 9: Résultats de l'exercice participative sur la composition des repas dans les localités échantillonnées

## Nutrition des femmes enceintes et allaitantes

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.

*"Les femmes enceintes peuvent tout consommer tant que ça ne leur dérange pas. Les femmes allaitantes doivent faire plus d'attention et ne pas manger quelques poissons comme le chirigen[89], certains fruits froids tels que le banane, l'ananas, le dyaka[90], zoranj konmenn[91] ou le corossol, et les produits glacés qui peuvent donner la bronchite à l'enfant.[92]"*

Participants au groupe de discussion, Village #1

Quelques participants aux groupes de discussion ont fait des remarques que les femmes enceintes devraient éviter les aliments riches en calories pour que l'enfant ne grandisse pas trop, sous la crainte d'une éventuelle possibilité de césarienne. Ils ont ajouté qu'il faudrait aussi diminuer la consommation du sucre et du sel afin d'éviter une augmentation du taux de sucre dans le sang et de la pression artérielle, respectivement. Néanmoins, ils ont rejoint l'avis général que les femmes enceintes et allaitantes devraient augmenter leurs apports alimentaires dans le mesure du possible pour assurer le bon développement de leurs enfants.

Importance de la nutrition maternelle

Les femmes enceintes et allaitantes sont généralement considérées comme un groupe vulnérable sur le plan nutritionnel. La nutrition pendant la grossesse a un impact significatif sur la croissance fœtale et le poids à la naissance. Pendant la période d'allaitement, les mères sont soumises à un stress nutritionnel, ce qui peut entraîner un déficit énergétique chronique, affectant probablement leur capacité à fournir les soins appropriés. Le faible état nutritionnel de la mère peut être dû à un apport alimentaire insuffisant, à une dépense énergétique excessive ou à une faible utilisation des nutriments.

[89] Poisson chirurgien de la famille *Acanthuridae* [connu comme Dory dans le film animé « Monde de Nemo ».
[90] Jacquier, *Artocarpus heterophyllus*.
[91] Bigaradier, oranger amer ou oranger de Séville, *Citrus aurantium*.
[92] D'autres aliments à éviter pendant de la période d'allaitement incluent l'igname jaune, l'igname *ginen*, le *tayo*, le mazonbel, le tonmtonm, les patates et les mangues.

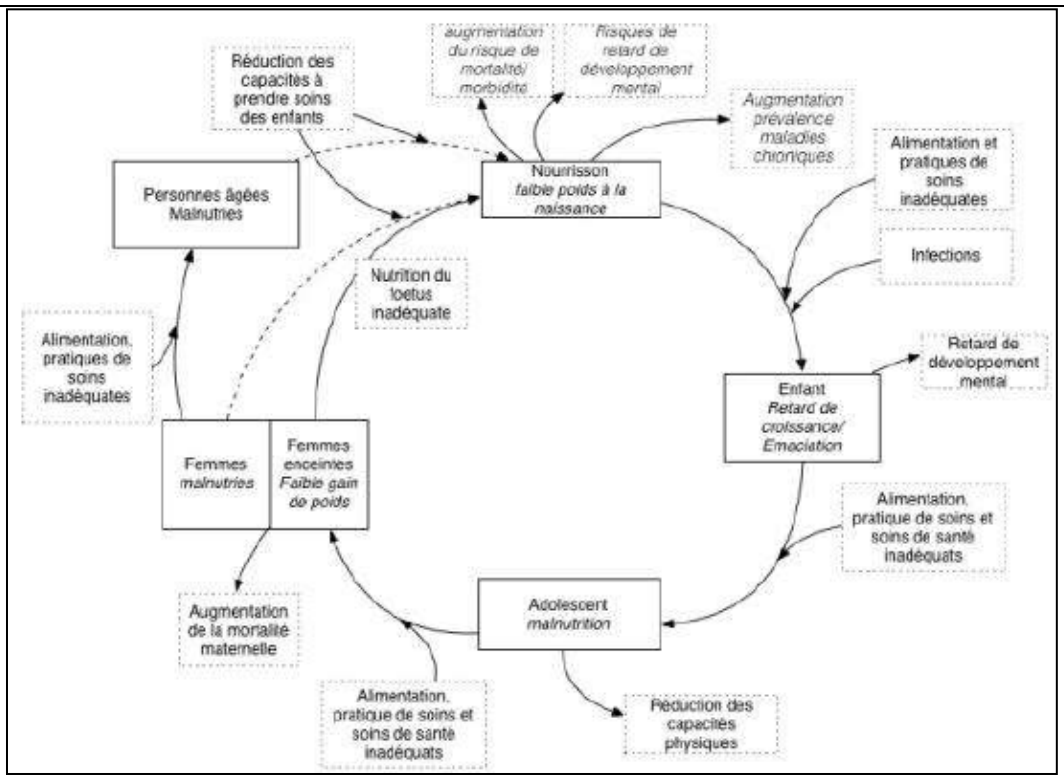



Figure 3: Cycle de sous-nutrition[93]

Un apport alimentaire inadéquat ou une exposition aux infections pendant la grossesse peut entraîner une sous-alimentation du nourrisson. Un enfant né avec un faible poids à la naissance aura une forte probabilité de souffrir de sous-nutrition et de maintenir ainsi le cercle vicieux de sous-nutrition présenté dans le figure 3.

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 (Cf. *Annexe B*).

D'après les mêmes résultats, seulement 2,0% [0,9-3,4 IC 95%] des femmes enquêtées avaient leur périmètre brachial mesuré au-dessous de 210 mm.

## Pratiques d'allaitement maternel

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.

*"Autrefois, l'allaitement maternel n'avait pas autant d'importance mais maintenant nous comprenons mieux son utilité. On a pu constater que les enfants qui ont bénéficié de l'allaitement maternel exclusif*

[93] Source: Rapport final Link NCA, District sanitaire d'Abdi, région du Ouaddaï, Tchad, Septembre 2015 – Janvier 2016.

*étaient plus développés que les autres. Aussi, ils ne sont pas malades – même lors de la poussée de dents ils n'ont pas la diarrhée."*

Participants au groupe de discussion, Village #1

Cet avis, prononcé par les pratiquantes d'allaitement maternel exclusif, n'est pas partagé par les mamans non-pratiquantes qui croient que *« l'allaitement maternel exclusif rend les enfants flasques et molles. »* [94]

*"Pendant longtemps nous avons observé et comparé dans notre communauté deux catégories de mamans : celles qui pratiquent l'allaitement maternel exclusif et celles qui ne le pratiquent pas et préfèrent nourrir leurs enfants avec d'autres aliments. A base de ces observations, nous constatons que les enfants allaités exclusivement étaient beaucoup moins ferme et moins forts que ceux qu'on nourrissait avec d'autres aliments."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

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* »[95] dû à leur propre incapacité de se nourrir en qualité et en quantité nécessaire pour permettre le transfert de nutriments au bébé.

*"Si une femme n'est pas bien nourrie, elle ne peut pas et elle ne devrait pas pratiquer l'allaitement maternel exclusif. Lorsqu'une mère n'a pas des moyens économiques suffisants et elle ne mange pas bien, son lait n'a pas la force pour nourrir le bébé pour qu'il développe bien. Elle est obligée d'introduire d'autres aliments – parfois dès la première semaine."*

Participants au groupe de discussion, Douté

Un groupe de participants au groupe de discussion a ajouté que les femmes qui pratiquent l'allaitement maternel exclusif sont souvent les femmes qui reçoivent l'aide de pères de leurs enfants et ainsi peuvent bénéficier de l'alimentation équilibrée.

Lors des exercices participatifs intégrés dans le cadre de groupes de discussion, les participantes dans toutes les localités échantillonnées ont constaté qu'elles éprouvaient des difficultés avec la production du lait maternel et dépendamment de leurs capacités elles essayaient des s'approvisionner en manioc, papaye et chou palmiste pour faciliter sa production. Par contre, ce recours traditionnel n'était pas disponible pour les mères sans soutien approprié. Les femmes ont aussi signalé qu'elles se sentaient faibles et elles avaient des douleurs au niveau des seins, notamment lors de l'allaitement des enfants de sexe masculin.

D'ailleurs, les participants aux groupes de discussion ont mentionné un manque de temps ainsi que le stress maternel comme des facteurs contribuant à la non-pratique d'allaitement maternel exclusif.

*"Souvent nous n'avons pas assez de temps pour rester avec l'enfant. On dit que l'enfant ne devrait pas perdre le lait de midi parce qu'il est plus riche en vitamines et que l'enfant va perdre du poids s'il ne le*

---

[94] Participants aux groupes de discussion, Sicard.
[95] Expression en créole haïtien signifiant « robuste », « fort », « dynamique ».

*boit pas. Mais il faut admettre que nous ne sommes pas toujours à la maison à cette heure – même si nous essayons de revenir à l'heure. Le plus important encore, c'est le stress de la maman qui dérange l'allaitement. Pas seulement le stress diminue la production du lait maternel mais aussi décourage la mère de mettre le bébé au sein."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

Le tableau 10 ci-dessous détaille des perceptions de risques liés aux pratiques d'allaitement maternel.

| Comportement | Perception du risque | Justification + informations complémentaires |
|---|---|---|
| Administration des tisanes aux enfants 0-6 mois | Bas | L'opinion sur l'administration des tisanes aux enfants de moins de 6 mois était divisée. Les pratiquantes d'allaitement maternel exclusif se sont positionnées contre l'administration des tisanes, spécifiant que les tisanes sont seulement destinées à la mère afin de faciliter la lactation, mais d'autres mères ont admis de le donner à ses enfants (Cf. *Accouchement et les soins-postnatals*). Malgré cette division, il est possible de constater que l'administration des tisanes ou de *lòk* n'est pas, en général, considérée nuisible à la santé de l'enfant dû à une longue histoire de leur utilisation sans complications.<br><br>*"Dans notre communauté on a l'habitude de donne du thé, du lòk et de l'eau sucrée depuis la première semaine. Le thé à la base de feuilles de basilic et de cannelle, par exemple, et très efficace pour le sommeil."*[96]<br><br>Selon les résultats de l'enquête quantitative, 7,5% [2,4-21,4 IC 95%] d'enfants de moins de 6 mois ont reçu le thé dans les 24 heures précédentes la collecte de données dans leurs ménages.[97] |
| Administration de l'eau aux enfants 0-6 mois | Modéré | L'opinion sur l'administration de l'eau aux enfants de moins de 6 mois était aussi divisée et la faille d'opinion s'est trouvé également entre les pratiquantes et les non-pratiquantes d'allaitement maternel exclusif. Pour certains participants, « *l'eau peut tuer les enfants aussi petits* », pendant que les autres le considèrent l'essentiel pour la survie. En comparaison avec l'administration de tisanes, l'administration de l'eau a été perçue plus risquée – dû à la qualité d'eau disponible dans certains endroits. A cet égard, il est important à noter que les participants aux groupes de discussion ont admis de ne pas traiter de l'eau donnée aux nourrissons ou jeunes enfants par peur qu'ils pourraient tomber plus facilement malades s'ils ne reçoivent de l'eau traitée en continu. |

[96] Participants aux groupes de discussion, Douté.
[97] 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.

| | | |
|---|---|---|
| | | Selon les résultats de l'enquête quantitative, 47,5% [32,3-63,2 IC 95%] d'enfants de moins de 6 mois ont reçu l'eau dans les 24 heures précédentes la collecte de données dans leurs ménages.[98] 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 par l'enfant de moins de 6 mois constitue un facteur de risque conduisant à la diarrhée chez ces enfants la zone étudiée. |
| Administration des aliments aux enfants 0-6 mois | Bas | Vu qu'un bon nombre de mères n'allaitent leurs enfants exclusivement que pendant les premiers deux à trois mois, l'administration des aliments au enfants 0-6 mois n'est pas généralement considéré nuisible à la santé de l'enfant. Seulement les pratiquantes d'allaitement maternel exclusif ont laissées entendre que l'administration quel que soit l'aliment ou le liquide pourrait provoquer des maladies chez l'enfant.<br><br>En contraste avec d'autres contexte où le lait de chèvre est très apprécié, il est rarement donné aux enfants dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault.<br><br>*"On peut donner le lait de vache mais jamais le lait de chèvre. Le lait de vache est aussi fortifiant que le lait maternel mais le lait de chèvre est très fort et pourrait être donné seulement si dilué."*[99]<br><br>Selon les résultats de l'enquête quantitative, 42,5% [27,9-58,5 IC 95%] d'enfants de moins de 6 mois ont reçu une préparation pour le nourrisson dans les 24 heures précédentes la collecte de données dans leurs ménages ; 30,0% [17,6-46,3 IC 95%] d'entre eux ont reçu la bouillie et 12,5% [5,2-27,3 IC 95%] ont reçu le lait de vache.[100] 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 la bouillie par l'enfant de moins de 6 mois constitue un facteur de risque conduisant à la diarrhée chez ces enfants dans la zone étudiée. Selon les mêmes analyses, la consommation du lait de vache et/ou des préparations pour les nourrissons ne semble pas constituer un facteur de risque conduisant à la diarrhée chez ces enfants. |

[98] Idem.
[99] Participants aux groupes de discussion, Camp Bernard.
[100] 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.

| | | |
|---|---|---|
| Réduction des apports nutritionnels de la mère allaitante | Élevé | D'après les participants aux groupes de discussion, la mère allaitante doit manger plus que d'habitude pour assurer le bon développement de son enfant. |
| Allaitement maternel lors de la nouvelle grossesse | Élevé | L'allaitement maternel pendant la grossesse peut provoquer la sous-nutrition chez l'enfant déjà né mais aussi chez le fœtus. Selon les participants, le fœtus peut être né chétif (faible poids à la naissance) parce que le corps de la mère n'arrive pas suffisamment alimenter deux enfants pendant que l'enfant déjà né peut devenir chétif ou subir un retard de croissance dû au changement de la qualité du lait maternel (Cf. *Perceptions communautaires de la sous-nutrition*).<br><br>*"Dans le temps, lorsqu'une femme a tombé enceinte pendant qu'elle allaitait, elle pourrait continuer allaiter l'enfant mais d'un seul sein afin de conserver l'autre sein pour le bébé à venir. Ceci l'a aussi aidé de prévenir que l'enfant allaité tombe malade car le lait maternel lors de la grossesse est mauvais."*[101] |
| Allaitement maternel lors de la maladie de la mère | Élevé | L'allaitement maternel devrait être interrompu lors de la maladie de la mère pour éviter la transmission de la maladie à l'enfant. |
| Allaitement maternel lors d'une colère de la mère | Élevé | L'allaitement maternel lors d'une colère de la mère (« *move san* ») peut avoir des effets néfastes sur la santé de son bébé, tels que la diarrhée ou les douleurs abdominales. Certaines participantes croyaient que l'enfant peut être anesthésié et peut mourir.<br><br>D'après les participants aux groupes de discussion, une femme doit manger une banane *poban* après le premier accouchement afin d'éviter que ces colères éventuelles n'aient pas de conséquences sur la qualité de son lait. Sinon, elle doit boire une cuillère du lait chauffé avec de l'huile et du sel afin de prévenir le transfert de la colère sur son enfant. Elle peut se rendre aussi chez le tradipraticien pour bénéficier d'un remède secret. Pourtant, il est déconseillé de se faire traiter au centre de santé car l'effet des médicaments peut être transféré au bébé par le sein. |
| Allaitement maternel lors d'une augmentation de la température corporelle de la mère suite aux activités journalières | Modéré | Si la femme termine ses activités journalières et la température de son corps est plus élevée, c'est à dire qu'elle a chaud, elle ne peut pas commencer à allaiter son enfant immédiatement. Selon les participants aux groupes de discussion, elle doit se reposer d'abord, prendre le bain, boire un verre d'eau, éjecter un peu de lait dans le nombril du bébé ainsi que sur son dos et ensuite elle peut commencer à allaiter. Autrement, l'enfant peut tomber malade. |

Tableau 10: Perception des risques liés aux pratiques d'allaitement maternel

[101] Participants aux groupes de discussion, Camp Bernard.

Le tableau 11 ci-dessous détaille des perceptions typiques des pratiquants et non-pratiquants vis-à-vis l'allaitement maternel exclusif et des barrières rencontrées en cours d'appropriation du comportement optimal.

| Barrière | Pratiquants | Non-pratiquants |
|---|---|---|
| | Allaitement maternel exclusif (0-6 mois). | Allaitement maternel (0-6 mois) non-observé. |
| Perception de la susceptibilité | OUI<br>*"Si on n'allaite pas exclusivement, l'enfant peut attraper la fièvre, la grippe, maux de ventre ou la diarrhée."* | OUI<br>*"Si on allaite exclusivement, l'enfant peut avoir les maux de ventre ou les flatulences. Certains enfants peuvent manquer l'appétit et la force après le sevrage."* |
| Perception de la sévérité | OUI<br>*"C'est dangereux parce que l'enfant devient faible, déshydraté."* | OUI<br>*"C'est dangereux parce qu'il s'agit des maladies infantiles et pour l'enfant tout est dangereux."* |
| Perception de l'efficacité de l'action | OUI<br>*"Si j'allaite mon enfant exclusivement, il est en bonne santé. Mon enfant n'est presque jamais malade."* | NON<br>*"Les vitamines dans le lait maternel ne suffisent pas, c'est pourquoi il est important de complémenter et si cela est fait, l'enfant grandit bien. D'ailleurs, la pratique est plutôt récente et tant de nos enfants ont survécu sans être allaités exclusivement !"* |
| Perception de l'auto-efficience | OUI<br>*"Il est facile pour moi d'allaiter. Mon mari me donne suffisamment de l'argent pour que je puisse bien manger pour allaiter notre bébé. Si je sors, je laisse du lait dans le biberon."* | NON<br>*"Il n'est pas facile pour moi d'allaiter parce qu'ils me manquent des moyens économiques pour se nourrir bien pour que je puisse allaiter. Je me sens faible pour allaiter mon bébé. D'ailleurs, je n'ai pas de temps pour allaiter à tout moment."* |
| Indices d'action | OUI<br>*"Il est facile pour moi de se souvenir d'allaiter mon bébé parce que c'est le seul repas que je lui donne. (J'étais bien sensibilisée comment faire.)"* | OUI<br>*"Si j'avais suffisamment des moyens économiques, il serait plus facile pour moi de se souvenir que mon enfant a besoin d'être allaité parce que ce serait un seul repas à lui donner. Par contre, je ne sais pas si mes occupations le permettraient."* |
| Perception de l'acceptabilité sociale | OUI/NON<br>*"Tout mon entourage – mon mari, ma mère, ma sœur - m'a encouragé de pratiquer l'allaitement exclusif. Certains mes amis ne sont pas d'accord mais cette décision ne concerne que moi."* | OUI/NON<br>*"Certaines de mes amies pourraient me soutenir ainsi que décourager pour pratiquer l'allaitement exclusif."* |
| Perception de la volonté divine | NON | NON |

| | | |
|---|---|---|
| | *"C'est Dieu qui a créé des maladies mais c'est plutôt le comportement des parents qui assure ou compromets la santé des enfants. (Si les enfants tombent malades malgré nos actions, peut-être c'est une malédiction.)"* | *"Dieu n'apporte pas la maladie de l'enfant parce que l'enfant est innocent. La maladie est un résultat des soins que les parents accordent à leur enfant. Parfois, les maladies peuvent être de l'origine mystique."* |
| Perception des avantages de l'action | Enfant en bonne santé / grandit bien | Enfant en bonne santé / grandit bien |
| Perception des désavantages de l'action | ▪ Manque de nutriments si la mère est mal nourrie | ▪ Manque de nutriments si la mère est mal nourrie<br>▪ Flatulences<br>▪ Prend du temps |

Tableau 11: Analyse des barrières liées à l'allaitement maternel exclusif

Selon les résultats de l'enquête quantitative, 97,8% [85,1-99,7 IC 95%] d'enfants de moins de 6 mois ont été allaités dans les 24 heures précédentes la collecte de données dans leurs ménages. D'ailleurs, 59,1% [43,8-72,8 IC 95%] de ces enfants ont reçu les aliments solides et/ou semi-solides pendant la même période de rappel[102]. Ces résultats correspondent aux conclusions de la recherche sur les barrières d'allaitement dans le Département de Grand'Anse[103], d'après lesquelles 66,2% d'enfants allaités entre 0 et 5 mois reçoivent les aliments de complément. En fait, d'après cette étude 58,8% d'enfants allaités entre 0 et 3 mois reçoivent déjà les aliments de complément. Ceci semble de s'aligner avec les résultats de l'enquête EMMUS VI, d'après lesquels une durée médiane de l'allaitement maternel exclusif dans les milieux ruraux n'atteint que 2.0 mois.

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'introduction précoce des aliments et/ou semi-solides ne semble pas constituer un facteur de risque conduisant à la sous-nutrition dans la zone étudiée. (Cf. Annexe B). Pourtant, vu la petite taille d'échantillon, il est nécessaire de considérer ces résultats avec précaution (Cf. *Annexe B*).

En outre, selon les résultats de l'enquête quantitative, 85,7% [62,0-95,7 IC 95%] d'enfants de 12 à 15 mois ont été allaités dans les 24 heures précédentes la collecte de données dans leurs ménages[104]. 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 continuation de l'allaitement à 1 an ne semble pas constituer un facteur protecteur contre la sous-nutrition dans la zone étudiée. (Cf. *Annexe B*). Pourtant, 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 significative a été observée entre l'allaitement maternel à 1 an et l'émaciation de l'enfant et une association statistique potentielle avec le retard de croissance (Cf. *Annexe B*). Vu la petite taille d'échantillon les résultats de deux analyses doivent être étudiés avec précaution.

[102] 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.
[103] Recherches sur les barrières à l'allaitement, à l'hygiène et à la sécurité alimentaire en Grand'Anse et au Sud d'Haïti, TRANSNUT, Université de Montréal, Fondation Paul Gérin-Lajoie (FPGL), Catholic Relief Services (CRS), Unité de santé internationale (USI) Affaires mondiales Canada (AMC), 2017.
[104] Vu la petite taille d'échantillon (n=21) pour les indicateurs ANJE (Cf. *Collecte de données quantitatives*), il est suggéré d'étudier ces résultats avec précaution.

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Considérant les tendances non-optimales en terme d'allaitement maternel exclusif, déjà évoquées dans la section précédente, l'enfant est introduit aux liquides autres que le lait maternel ainsi qu'aux aliments solides et semi-solides relativement tôt après sa naissance. Dans le cas de mères non-pratiquantes de l'allaitement maternel exclusif, les premiers aliments peuvent être introduits rapidement à partir du troisième jour après la naissance. A cet égard, il est important de noter que les périodes d'introduction sont considérablement variables parmi les participantes aux groupes de discussion et plusieurs tendances ont été notées entre la première semaine et le deuxième mois après la naissance. D'une manière générale, il est possible de constater que la population, exceptée les pratiquantes de l'allaitement maternel exclusif, considère que tout enfant (au plus tard) à partir de 2 mois est prêt pour la consommation d'autres aliments que le lait maternel.

L'introduction des premiers aliments inclut le *gerber*[105], la bouillie à base de farine France grillée ou de la farine de banane *grosbot* ou banane *poban* ou de la farine de manioc, la bouillie à base des biscuits sucrés ou salés, le bouillon de pois piante, le riz molle ou les *fricassés*[106]. A partir du 4ème et du 5ème mois d'autres aliments sont ajoutés tels que le maïs, le blé ou les haricots jusqu'à l'intégration complète de l'enfant dans le repas familial.

Autres pratiques de soins

*"Un enfant idéal est un enfant « byen vini, byen pòtan*[107]*. Une fille devrait être belle, gentille, avoir des beaux cheveux et la peau douce, sans boutons, toujours propre et bien vêtue. Un garçon devrait être membré, fort et intelligent."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

D'après les participants aux groupes de discussion, les parents doivent suivre un nombre des consignes pour permettre que leur enfant soit catégorisé ainsi. Entre autres, ceci inclut une bonne alimentation pendant la grossesse et après l'accouchement et un suivi régulier au centre de santé. Pour cela, un manque de soin de la part du père de l'enfant reflète négativement sur l'état nutritionnel et mentale de la mère qui, par conséquent, influence le bien-être de l'enfant même.

*"Certains hommes ont l'habitude de nous quitter pour d'autres femmes après que nous tombons enceintes. A ce moment, nous sommes tristes, l'enfant est triste, nous avons beaucoup de problèmes, nous réfléchissons tellement que nous perdons du poids. L'enfant reçoit le chagrin depuis le ventre et il est né traumatisé. Le fait qu'il a été abandonné par son père, ça ne nous décourage pas à aimer l'enfant, même s'il ressemble comme deux gouttes d'eau à son père, mais notre chagrin influence comment nous sommes capables d'interagir avec l'enfant."*

Participants au groupe de discussion, Douté

Autres facteurs influant la qualité de soin accordés aux enfants incluent la disponibilité de moyens financiers dans le ménage (pour la prise en charge appropriée de l'enfant au niveau alimentaire, hygiénique et sanitaire) en lien avec la taille de famille, la charge de travail (Cf. *Charge de travail au ménage, soutien social et stress parental*), les connaissances des parents (en lien avec les pratiques de soins), et le niveau de maturité des parents. Il semble que ce dernier et/ou la réaction des mères ayant accouchées pour la première fois à ces nouvelles responsabilités provoque des tribulations

[105] Une variété des céréales pour bébés, commercialisés par Nestlé.
[106] Sauces préparées à la base des feuilles vertes, cubes Maggi et beurre.
[107] Expression en créole haïtien signifiant « enfant bienvenue, bien accueilli ou bien soigné » qui est « en bonne santé ».

inattendues, faute d'un manque d'expérience et/ou de compréhension de l'étendue de changement introduit par la naissance d'un enfant.

*"Soit elles partent aux programmes, laissant leur enfant à la maison, ce qui leur gagne une mauvaise réputation dans la communauté ; soit elles restent à la maison mais risquent de perdre leur conjoint qui partira aux programmes quand même et s'amusera avec d'autres femmes. Les hommes ne changent pas leurs habitudes après la naissance de leurs enfants ; c'est la femme qui porte toute cette charge sur sa tête."*

Participants au groupe de discussion, Camp Bernard

Contrairement au passé et/ou d'autres contextes où les mères emmènent leurs enfants (sur le dos) lors de leurs sorties journalières, les résidentes d'Arrondissement d'Anse d'Hainault considère cette pratique « négligente » et préfèrent de laisser leurs petits enfants en charge d'autres personnes, telles que les enfants à partir de 10 ans, les grands-parents et/ou les voisins, chaque fois qu'elles doivent sortir pour s'occuper de tâches à l'extérieur de leurs foyers. D'après les participants aux groupes de discussion, les pères sont souvent absents et « *gardent les enfants uniquement en cas de force majeure s'il n'y a pas d'autres options*. »[108]

*"Les pères exigent que tout soit préparé pour eux à notre départ du foyer. Ils ne veulent pas cuisiner, ils ne veulent pas nettoyer et/ou baigner l'enfant - ils accepter seulement de veiller sur lui. Ainsi, au lieu de nous aider, ils ajoutent encore sur notre charge de travail. "*

Participants au groupe de discussion, Douté

En ce qui concerne les enfants de 10 ans ayant la charge d'enfants plus petits, les participants aux groupes de discussion ont constaté que c'est souvent à partir de cette tranche d'âge que l'enfant à un niveau de maturité pour s'occuper de ses frères ou sœurs.

*"Un enfant a qui nous confions les petits enfants doit être responsable, il doit avoir des bonnes connaissances et des bons réflexes pour s'occuper des plus petits - appeler le voisinage au cas où quelque chose lui arrive qu'il n'est pas capable de gérer tout seul. L'âge de cet enfant dépend de la distance de l'éloignement de la mère. Parfois, même un enfant âgé de 3-4 \ans peut être considéré comme la garde si la mère n'est pas trop loin et s'il peut appeler d'autres personnes en cas d'urgence."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

## 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%3[109]. Dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault, la majorité de la population vit des activités agricoles[110], 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

[108] Participants aux groupe de discussion, Village #1.
[109] Enquête sur la Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS VI), 2017.
[110] Entre autres, la production de l'igname, du gingembre, des haricots et de maïs.

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.

*"La production agricole a baissée à cause des arbres que nous avons coupés. Ils protégeaient les plantes contre le soleil. D'ailleurs, chaque grand arbre était une source d'eau, ce qui faisait que la terre était productive - on n'avait pas besoin d'utiliser le fumier. Depuis quelque temps, tous les grands arbres ont été détruits et la terre est devenue sèche."*

Participants au groupe de discussion, Sicard & Camp Bernard

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 derniers ressources et/ou de capacités de résilience des résidents.

*"Nous nous souvenons de plusieurs cyclones qui ont ravagé nos communautés : Hazel en 1954, Flora en 1963, Allen en 1980, Gilbert en 1988, Denis en 2005. Chaque fois c'était difficile - il y avait des pertes, il faudrait reconstruire mais Matthew était le plus méchant. Il ne nous a rien laissé. Nos maisons ne sont plus confortables, nous avons perdu beaucoup d'animaux - même les poules ont presque disparu. On dit que c'était surement un homme noir parce que ni l'homme blanc ni la femme peuvent être aussi méchants que Matthew. Il nous a porté le dernier coup."*

Participants au groupe de discussion, Camp Bernard

L'analyse des récents désastres naturels ou catastrophes d'origine humaine montre un schéma clair de tempêtes et d'inondations fréquentes, avec d'autres événements parsemés entre eux. A part des évènements mentionnés par les participants aux groupes de discussion, le plus important des désastres naturels de l'ère moderne est le séisme du 12 janvier 2010, qui a provoqué le déplacement de 2,3 millions de personnes à travers le pays[111], suivi par quatre cyclones majeurs: Thomas (Novembre 2010), Isaac (Août 2012), Sandy (Octobre 2012) et Matthew (Octobre 2016). D'après les estimations du Programme des Nations unies pour le Développement (PNUD) ce dernier cyclone a occasionné des pertes d'environ 2,8 milliards USD, affectant plus de 75% de la population dans le Département de Grand'Anse[112].

D'ailleurs, depuis 2012, le secteur agricole doit faire face au puissant effet El Niño, provoquant une sècheresse chronique. Puisque l'agriculture vivrière et non vivrière dépend majoritairement de la pluviométrie, l'effet El Niño a eu des impacts considérables sur les récoltes annuelles, le prix et la disponibilité des denrées alimentaires.

*"Dans le passé, nous récoltaient beaucoup de cacao ; nous étions riches par rapport aujourd'hui, nous avions des moyens pour scolariser nos enfants sans problème."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

---

[111] Recherches sur les barrières à l'allaitement, à l'hygiène et à la sécurité alimentaire en Grand'Anse et au Sud d'Haïti, TRANSNUT, Université de Montréal, Fondation Paul Gérin-Lajoie (FPGL), Catholic Relief Services (CRS), Unité de santé internationale (USI) Affaires mondiales Canada (AMC), 2017.
[112] Idem.

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 (Cf. *Annexe B*).

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 stress[113], l'indice MAHFP dans son ménage était 1.59 plus haut que dans le reste de ménages (Cf. *Annexe B*). 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 (Cf. *Annexe B*). 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 entrainant 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.

[113] Au-dessous de 50% des valeurs enregistrées dans notre échantillon.

Photo 3: Poissons séchés au soleil dans un village au bord de la mer, Commune d'Anse d'Hainault

De l'autre côté, en analysant la distance moyenne au marché (68,8 minutes [63,8-73,8 IC 95%][114]) en lien avec les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage, une association 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 (Cf. *Annexe B*).

*"Les activités commerciales sont intrinsèquement liées aux activités halieutiques et agricoles – aucun peut marcher sans l'autre ; elles existent en rapport de l'interdépendance. Si la pêche ou l'agriculture ne fonctionne pas, le commerce est en partie paralysé. D'ailleurs, nous essayons d'adapter notre offre à la demande de chaque période de l'année et introduire des nouveautés avec le potentiel de générer plus de revenu. Pourtant, il faut admettre que nous faisons souvent de déficit – soit parce que les gens n'ont pas de moyens pour nous rembourses (s'ils achètent à crédit) ou soit parce que nous tombons victimes de la magie[115]."*

Participants au groupe de discussion, Village #1

| | Jan. | Fév. | Mar. | Avr. | Mai | Juin | Juil. | Aout | Sept. | Oct. | Nov. | Déc. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Climat | | | | | | | | | | | | |
| Saison sèche | | | +++ | | | | | | | | | |
| Saison pluvieuse | + | + | | ++ | ++ | + | + | + | + | ++ | ++ | + |
| Température | + | ++ | ++ | ++ | ++ | +++ | +++ | ++ | ++ | ++ | + | + |
| Activités économiques | | | | | | | | | | | | |
| Pêche[116] | +++ | +++ | +++ | + | ++ | ++ | + | + | + | + | + | + |
| Production des haricots noirs / maïs (préparation/semis/ sarclage/récolte) | P/Se | Sa | R | | | P | Se | Sa | R | P/Se | Sa | R |
| Production de pois congo (préparation/semis/ sarclage/récolte) | P | Se | | | | | | | | | | R |

[114] Trajet aller seulement.
[115] En recevant les billets de la part des malfaiteurs qui ont laissé cet argent en dessous des nids de poules pour quelque temps. Comme résultat, l'argent de la commerçante mis a coté avec ces billets « magiques » disparaitra.
[116] Disponibilité des poissons.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Production du riz (préparation/semis/ sarclage/récolte) | | R | P | Se | | Sa | | R | P | Se | | Sa |
| Production de l'igname (préparation/semis/ sarclage/récolte) | P/Se | | Sa | | | | | | | | | R |
| Production des arachides / gingembre (préparation/semis/ sarclage/récolte) | P | Se | | Sa | | Sa | | Sa | | Sa | | R |
| Sécurité alimentaire | | | | | | | | | | | | |
| Prix des aliments | ++ | ++ | +++ | +++ | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ | + |

Tableau 12: Calendrier saisonnier pour les activités économiques et la sécurité alimentaire dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault

Crise de la société haïtienne alias « Dérèglement »

*"La semaine dernière, j'ai regardé avec stupéfaction un vidéo sur le téléphone d'un petit garçon n'habitant pas loin de moi qui contenait des images d'un corps d'un jeune garçon brulé et mangé à Port-au-Prince. Le vidéo m'a interpellé profondément, et m'a plongé dans une rétrospection sur le passé de ce pays quand le Haïtien était si sensible, respectueux et compréhensif qu'on disait qu'Haiti est la Perle des Antilles. Nous avons eu une société responsable, des institutions fortes. Je me rappelle de l'importance des institutions comme la famille, la communauté, l'état. Où sont–elles passées? Le Haïtien de nos jours est méchant, irresponsable et incompréhensif. Comment autrement peut-on expliquer que quelqu'un non seulement brule le corps mais le mange sous les yeux de tout le monde ?!? Comment peut-on tolérer cela ? Comment peut-on tolérer que nos enfants le regardent ? Comment peut-on attendre d'eux qu'ils vivent en paix s'ils regardent ce type d'atrocités ? Dans le temps, disons sous la dictature des Duvalier, on ne pouvait pas voir une telle chose. En effet, notre société fait face à une crise des valeurs et ceci depuis la fin du duvaliérisme quand le pays a plongé entre les mains des amateurs qui nous enseigne la démocratie qu'ils utilisent à leur propre gré et la démocratie pour laquelle le peuple n'était pas encore préparé. Car, si Duvalier faisait des abus, il les faisait en toute clandestinité et non sous les yeux des enfants. »"*

Participant au groupe de discussion[117]

Lors de l'étude qualitative, les participants aux groupes de discussion ont régulièrement évoqué la crise de la société haïtienne, oscillant entre leurs souvenir du passé et le statu quo. Entre les deux, il y avait un clivage profond, défini par l'immense chagrin. Les têtes baissées, avec le regard fixé sur le sol, ils ont détaillé le recul de leurs communautés et le désespoir qui marque leur quotidien.

D'après eux, le concept de dérèglement peut être expliqué par la perte des valeurs de certaines institutions importantes, telles que la famille, l'église, le voudou, l'état, qui devraient, en principe, jouer un rôle dans une instruction de la personne et sa préparation pour ses responsabilités envers ses parents, sa communauté et son pays.

*"La famille, l'église, le voudou, l'état, toutes les institutions ont démissionnées. Commençons avec le Ministère de l'Education nationale - ou est-elle passée l'instruction civique et morale dans laquelle j'étais imprégné quand j'étais un jeune écolier? Ou est-elle passée l'instruction qui m'a appris à aimer mon pays, qui m'a appris la modestie, le respect, la tempérance? Ou est-elle passée la littérature haïtienne ? Comment les enfants peuvent apprendre quel type de citoyen ils devraient être si on ne les enseigne pas à l'école ? Comment peut-on espérer que notre pays sortira de ce cauchemar si on ne construit pas la base digne pour son développement?*

*Dans le temps, le voudou jouait un très grand rôle que ce soit sur le plan sanitaire, que ce soit sur le plan éthique ou le respect pour l'environnement. Aujourd'hui, tout a changé ! Si autrefois, le voudou symbolisait la justice, la cérémonie de Bois Caïman de 1791 nous a conduit à l'indépendance, aujourd'hui il représente l'injustice ! Certaines personnes l'ont réduit à l'activité génératrice de revenu – même au prix d'une vie humaine. Ce voudou*

[117] Pour des raisons de confidentialité, l'auteur de ce document exerce son droit de ne pas divulguer le lieu exact où ces données ont été collectées.

*modifié que les gens prennent pour le vrai voudou, est faux et méchant – de même manière que les gens qui le pratiquent.*

*Selon moi, tout a commencé après la chute des Duvaliers et l'instauration d'un système démocratique en 1986. C'était le début de l'irrespect et du désordre généralisé en Haïti. Les gouvernements post-duvaliéristes toléraient les bandits et les chimères aboutissant à une démocratie incontrôlée. La population pensait que la démocratie était de faire tout ce qu'on veut et quand on veut et donc. Ils n'ont pas compris qu'avec les droits viennent aussi les devoirs. Nous n'étions pas encore prêts pour la démocratie et c'est la raison pour laquelle on est là où nous sommes. Une société sans valeurs et dignité.*

*Autrefois, le Haïtien était caractérisé par le respect, la sagesse, la tempérance, l'ordre, l'amitié et la confiance. Les jeunes n'oseraient même pas penser à la drogue et encore moins à la consommer. Le peuple respectait le gouvernement et c'était réciproque. Quand un chef de section passait, tout le monde se courbait à ses ordres. Les paysans vivaient de leur terre et de leurs animaux, ils n'attendaient pas un verre de riz entre les mains d'un député. On avait des groupes de musique « bout mamit » ou « djaz pi dous » qui jouaient de la guitare faite avec des tôles et du tambour fabriqué avec des marmites. La vie en famille était plus facile, le pays n'était pas aussi pauvre. On accordait beaucoup d'importance à l'éducation familiale, ce qui faisait des jeunes les plus respectueux et responsables.*

*Aujourd'hui, le Haïtien est sauvage, violent, injurieux, colérique – comme un bête blessé. Les jeunes ne veulent plus s'habiller décemment - ils descendent leurs pantalons au-dessous de leurs fesses, ils ne se rasent pas la tête. Ils jouent la musique très fortement pour troubler la paix de tout le village. Ils ne veulent pas travailler – et surtout pas la terre ! Mais lorsque le dîner est prêt, ils sont les premiers à se présenter avec leurs assiettes ! Ils migrent à Port au Prince à la recherche de l'argent vite gagné mais le plus souvent ils n'en trouvent pas. Sous l'influence des amis, ils intègrent des gangs où ils apprennent à manœuvrer des armes à feu. Donc la misère augmente et la jalousie l'accompagne.*

*J'ai vu des jeunes femmes rentrer en rapports sexuels pour l'argent. J'ai vu les politiciens distribuer l'alcool aux jeunes. J'ai vu les villageois jeter les sorts sur leurs amis pour n'importe quelle raison. Les cochons créoles ont disparu, le café, le mazombel. Il ne nous reste que la misère. Le pays est fini.*

Participant au groupe de discussion[118]

Capacités de résilience et stratégies de survie

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 pauvreté[119] et/ou le franchit légèrement [120]. Cette situation de pauvreté a pour conséquence un faible pouvoir d'achat des ménages pour l'acquisition des biens et des services.

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

[118] Pour des raisons de confidentialité, l'auteur de ce document exerce son droit de ne pas divulguer le lieu exact où ces données ont été collectées.
[119] Fixé à 2,41 USD.
[120] Enquête sur la Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS VI), 2017 [Ménages considérés très pauvres ou pauvres].

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*[121] ». 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.

*"Quand la situation dans notre ménage devient difficile, nous diminuons d'abord le nombre de repas par jour – en espérant qu'on trouvera quelque chose le lendemain. Si toutefois, nous ne trouvons rien le lendemain, nous faisons des prêts auprès nos voisins afin de préparer quelque chose pour les enfants mais souvent nous finissons avec des lourdes dettes que nous n'arrivons pas à rembourser - ce qui nous empêche de trouver d'autres prêts. A ce moment, l'alternative la plus évidente est de migrer vers Port-au-Prince dans l'espoir de trouver une source de revenu. Si nous ne trouvons rien, nous sommes humiliées et devons retourner chez nous. A notre retour, nous pouvons soit vendre ce que nous possédons ou soit trouver des hommes pour nous payer en échange des rapports sexuels."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

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 grossesse[122]. 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.

*"Certaines fois nous créons des groupes, auxquels nous contribuons 1000 gourdes chaque semaine ou chaque mois, ce qui nous permet de bénéficier d'une somme plus importante à tour de rôle pour qu'on puisse faire un commerce. Le montant reçu est repayé avec un petit pourcentage. Des fois, quand nous avons des dettes à rembourser, nous sommes obligés d'emprunter cet argent entre les mains de quelqu'un d'autre pour rembourser la première personne. Nous empruntons le plus souvent entre les mains d'autres femmes, qui nous donnent des intérêts raisonnables, mais aussi parce que les hommes peuvent demander des rapports sexuels en échange. Sinon, ils peuvent même l'exiger si vous n'arrivez pas le rembourser. A ce moment, vous risquez que même votre époux ou votre conjoint vous quitte si quelqu'un lui met au courant."*

---

[121] Participants aux groupes de discussion, Sicard.

[122] 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.

Participants au groupe de discussion[123]

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 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 (Cf. *Annexe B*). 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.

Les analyses complémentaires, désagrégés par question, démontrent les meilleures capacités d'adaptation de ménages dirigés par les femmes, démontrant des pourcentages inférieurs pour chaque sous-indicateur par rapport tous les ménages confondus. Par exemple, pendant que 30,7% [25,8-36,1 IC 95%] de ménages enquêtés ont déclaré d'avoir réservé le repas aux enfants au détriment des adultes pendant 5-7 jours précédents la collecte de données, seulement 20,6% [14,4-28,7 IC 95%] de ménages dirigés par les femmes ont signalé l'utilisation de cette stratégie d'adaptation pendant la même période. La même tendance s'applique à la consommation des aliments moins préférés et/ou moins chers (25,2% [20,7-30,3 IC 95%] vs. 16,7% [11,1-24,3 IC 95%]), le prêt de la nourriture (10,4% [7,4-14,3 IC 95%] vs. 9,5% [5,5-16,1 IC 95%]), la réduction des portions aux heures de repas (28,6% [23,9-33,9 IC 95%] vs. 18,1% [12,3-25,9 IC 95%]) ainsi que la réduction d'un nombre de repas mangés au cours de la journée 27,9% [23,2-33,2 IC 95%] vs. 15,7% [10,3-23,2 IC 95%]). Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ne révèlent aucune association statistique significative entre ces indicateurs et la sous-nutrition dans la zone étudiée. (Cf. *Annexe B*).

## D. EAU, ASSAINISSMENT 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 réfrigérateur.[124]

Eau

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

[123] Pour des raisons de confidentialité, l'auteur de ce document exerce son droit de ne pas divulguer le lieu exact où ces données ont été collectées.
[124] Roy, Isabelle. Facteurs associés à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans en Haïti, Université de Montréal, 2016.

taux pour l'Arrondissement d'Anse d'Hainault n'atteint même pas 20%[125]. 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. (Cf. *Annexe B*).

Néanmoins, les participants aux groupes de discussion ont classifié l'accès à l'eau dans leurs communautés comme adéquat. Dans la plupart des localités visitées, l'eau a été décrite comme claire sans effets néfastes sur la santé de la population. Pourtant, certains participants aux groupes de discussion ont remarqué que « *l'eau claire ne veut pas dire que l'eau est potable*[126] ».

*"L'eau est claire mais elle contient des microbes et lorsqu'on la boit, on peut avoir la diarrhée; les enfants peuvent avoir du prurit ou de la teigne."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

Certaines communautés ont souligné des difficultés d'accès, ce qui se traduit en trajets prolongés[127] pour s'approvisionner en eau. Ceci correspond avec les résultats de l'enquête EMMUS VI, selon lesquels 41.6% de ménages dans les milieux ruraux nécessitent au minimum une demi-heure aller-retour pour s'approvisionner en eau pendant que les résultats de l'enquête quantitative mettent en évidence un moyen de 45,5 minutes aller-retour [42,0-49,0 IC 95%]. 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 distance au point d'eau ne constitue pas un facteur de risque conduisant à la sous-nutrition dans la zone étudiée. (Cf. *Annexe B*).

D'ailleurs, l'accès à la quantité suffisante de l'eau ne pose pas des problèmes majeurs, même si certaines localités constatent une certaine diminution de l'eau aux points d'eau dans leur proximité pendant les périodes sèches[128]. Dans les cas pareils, les ménages diminuent leur consommation pour que chaque famille puisse accéder à une quantité minimale nécessaire pour l'usage quotidien.

Vu que la plupart de ménages ne disposent pas de réservoirs d'eau, les participants aux groupes de discussion ont signalé qu'ils font 3-4 trajets par jour pour s'approvisionner en eau en quantité nécessaire, moyennant à 60-80 L par jour par ménage et/ou 14-18 L par jour par personne[129]. Considérant le seuil SPHERE en situation d'urgence de 7,5– 15 L par jour personne, la consommation journalière de l'eau dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault peut être catégorisée comme basse[130].

---

[125] 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.
[126] Participants aux groupes de discussion, Sicard.
[127] ≈60-120 min.
[128] Surtout le mois de mars.
[129] Le nombre de trajets et/ou la consommation moyenne de l'eau par jour par ménage est intrinsèquement lié au nombre de personnes dans le ménage.
[130] Il est important à noter que ces estimations ne sont basées que sur les témoignages des participants aux groupes de discussions lors de l'étude qualitative. Les données quantitatives permettant le calcul de la consommation réelle de ménages échantillonnés n'ont pas été collectées vu leur moindre importance pour les schémas causaux dans la zone étudiée.

| Comportement | Perception du risque | Justification + informations complémentaires |
|---|---|---|
| Boisson de l'eau de pluie | Modéré | La propreté de l'eau de pluie et, par extension, sa buvabilité, dépend de la propreté de toit, depuis lequel l'eau est collectée. Par prévention, l'eau de pluie devrait être traitée avant la boisson. |
| Boisson de l'eau de point d'eau aménagé | Bas | L'eau de point d'eau aménagé est déjà traitée et ainsi elle est protégée contre les impuretés. Elle peut être consommée directement. |
| Boisson de l'eau de rivière | Élevé | L'eau de rivière n'est pas considérée potable dû à la présence des multiples sources de contamination et ainsi elle est liée avec le risque des maladies diarrhéiques, y compris le choléra.<br><br>*"Notre rivière est une catastrophe – c'est un réceptacle des matières fécales, des animaux morts et des déchets. En faisant la lessive à la rivière, nous voyons ces matières passer et devons se retirer un peu pour les laisser passer. Ensuite nous continuons à laver. Du coup, lorsqu'on met les vêtements sur les enfants, ils ont des prurits et ça peut aller jusqu'aux blessures à force de les gratter."*[131] |
| Conservation de l'eau dans les récipients ouverts | Élevé | L'eau stockée dans les récipients ouverts peut être contaminée par des microbes et/ou la poussière. Pour l'éviter, il est important de toujours couvrir les récipients et les laisser dans un endroit hors de portée des enfants. |

Tableau 13: Perception des risques liés à l'utilisation de l'eau

Comme il est décrit dans le tableau 13 ci-dessus, les participants aux groupes de discussion perçoivent 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 quotidien[132]. 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*[133] ». 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, entrainant, par conséquent, la récurrence des maladies hydriques.

[131] Participants aux groupes de discussion, Camp Bernard.
[132] 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.
[133] Participants aux groupes de discussion, Village #1.

L'analyse détaillée des barrières liées au traitement de l'eau est présentée dans le tableau 14 ci-dessous.

| Barrière | Non-pratiquants |
|---|---|
| | Non-pratique du traitement de l'eau |
| Perception de la susceptibilité | OUI<br>*"Si on boit de l'eau non-traitée, on peut avoir des maux de ventre, la diarrhée ou la fièvre typhoïde parce que l'eau contient des microbes."* |
| Perception de la sévérité | OUI/NON<br>*"Les maux de ventre et la diarrhée peuvent être dangereux parce qu'ils peuvent rendre la personne faible et potentiellement la tuer. Mais souvent ça passe rapidement."* |
| Perception de l'efficacité de l'action | OUI<br>*"Si on traiterait de l'eau, l'enfant ne tomberait pas facilement malade."* |
| Perception de l'auto-efficience | OUI<br>*"Il serait facile pour moi de traiter de l'eau si on avait des aquatabs. Par contre, ça fait longtemps que le personnel de santé nous les a distribués. L'ébullition pourrait se faire mais demande beaucoup plus d'efforts et ressources, y compris les grandes marmites pour bouillir/refroidir de l'eau avant la boisson et ensuite des récipients pour la stocker."* |
| Indices d'action | OUI<br>*"Il serait facile pour moi de se souvenir de traiter de l'eau. Si on avait des aquatabs, on les met dans l'eau chaque fois qu'on revient du point d'eau. Par contre, l'ébullition demande la bonne planification."* |
| Perception de l'acceptabilité sociale | OUI<br>*"La communauté est consciente de l'importance de l'eau traitée. Personne ne l'interdit pas mais le traitement n'est pas toujours pratiqué dû à l'indisponibilité des aquatabs. Parfois, l'eau est déjà traitée au point d'eau."* |
| Perception de la volonté divine | NON<br>*"Ce n'est pas la volonté de Dieu si on tombe malade. La maladie est un résultat de nos pratiques. Si l'enfant tombe malade malgré nos efforts, ça pourrait être une malédiction."* |
| Perception des avantages de l'action | ▪ Bonne santé |
| Perception des désavantages de l'action | ▪ Bois sec nécessaire pour l'ébullition de l'eau<br>▪ Temps nécessaire pour aller chercher de bois, bouillir de l'eau et attendre jusqu'à qu'elle se refroidisse<br>▪ Charge de travail élevée et/ou autres priorités ménagères<br>▪ Manque de récipients pour l'ébullition/stockage de l'eau<br>▪ Perte des défenses immunitaires contre les microbes présentes dans l'eau, entrainant, par conséquent, la récurrence des maladies |

Tableau 14: Analyse des barrières liées au traitement de l'eau[134]

[134] Etant donné que les pratiquants n'ont pas pu être identifiés dans les localités échantillonnées, cette analyse n'a pu être réalisée que pour les non-pratiquants.

Hygiène

*"Nous connaissons les principes d'hygiène, mais nous ne sommes pas en mesure de tous les respecter."*

Participants au groupe de discussion, Douté

Suite à une longue histoire des sensibilisations dans le domaine d'eau, d'assainissement et d'hygiène, il est possible à constater que les communautés dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault ont des connaissances des bonnes pratiques d'hygiène. Comme indiqué dans la citation ci-dessus, 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.

Les participants aux groupes de discussion ont constaté un changement progressif des pratiques d'hygiène dans leur milieu et ont souligné les différences avec les coutumes du passé.

*"Nos grands-parents n'avaient pas l'habitude de se laver aussi souvent que nous. De nos jours, nous nous baignons 2-3 fois par jour – le matin, le midi et le soir. Le corps est plus léger après le bain et ceci permet d'être plus résistant aux maladies. De plus, nous nous lavons les mains chaque fois que nous faisons nos besoins et avant manger."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

L'observation des pratiques d'hygiène optimales n'est pas conditionnée par une disponibilité et/ou non-disponibilité de l'eau dans le milieu et l'eau n'est pas réservée en priorité pour un autre usage. En d'autres mots, la mise en pratique des comportements d'hygiène optimaux n'est pas mise de côté en face d'autres priorités ; le point de blocage majeur se trouvant plutôt au niveau de la non-disponibilité du savon – ou le faible pouvoir d'achat de cette commodité – pour permettre l'observation des pratiques d'hygiène selon les consignes des agents de santé. Lors de l'enquête quantitative, la vérification de la présence du savon dans le ménage s'est avérée très sensible, soulignant davantage les perceptions d'importance du savon dans le ménage.

Selon les résultats de l'enquête quantitative, 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'Anse[135]. 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. (Cf. *Annexe B*).

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 (Cf. *Annexe B*).

*"Certaines fois nous n'avons pas assez d'argent pour acheter du savon. A ce moment nous nous lavons les mains seulement avec de l'eau et nous nous contentons d'exposer les vêtements au soleil pour les rafraichir."*

Participants au groupe de discussion, Camp Bernard

[135] 22.5%.

Les perceptions de risques liés à certaines pratiques d'hygiène sont résumées dans le tableau 15 ci-dessous.

| Comportement | Perception du risque | Justification + informations complémentaires |
|---|---|---|
| Laisser les plats avec le repas non-couverts | Élevé | Les plats non-couverts attirent les mouches, qui transmissent les maladies.<br><br>*« Les mouches sont sales, elles se promènent partout, même sur les excréments, et ainsi peuvent contaminer nos repas. »* |
| Manger sans se laver des mains | Élevé | Les mains non-lavés présentent une source de contamination et ainsi le risque des maladies diarrhéiques ou troubles intestinaux. |
| Cuisiner sans se laver des mains | Élevé | Idem. |
| Non-utilisation du savon | Élevé | L'utilisation du savon est important pour pouvoir « tuer les microbes ». Les participants aux groupes de discussion ont mentionné que faute de moyens financiers, il n'est pas toujours possible pour eux d'acheter une barre de savon[136]. D'après eux, le citron, les feuilles de citron et/ou de basilic peuvent aussi utilisés pour neutraliser et rafraîchir les mains. |

Tableau 15: Perception des risques liés aux certains pratiques d'hygiène

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. (Cf. *Annexe B*).

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 (Cf. *Annexe B*).

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 (Cf. *Annexe B*).

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

[136] Prix moyen pour une barre de savon : 20 HTG.

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 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 (Cf. *Maladies récurrentes*).

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 (Cf. *Annexe B*). Ces résultats rejoignent les conclusions d'autres études menées en Haiti 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 potable[137].

Assainissement

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 traine. 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 (Cf. *Synthèse des résultats et catégorisation des facteurs de risque*).

*"Nous n'avons pas de latrines – nous déféquons où on peut, le plus souvent au bord de la mer. Parfois nous avons honte de le faire à tel point qu'on essaie de résister de se soulager jusqu'à le soir pour que personne ne nous voit. Nous n'avons pas d'endroit où jeter les déchets – les animaux les paillent et les apportent encore à la maison. Nous sommes obligés de les bruler ou les jeter dans la mer. L'environnement dans lequel nous vivons se dégrade chaque jour. Il y a quelques mois, on a fait une réunion dans laquelle on a interdit la défécation à l'air libre mais cela continue jusqu'à nos jours. Nous vivons dans une communauté où il semble que l'Etat n'existe pas. Nos CASEC, nos maires, notre député ne prennent pas leurs responsabilités pour nous aider d'avancer."*

Participants au groupe de discussion[138]

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.

*"Nous ne sentons plus en sécurité dans notre communauté. Un manque de latrines représente un risque sévère pour notre santé. A part de la contamination directe, nous souffrons aussi de la prolifération des moustiques pendant la saison pluvieuse et par la suite des cas de fièvre malarique."*

Participants au groupe de discussion[139]

---

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

[138] Pour des raisons de confidentialité, l'auteur de ce document exerce son droit de ne pas divulguer le lieu exact où ces données ont été collectées.

[139] Pour des raisons de confidentialité, l'auteur de ce document exerce son droit de ne pas divulguer le lieu exact où ces données ont été collectées.

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 améliorées[140]. 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. (Cf. *Annexe B*). Ces résultats ne semblent pas rejoindre les conclusions d'autres études menées en Haiti qui constatent une contribution positive des toilettes améliorées sur la santé des enfants[141], entre autres, en réduisant l'exposition à l'inflammation chronique des intestins.

Le tableau 16 ci-dessous détaille les perceptions de risques typiques liés à certaines pratiques d'assainissement.

| Comportement | Perception du risque | Justification + informations complémentaires |
|---|---|---|
| Défécation autour de la maison | Élevé | Risque de contamination en lien avec les insectes et/ou les animaux qui peuvent propager les microbes présents dans les matières fécales dans l'espace de vie, y compris les aliments, des humains. |
| Nettoyage des latrines | Modéré | Risque dépend des pratiques d'hygiène de la personne qui nettoie la latrine. Si la personne se lave soigneusement, le risque de contamination est bas. |
| Présence des animaux dans la cour | Modéré | Risque de contamination existe mais la présence des animaux (chien, chat, poule) dans la cour est en principe acceptée. Idéalement, les autres animaux ne devraient pas ruminer mais ils devraient être enfermés dans un enclos pour éviter la contamination de la cour par leurs excréments.<br><br>Selon les résultats de l'enquête quantitative, la présence des animaux dans l'espace de jeux de l'enfant a été observée dans 23,8% [19,9-28,2 IC 95%] de ménages enquêtés. Leurs signes, notamment les excréments, ont été observés dans 20,4% [16,7-24,6 IC 95%] de cas. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont révélé aucune association statistique entre ces indicateurs et l'état nutritionnel des enfants dans la zone étudiée. (Cf. *Annexe B*). |
| Présence des animaux dans la maison | Élevé | Risque de contamination est très élevée et les animaux, y compris les souris, cafards, puces) ne devraient jamais entrer dans la maison. |
| Enfant jouant dans la poussière | Modéré | Le risque lié à un bébé jouant dans la poussière dépend du fait si le bébé avale la poussière ou pas. Si le bébé ne l'avale pas, le risque est considéré bas. |

[140] 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.
[141] 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.]

| | | |
|---|---|---|
| | | Selon les résultats de l'enquête quantitative, 57.9% [53,1-62,5 IC 95%] d'enfants dans les ménages enquêtés ont été observés de jouer dans la poussière. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont révélé aucune association statistique entre ces indicateurs et l'état nutritionnel des enfants dans la zone étudiée. (Cf. *Annexe B*). |

Tableau 16: Perception des risques liés aux certains pratiques d'assainissement

Photo 4: Point de dépôt de déchets au bord de la mer, Commune de Dame Marie

Le tableau 17 ci-dessous détaille des perceptions typiques des pratiquants et non-pratiquants vis-à-vis l'utilisation des latrines et des barrières rencontrées en cours d'appropriation du comportement optimal.

| Barrière | Pratiquants | Non-pratiquants |
|---|---|---|
| | Utilisation des latrines | Non-utilisation des latrines / Défécation à l'air libre |
| Perception de la susceptibilité | OUI<br>*"Si on n'utilise pas les latrines, on peut attraper multiples maladies, telles que la diarrhée ou les maladies de peau."* | OUI<br>*"La non-utilisation des latrines peut aboutir à plusieurs maladies, y compris le choléra."* |
| Perception de la sévérité | OUI<br>*"La diarrhée est dangereuse parce qu'elle conduit à l'amaigrissement rapide. Les maladies de peau peuvent créer des plaies qui s'infectent."* | OUI<br>*"Le choléra est très mortel – on avait plusieurs cas de décès dans notre communauté. Le choléra ainsi que d'autres maladies peuvent être traitées mais il faut chercher des soins au centre de santé assez rapidement."* |

| | | |
|---|---|---|
| Perception de l'efficacité de l'action | OUI<br>*"L'utilisation des latrines aide à prévenir la transmission des maladies."* | OUI<br>*"L'utilisation des latrines peut aider à éviter beaucoup de problème mais on n'a pas des moyens de les construire."* |
| Perception de l'auto-efficience | OUI<br>*"Il est très facile d'utiliser la latrine."* | OUI<br>*"Il serait facile pour moi d'utiliser la latrine."* |
| Indices d'action | OUI<br>*"Il est très facile de se souvenir d'utiliser la latrine. Dès qu'on a besoin de faire nos besoins, on sait où on devrait le faire."* | OUI<br>*"Il serait très facile pour moi de se souvenir d'utiliser la latrine. Si j'avais une, je l'utiliserais."* |
| Perception de l'acceptabilité sociale | OUI<br>*"Les membres de ma famille sont très contents d'utiliser la latrine."* | OUI<br>*"Les avantages de l'utilisation des latrines dans notre communauté sont bien connues. Nous n'avons pas besoin d'être sensibilisés davantage sur leur importance. Ce qui nous bloque c'est la disponibilité des moyens financiers pour pouvoir construire une dans chaque ménage ou au moins quelques-unes pour la communauté."* |
| Perception de la volonté divine | NON<br>*"Ce n'est pas Dieu qui nous apporte la diarrhée, c'est la saleté qui la cause."* | NON<br>*"Ce n'est la volonté de Dieu si on tombe malade. C'est plutôt notre faiblesse économique qui ne nous permet pas d'observer les messages de sensibilisation."* |
| Perception des avantages de l'action | ▪ Bonne santé<br>▪ Prévention des maladies<br>▪ Intimité | ▪ Bonne santé<br>▪ Prévention des maladies<br>▪ Protection de l'environnement |
| Perception des désavantages de l'action | N/A | ▪ Dépenses pour la construction d'une latrine<br>▪ Dépenses pour l'entretien d'une latrine |

Tableau 17: Analyse des barrières liées à l'utilisation des latrines

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. (Cf. *Annexe B*).

Le monde change devant nos yeux[142]

*"A Bariadelle nous vivons en grande partie de la mer. D'après ce qu'on entend de la part de nos grands-parents, notre environnement marin était autrefois beaucoup plus fructueux – les poissons étaient disponibles en plus grande quantité et qualité. Maintenant on doit sortir plus loin pour pêcher pendant que certaines espèces ont disparu. Le matériel approprie nous manque.*

*D'ailleurs, nous avons détruit les récifs au bord de la mer pour construire les maisons. Ces grands rochers bloquaient les vagues et permettaient aux zones littorales de garder leur forme. Maintenant, il n'y reste rien pour retenir les vagues qui envahissent et détruisent notre espace de vivre.*

*Dans le passé, on avait des belles forets, pleins d'arbres et d'oiseaux – le perroquet, la tourterelle, l'ortolan. Nous mangions les produits naturels, issus de nos jardins. Le café et le cacao étaient notre or et argent. De nos jours, la terre n'est plus fertile, les plantations et les forets ont disparu (par la main des charbonniers) et nous consommons des produits importés, bourrés des matières chimiques. La misère bat son plein fouet.*

*Ce changement a commencé dans les années 80 avec le passage du cyclone Allen. La mer est montée avec beaucoup de force et le vent a abattu les cocotiers. Beaucoup de poissons ont disparu. C'est à ce moment qu'on a commencé pêcher la conque – qui est, entre temps, aussi disparu faute à la surpêche. Malheureusement, nous ne sommes pas arrêtés là. La pollution et l'érosion de l'origine humaine jouent également leur rôle pendant que les changements climatiques prolongent les périodes sèches et découragent nos activités agricoles."*

## E. GENRE

### Mariage et relations extraconjugales

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 dissolution de l'institution du mariage, issue d'une dégradation de leur situation économique[143], qui contribue à la dissolution des liens interfamiliaux et, par extension, communautaires.

*"Autrefois, le mariage était plus valorisé et réglementé par nos coutumes ancestrales. Dans le temps, les gens ne se mariaient pas de manière spontanée ; ce sont les grands parents qui planifiaient tout en absence des deux jeunes qui auraient à s'unir. Les deux jeunes devaient se courber à la décision finale des deux familles même s'ils n'avaient pas l'intention de s'aimer. Ceci garantissait la pérennité du mariage et obligeait les hommes à prendre leurs responsabilités. Les conflits et les problèmes économiques étaient gérés par les deux familles."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

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.

---

[142] Récit d'un pêcheur pendant l'entretien informel à Village #1.

[143] Il est important à noter que vu le fardeau financier que l'organisation des réceptions de mariage représente en lien avec les attentes communautaires, le 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.

*“Autrefois, les relations entre les époux ont été mieux gérées – il y avait l’esprit d’entente et la patience. Les parents pourraient éventuellement intervenir et aider. Aujourd’hui, les gens ne veulent plus souffrir ensemble. Ils se séparent pour n’importe quelle raison.”*

Participants au groupe de discussion, Village #1

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.* »

*“De nos jours, les jeunes n'attendent pas trop longtemps avant d’entrer en union. Les femmes sont devenues plus "chaudes" ou ficelles, c'est-à-dire, elles sont plus rusées pour embobiner leurs copains dans leur manège. Pour cela, certains hommes ont peur de se marier - le mariage est considéré comme une sorte de contrainte pour leur forcer à prendre leurs responsabilités. Les couples ne se font pas confiance et ne durent pas.”*

Participants au groupe de discussion, Camp Bernard

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.

*“Les hommes pensent qu’ils devraient avoir une femme dans chaque coin mais au même temps ils se plaignent si leurs femmes leur trompent. La question qu’ils cherchent à répondre – qui s’est lancé dans l’infidélité d’abord. Souvent, c’est impossible à répondre. Les femmes disent que les hommes ne leur soutiennent pas suffisamment et refusent de se coucher avec eux – qui, par conséquent, cherche le plaisir ailleurs. Les hommes disent que les femmes ne prennent pas soin d’eux et alors ils cherchent quelqu’un d’autre pour subvenir aux leurs besoins. C’est un cycle vicieux. Chacun se plaigne d’un manque d’affection et la cherche rapidement ailleurs sans essayer de comprendre l’autre.”*

Participants au groupe de discussion, Village #1

D’ailleurs, 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.

*“Dans cette histoire de l’infidélité, nous sommes toujours perdantes. Si nous nous taisons ou pas, nos enfants souffrent. La vie ici est déjà très difficile. Si l’homme trouve une autre femme, les moyens dans le ménage diminuent – il ne nous donne plus à manger – comme toutes les ressources sont dirigées vers le foyer de l’autre femme. Les enfants ont faim et ne sont pas scolarisés. S’il décide de nous donner à manger, il va au marché seul pour faire l’approvisionnement mais il ne nous laisse pas de l’argent. Dans ce cas, nous devons nous débrouiller d’un jour à jour, en prenant le crédit pour pouvoir générer un petit bénéfice à travers le commerce. Nous sommes toujours dans le couple mais le ménage est dysfonctionnel. Si nous en avons assez ou si nos autres options sont épuisées, nous nous lançons dans une aventure et nous nous trouvons un amant qui est en mesure de prendre soin de nous – pour quelque*

*temps – malheureusement, une nouvelle grossesse[144] peut en être le résultat - alors l'histoire se répète et s'empire…"*

Participants au groupe de discussion, Camp Bernard

Les participants aux groupes de discussion ont confirmé qu'en principe ils ne quittent pas leurs conjoints pour un manque de ressources financières – ils les quittent pour un manque d'intérêt et/ou de considération dès qu'un nouveau partenaire entre dans le jeu.

*"S'ils ont la volonté mais ils n'ont pas d'argent, nous restons avec eux. S'ils sont infidèles mais prennent soin de nous, nous restons avec eux. Mais s'ils n'ont pas ni la volonté ni l'argent, nous cherchons un autre moyen pour survivre."*

Participants au groupe de discussion, Sicard

Ils regrettent aussi le changement de comportement de leurs conjoints une fois que la relation est officialisée et/ou représente certaines obligations.

*"Au début de la relation l'homme peut se montrer très bon mais après un certain temps il montre son vrai visage. Certaines femmes sont obligées d'emprunter de l'argent pour prendre soin de leurs enfants alors que leurs conjoints peuvent en avoir suffisamment mais ils le gaspillent dans les programmes[145]. Si les femmes commencent à se plaindre qu'elles ont besoin plus – par exemple, si elles avaient habitude de recevoir 100 gourdes et maintenant elles ne reçoivent que 50 gourdes – les hommes peuvent arrêter le support complètement. Souvent elles ne comprennent pas d'où ça vient, pourquoi ils agissent ainsi, mais une fois les hommes ont besoin d'une autre femme, ils peuvent leur trouver toutes sortes de défauts."*

Participants au groupe de discussion, Camp Bernard

Pouvoir de décision

Comme il est détaillé dans le tableau 18 ci-dessus, les femmes possèdent le pouvoir décisionnaire 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.

*"En ce qui concerne le pouvoir de décision, la femme a autant de pouvoir que l'homme si elle a l'argent entre ses mains. Cependant, si c'est l'homme qui apporte de l'argent à la maison il peut avoir plus d'influence dans la prise de décision."*

Participants au groupe de discussion, Village #1

D'ailleurs, les hommes ont tendance de contrôler le processus décisionnaire seulement en lien avec les questions d'une certaine valeur financière. Ainsi, les hommes ne s'investissent pas trop dans la gestion journalière du ménage, mais ils peuvent exercer leur droit de décider et/ou prioriser les dépenses dans le domaine de l'agriculture et la scolarisation des enfants. Dans le cas que la

---

[144] D'après les participants aux groupes de discussion, il existe quatre méthodes différentes de test de paternité : a) un test médical au centre de santé, qui est considéré cher et ainsi rarement utilisé ; b) un test de sueur, pendant lequel les vêtements du père trompés du sueur sont jetés sur l'enfant et si l'enfant s'étouffe et meurt, c'est un signe que l'enfant n'était pas à lui ; c) un test de sang, pendant lequel le sang du père est placé dans la bouche de l'enfant et si l'enfant meurt, c'est un signe que l'enfant n'était pas lui ; d) un test de monnaie, pendant lequel une pièce de monnaie est placé dans la main de l'enfant et si l'enfant n'arrive pas la tenir fermement, c'est un signe que l'enfant n'est pas à lui.

[145] Concerts et/ou soirées dansantes, souvent organisées dans les bars/boites de nuit.

femme n'est pas financièrement autonome, l'homme peut exercer son 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.

*"Le pouvoir de décision au sein de ménage est souvent partagé. C'est l'affaire du couple. Les hommes apportent de l'argent à la maison, certes, mais les femmes doivent connaitre les priorités du ménage et faire des décisions appropriées. Nous mettons seulement plus d'accent sur les activités agricoles espérant de voir les récoltes en quantité et en qualité suffisante."*

Participants au groupe de discussion, Sicard & Camp Bernard

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.

Néanmoins, dans certaines communautés religieuses il est attendu que « *les femmes s'assoient et prennent les instructions en silence comme instruit la Bible.*[146] »

| Domaine | Pouvoir décisionnaire | Justification + informations complémentaires |
|---|---|---|
| Mariage | Femme | La femme peut décider quand et avec qui elle veut se marier. Les mariages arrangés ne sont plus habituels (les parents n'influencent pas le choix d'époux). |
| Taille de famille | Homme/Femme | En cas d'insuffisance des moyens économiques, la femme peut refuser d'élargir la famille davantage. Pourtant, certaines femmes – sous peur que l'homme trouvera une autre femme ou sous peur d'être abandonnée – peut se trouver sous la pression d'accepter. |
| Planification familiale | Homme/Femme | L'homme doit être informé mais la femme peut décider – spécialement si elle pense que la nouvelle grossesse empirait leur situation économique. Certaines femmes choisissent d'utiliser le planning familial en cachette. |
| Rapports sexuels | Homme/Femme | La femme peut décider de s'engager ou pas dans les rapports sexuels avec son conjoint mais sa décision peut être influencée par la pression intentionnelle ou non-intentionnelle de son conjoint.<br><br>*"On peut décider si on veut faire l'amour ou pas lorsqu'on se sent fatigué mais on ne peut pas se permettre d'être fatigué à tout temps parce que si on lui refuse l'amour, il va en chercher ailleurs. En d'autres mots, on se sent dans l'obligation d'avoir des rapports sexuels quand il demande. Par contre, si on refuse, il n'a pas le droit d'exiger ou de nous battre."*[147]<br><br>Les participants aux groupes de discussion ont précisé que parfois, pour éviter les rapports sexuels, elles prétendent un saignement menstruel devant leurs conjoints, mettant des serviettes hygiéniques dans leurs sous-vêtements et/ou mettant les jeans avant se |

[146] Participants au groupe de discussion, Camp Bernard. [Le pasteur de l'église locale a cité le verset de *1 Corinthiens 13 v 33* à continuer et *1 Timothée 2 v 8* à continuer pour justifier la soumission de la femme à son mari.]
[147] Participants aux groupes de discussion, Camp Bernard.

| | | |
|---|---|---|
| | | coucher pour décourager les rapports sexuels non-consensuels. |
| Scolarisation | Homme/Femme | La femme peut s'inscrire son enfant à l'école sans nécessairement consulter son époux. Pourtant, dans le couple ce sujet est souvent discuté et décidé ensemble. La scolarisation est considérée très importante et seul un manque des moyens économiques pourrait influencer la non-inscription de l'enfant à l'école. |
| Traitement des maladies | Homme/Femme | La femme peut décider comment se soigner en cas de maladie et/ou quels soins à apporter à ses enfants. L'autorisation du mari n'est pas nécessaire mais son conseil peut être recherché. Pour certaines femmes, l'homme décide les questions de la santé. |
| Dépenses ménagères | Femme | Même si les hommes donnent de l'argent, ce sont les femmes qui décident comment les dépenser. |
| Nutrition du ménage | Femme | L'homme peut influencer les dépenses pour les aliments seulement s'il a des moyens économiques suffisants. Autrement, c'est la femme qui gère les ressources à sa disposition. Les repas peuvent être adaptés aux souhaits du mari mais seulement si son soutien financier le permet. D'ailleurs, la femme est consciente de la diversité alimentaire alors elle variera les repas pour assurer une bonne alimentation de tous les membres. Certaines femmes ont admis qu'elles tentent de préparer les repas que leurs maris aiment pour qu'ils n'essaient pas de les chercher ailleurs. |
| Activités journalières | Femme | En cas de la fatigue ou de la maladie, la femme peut adapter son emploi de temps - elle n'est pas obligée de tout faire. Pourtant, certains participants aux groupes de discussion ont déclaré qu'elle doit quand même veiller sur les taches qui sont lui assignes (maison, enfants). En ce qui concerne son activité génératrice de revenu, la femme est libre à choisir et/ou accepter une offre sans l'autorisation de son mari. |

Tableau 18: Synthèse des retours sur la prise de décision au ménage

Charge de travail au ménage, soutien social et stress parental

Les hommes sont les premiers responsables du ménage et leur charge de travail se constitue quasi uniquement des activités génératrices de revenu. La journée travail s'étale entre 5h du matin et 7h du soir pour les agriculteurs mais commence déjà à 1h du matin pour les pêcheurs. Ils ont l'habitude de s'organiser dans les structures communautaires permettant la création de synergies avec un objectif commun (Cf. *Sorrie*, *corvée*, *konbit at attribution*).

Considérant l'importance de la génération de revenu pour subvenir aux besoins familiaux, les hommes considèrent leur charge de travail plus importante que celle des femmes. Même s'ils reconnaissent que les soins d'enfants peuvent être fatiguant, ils ne les voient pas aussi physiquement exigeants que le travail au champ ou à la mer.

Sorrie, corvée, konbit et attribution

*Sorrie : r*egroupement de travailleurs (max. 6) dont l'objectif est de travailler la terre sur une base de consentement, c'est-à-dire a but non lucratif. Le groupe travaille un jour chez chaque membre ; un maximum de deux heures de temps.

*Corvée* : regroupement de travailleurs de même communauté dont l'objectif est de travailler la terre pour une récompense financière. Le groupe a ses propres règles de fonctionnement, y compris le comité composé d'un président (personne qui a initié la corvée), d'un trésorier (qui gère les revenus), d'une « reine » (qui prépare la nourriture pour les travailleurs et leur servent des boissons.)

*Attribution* : regroupement de travailleurs dont l'objectif est de travailler la terre, construire des pirogues de pêche, etc. pour une récompense financière. La structure organisationnelle ressemble à celle de la corvée mais elle est plus grande (40+ travailleurs). Le repas et les boissons sont offerts.

*Konbit* : regroupement de travailleurs de même communauté avec l'objectif d'exécuter les travaux de l'utilité publique. Le groupe est initié au besoin. Dans le passé, les hommes et les femmes y participaient volontairement dans un esprit d'entente pour le bien de la communauté. Les femmes portaient des calebasses d'eau, les hommes portaient du bois et de la nourriture. Un seul coup de sifflet était suffisant pour réunir tout le monde.

De l'autre côté, une femme haïtienne est traditionnellement responsable d'exécuter un ensemble des tâches ménagères[148] et de prendre soin de sa progéniture. Semblablement aux hommes, la journée de travail des femmes commence à 5h du matin et ne termine vers 7h du soir. La charge de travail ne diminue pas pendant la période de la grossesse et/ou l'allaitement mais la femme peut diminuer le rythme, si nécessaire. Les hommes ne leur aident qu'à la demande.

*"Nous n'avons personne pour nous aider avec nos occupations. Si nous sommes fatiguées, nous prenons un comprimé d'Alpalide[149], Paracetamol ou Diclofenac[150] et le bain avec les feuilles de papaye car elles aident à relâcher le corps."*

Participants au groupe de discussion, Village #1

En cas de difficultés financières, il est attendu que la femme se mobilisera pour aider à son conjoint de subvenir aux besoins familials. 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.

*"Nous aimerions passer plus de temps avec nos enfants mais nous ne pouvons pas rester à la maison toute la journée. Nous sommes obligées de sortir et « chercher la vie », spécialement si nos conjoints nous humilient en nous qualifiant comme « atagaz »[151]. Ils disent que nous salissons leurs poches toute la journée alors à ce moment nous laissons nos enfants à la maisons et nous prenons notre cercueil sans couvercle[152] pour aller vendre quelque chose ou nous faisons les travaux ménagères chez d'autres personnes pour avoir une petite revenu. Quand nous revenons à la maison, nous avons tant de choses à faire que nous sommes souvent de mauvais humeur – certains fois on peut même frapper l'enfant – en le regrettant rapidement après."*

Participants au groupe de discussion, Camp Bernard

Les participants aux groupes de discussion ont admis que généralement ils ne sont pas trop disponibles pour leurs enfants autrement que le dimanche, reconnaissant que la présence et/ou la

---

[148] 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.
[149] Un anti-inflammatoire à la base de nimésulide, utilisé pour la douleur aigue.
[150] Un anti-inflammatoire à la base de diclofenac sodium, utilisé pour la douleur aigue.
[151] Expression en créole haïtien utilisé pour une femme qui ne fait aucune contribution économique aux revenus du ménage, c'est-à-dire, elle est à charge de son conjoint qui est le seul à subvenir aux besoins du ménage.
[152] Expression signifiant « cuvette de commerce », portée par les femmes sur leurs têtes, utilisée pour le transport des marchandises.

proximité physique des parents, accompagnée par des mamours, est aussi important pour le bon développement des enfants que la disponibilité des moyens financiers. Ceci est naturellement plus compliqué dans les familles nombreuses où les parents n'arrivent pas subvenir aux besoins physiques ni émotionnels de leurs enfants. Un manque de lien affectif a été particulièrement déploré par les pères dans la localité de Sicard dû à leur surcharge de travail, qui se traduit en absences prolongées du foyer et la fatigue au retour.

Les participantes aux groupes de discussion ont constaté que la surcharge de travail[153], 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 parentalité[154]. 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. (Cf. *Annexe B*). Autrement dit, le stress parental peut prédire de 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 de 0,0188. Le même principe s'applique aux indices T/A et P/A avec chaque augmentation d'une unité du score de stress parental correspondant à une diminution de l'indice T/A de 0,038 et l'indice P/A de 0,034.

D'ailleurs, des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé des associations statistiques significatives entres un nombre des questions individuelles composant l'indice du stress parental et l'état nutritionnel des enfants.

Premièrement, la perception du bonheur dans le rôle de parent peut prédire de manière prévisible le périmètre brachial de l'enfant avec chaque augmentation d'une unité de la perception du bonheur correspondant à l'augmentation du PB de 3,01 mm. Le même principe s'applique si le parent aime passer le temps avec son enfant, c'est-à-dire, chaque augmentation d'une unité de l'appréciation des moments avec l'enfant corresponde à l'augmentation du PB de 3,18 mm.

Deuxièmement, 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. En d'autres mots, les enfants dont les parents ont déclaré que les enfants représentent une source d'affection importante pour eux, sont moins susceptibles d'être atteint de la malnutrition chronique.

Le même principe s'applique si le parent considère difficile d'équilibrer les différentes responsabilités à cause de ses enfants, c'est-à-dire, chaque augmentation d'une unité de la perception de difficulté corresponde à diminution de l'indice T/A de 0,199 et de l'indice P/A de

---

[153] 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).*

[154] Développé par Berry et Jones (1995).

0,115. Si le parent se sent dépassé par ses responsabilités, chaque augmentation d'une unité de la perception corresponde à la diminution de l'indice T/A de 0,154. De plus, si les enfants représentent un manque de choix et/ou de contrôle dans la vie de parent, chaque augmentation d'une unité de la perception corresponde à la diminution de l'indice T/A de 0,192 et de l'indice P/A de 0.18. Dernièrement, si le parent trouve l'enfant agréable, chaque augmentation de l'acceptation corresponde à l'augmentation de l'indice T/A de 0,344 et de l'indice P/A de 0,236.

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 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 féminin[155], ce qui signifie que le niveau du stress perçu était considérablement plus élevé dans les ménages dirigés par les femmes (Cf. *Annexe B*).

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 aigüe (Cf. *Annexe B*)[156]. 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 (Cf. *Mariage et relations extraconjugales* ou *Cycle vicieux*), 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*[157].»

*"Si on fait face à des grandes difficultés, nous n'avons presque personne pour nous aider. Certaines personnes peuvent choisir de nous ignorer même s'ils ont des moyens financiers - l'esprit de solidarité disparait. D'autres personnes peuvent vous écouter, ils peuvent vous comprendre parce qu'ils ont les mêmes problèmes mais ils ne peuvent rien faire. Quelques fois nous n'avons pas d'autres options que d'appeler Dieu."*

Participants au groupe de discussion, Village #1

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 (Cf. *Stratégies de survie*) et/ou interpellées par la justice.

---

[155] 42,3% [37,8–47,0 IC 95%].
[156] Vu la petite taille d'échantillon, il est nécessaire de considérer ces résultats avec précaution.
[157] Participants aux groupes de discussion, Camp Bernard.

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 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 (Cf. *Annexe B*). 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.

Age de méfiance[158]

*Autrefois, c'est l'amitié qui unissait les peuples - il y avait la confiance et le respect mutuel.*
*Aujourd'hui, c'est la jalousie et la méfiance qui règne.*
*Autrefois, les jeunes écoutaient attentivement aux conseils des vieux.*
*Aujourd'hui, ils vous disent que vos conseils ne valent à rien parce que vous n'êtes pas éduqués.*
*Autrefois, si vous aviez des difficultés à cultiver, vous pourriez le dire à votre ami et il venait vous aider volontiers et gratuitement.*
*Aujourd'hui, personne ne vous aidera sans que vous leur payiez.*
*Tout le monde veut de l'argent – en grande quantité et rapidement. Tout avancement est mal vu et suscite la jalousie et la méfiance jusqu'à que l'amitié disparait.*

*Autrefois, beaucoup d'enfants jouaient ensemble dans les cours.*
*Aujourd'hui, les gens construisent les murs, ferment les cours et empêchent les enfants de jouer ensemble.*

*Sans jeux, il n'y a pas des amis ; il n'y a que la frustration qui grandit tout au long que les enfants grandissent…*
*…jusqu'à qu'ils deviennent les chimères[159].*

## F. SOUS-NUTRITION

### RESULTATS DE LA COLLECTE DE DONNEES ANTHROPOMETRIQUES

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 MAG semble avoir légèrement diminuée entre 2017[160] et 2019 selon l'indice de P/T (2,4% contre 6,3% à Anse d'Hainault, 7,5% à Dame Marie et 13,8% aux Irois) et selon PB (1,3% vs 4,9% à Anse d'Hainault, 3,1% à Dame Marie et 4,2% aux Irois).

[158] Récit d'un homme lors de discussion de groupe à Village #1.
[159] Expression signifiant les bandits dans les quartiers défavorisés.
[160] Evaluation de la situation nutritionnelle des enfants de 6-59 mois par la méthodologie SMART dans le Sud et la Grand' Anse, 2017.

La prévalence de MAS selon les P/T aussi démontre une légère diminution (1,0% contre 1,3% à Anse d'Hainault, 2,7% à Dame Marie et 2,3% aux Irois).

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.

La prévalence de la MCG semble avoir légèrement diminuée entre 2017 et 2019 selon l'indice de T/A (22,9% contre 28,0% à Anse d'Hainault et 26,6% aux Irois) avec l'exception de Dame Marie où le taux de la MCG a légèrement augmenté (22,9% contre 21,5%).

| Références | Indicateurs | | Résultats |
|---|---|---|---|
| OMS | Z-scores et/ou œdèmes (N = 411) | Malnutrition Aiguë Globale P/T< -2 z et/ou œdèmes | 2,4% [1,3-4,4] |
| | | Malnutrition Aiguë Sévère P/T< -3 z et/ou œdèmes | 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 œdèmes | 1,3 % [0,4-3,6] |
| | | Malnutrition Aiguë Sévère (PB <115mm) et/ou œdèmes | 0,5% [0,1-2,1] |

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

Tableau 19: 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. Avec l'exception de la section communale de Petite Rivière dans la commune de Dame Marie qui se situe au littoral, toutes les autres poches de malnutrition chronique se situent à l'intérieur des communes respectives dans les zones aux pieds des montagnes et/ou des plateaux semi-humides[161].

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 (Cf. *Annexe B*).

Une analyse des résultats de la malnutrition aigüe par sexe a montré que les garçons semblaient légèrement plus affectés par la malnutrition aigüe que les filles. Selon l'indice P/T la prévalence de

[161] Par exemple, 2eme section communale Bourdon dans la commune d'Anse d'Hainault ou 2eme section communale Dallier dans la commune de Dame Marie.

MAG était 3,2% pour les garçons et 1,8% pour les filles. La différence est plus importante pour la MAM avec 2,6% pour les garçons et 0,5% pour les filles. Cependant, la prévalence de MAS était légèrement plus élevée parmi les filles que les garçons (1,3% contre 0,5%).

Les observations similaires ont été notées lors d'une analyse des résultats désagrégés par sexe pour la malnutrition chronique, qui montrent également une plus haute susceptibilité des garçons d'être atteints par un retard de croissance que les filles. Selon l'indice T/A la prévalence de MCG était 27,4% pour les garçons et 19,0% pour les filles. Les différences entre les deux sexes étaient moins importantes pour la MCM avec 19,5% pour les garçons et 15,8% pour les filles ainsi que pour la MCS avec 7,9% pour les garçons et 3,2% pour les filles. Des analyses ultérieures ont révélé une association statistique significative 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. D'ailleurs, des associations statistiques potentielles ont été détectées avec la malnutrition aigüe ainsi que la malnutrition chronique. (Cf. *Annexe B*).

| Prévalence par P/T | Totale (n=411) | | Garçons (n=190) | | Filles (n=221) | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | % [95% IC] | n | % [95% IC] | n | % [95% IC] | n |
| Prevalence MAG | 2,4% [1,3-4,4] | 10 | 3,2% [1,4-7,0] | 6 | 1,8% [0,7-4,4] | 4 |
| Prevalence MAM | 1,5% [0,7-3,0] | 6 | 2,6% [1,1-6,3] | 5 | 0,5% [0,1-3,3] | 1 |
| Prevalence MAS | 2,0% [0,4-2,6] | 4 | 0,5% [0,1-4,1] | 1 | 1,3% [0,4-4,0] | 3 |
| Prevalence MCG | 22,9% [18,4-28,1] | 94 | 27,4% [20,5-35,6] | 52 | 19,0% [14,4-24,7] | 42 |
| Prevalence MCM | 17,5% [13,9-21,8] | 72 | 19,5% [14,4-25,8] | 37 | 15,8% [11,5-21,3] | 35 |
| Prevalence MCS | 2,0% [3,2-8,8] | 22 | 7,9% [4,8-12,8] | 15 | 3,2% [1,5-6,5] | 7 |

Tableau 20: Prévalences de la malnutrition aiguë globale (MAG) et de la malnutrition chronique globale (MCG) désagrégés par sexe selon l'enquête nutritionnelle SMART réalisée dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault, Mai 2019

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 (Cf. *Annexe B*). 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

### Perception communautaire de la sous-nutrition

Lors de l'enquête qualitative Link NCA il a été considéré essentiel de tracer les représentations locales de la sous-nutrition dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault ainsi que les interactions des communautés avec cette condition. En d'autres mots, la terminologie locale utilisée pour décrire la sous-nutrition révèle comment les communautés perçoivent la sous-nutrition et leur façon de l'aborder. L'étude de la terminologie locale est un point d'entrée crucial pour la compréhension

d'un contexte socioculturel local, dans lequel le phénomène apparait et dans lequel le programme de la lutte contre la sous-nutrition fonctionne.

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. A cet égard, une participante au groupe de discussion a noté qu'elle avait tellement honte de son enfant qu'elle a engagé une personne pour lui emmener au centre de santé. Pourtant, il est important à noter que les « *farouche* »[162] dans les communautés haïtiennes ne sont pas utilisés seulement pour embarrasser le destinateur 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 le cas de malnutrition, les participants aux groupes de discussion ont expliqué que s'ils se moquent des parents des enfants malnutris, ils espèrent que cela motiverait ces parents de prendre meilleur soin d'eux et/ou de chercher de soins appropriés au niveau de centre de santé.

| Malnutrition aigüe - marasme | |
|---|---|
| *anpalezi* | « enfant inactif, pas à terme, paralysé », synonyme de « *mololo* » |
| *chikata* | « enfant qui ne marche pas », chétif |
| *dechose sou pye* | « déchaussé sur pied », enfant qui a perdu toute sa chair, il n'y a qui des os qui restent |
| *djòk* | sort |
| *domaje* | endommagé |
| *eskèlèt* | squelette |
| *gòdò* | « qui ressemble à un mort » |
| *kalalam* | flasque, molle |
| *katalye* | synonyme de *chikata*, enfant pas développé pour son âge ; en retard de développement |
| *kokobe* | handicapé, péjoratif utilisé aussi pour un attardé mentale |
| *maladi zong* | « maladie d'ongles » |
| *mal gonvi* | « difficulté d'être en vie » |
| *mal pou gra* | « difficulté de grossir » |
| *malnitriksyon* | malnutrition |
| *mòlolò* | flasque, molle |
| *petevi* | « bébé qui pleure beaucoup », « d'un maigreur extrême », péjoratif utilisé aussi pour un attardé mentale |
| *polyo* | polio |
| *pwatchokò / kwachyokò* | version locale phonétique de « kwashiorkor » mais la population utilise cette expression pour la forme marasmique de la sous-nutrition |
| *pye fen* | « jambes fins » |
| *tèt san kò* | « tète sans corps, personne d'un maigreur extrême » |
| *ti krapo gwo vant* | « petit crapaud gros ventre » |

[162] Moquerie.

| | |
|---|---|
| *ti mamba* | « enfant PlumpyNut® » |
| *timoun pa gen san* | « enfant sans sang » |
| *tchobo* | « enfant qui n'a pas de bon sens » |
| *vant nan tèt* | « ventre dans la tête » |
| *zandolit* | « anolis », « petit lezard » |
| Malnutrition aigüe - kwashiorkor | |
| *anemi* | anémie |
| *djòk* | sort |
| *enflame* | inflammation |
| *filaryoz* | filariose |
| *gonfle* | gonflement |
| *gwo want* | « gros ventre » |
| *malnitriksyon* | malnutrition |
| *polyo* | polio |
| *pwatchokò / kwachyokò* | kwashiorkor |
| *san dlo* | « sang transformé en eau » |
| *volè lèt* | « enfant sevré qui vole du lait a son maman pendant la nuit » |
| Malnutrition chronique | |
| *bri sapat*[163] | « enfant de petite taille », rachitique, « gros bruit, petite taille » |
| *jonfèy* | « personne de petite taille, nain » |
| *kata* | diminutif de *chikata* |
| *konkonm* | concombre, « enfant qui ne développe pas bien par rapport son âge » |
| *mal grandi* | « enfant qui ne grandit bien » |
| *pa byen vini* | « enfant pas bienvenue, pas bien accueilli ou pas bien soigné » |
| *ti koutkout* | « personne de tres petite taille » |
| *ti rasi / rasimann* | synonyme de *ti yonyon* |
| *ti ratay* | synonyme de *ti rasi* |
| *ti yaya* | « enfant de petite taille » |
| *ti yonyon* | « enfant de très petite taille », encore plus petit que *ti koutkout* |
| *tonken* | « enfant qui ne développe pas bien par rapport son âge » |
| *zachée* | personnage biblique de très petite taille |

Tableau 21: Liste des termes locaux utilisés à décrire les différentes formes de sous-nutrition[164]

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 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.

[163] Référence à un caractère comique connu sous ce nom.

[164] Il est important à noter que cette liste de termes utilisés à décrire les différentes formes de sous-nutrition contient les descriptions des causes ainsi que des symptômes, toutes les deux utilisées par les participants aux groupes de discussion pour décrire les enfants atteints de la malnutrition aigüe et/ou de la malnutrition chronique.

Un résumé des perceptions communautaires par rapport les causes et le traitement de différentes formes de sous-nutrition se trouve dans le tableau 22 ci-dessous.

| MALNUTRITION AIGÜE - MARASME | |
|---|---|
| Causes | ▪ Allaitement maternel exclusif / Non-observation de l'allaitement maternel exclusif[165]<br>▪ Alimentation insuffisante en qualité et en quantité / Alimentation non-équilibrée (« *maladi asyèt* »[166]) → manque de moyens économiques<br>▪ Non-respect des comportements optimaux d'hygiène<br>▪ Manque d'affection maternelle<br>▪ Causes surnaturelles (malédiction)<br><br>*"L'enfant peut devenir marasmique si la femme enceinte a vu des mauvaises choses qu'elle ne devrait pas voir ou si le père a tué des animaux comme le serpent ou le crapaud au moment de la période gestationnelle de sa femme ou si la mère a été battu par son mari."*[167] |
| Vulnérabilité | ▪ Pas de différence de sexe<br>▪ 6 – 59 mois<br>▪ Enfant d'une famille monoparentale ou d'une famille nombreuse<br>▪ Enfant d'un ménage avec peu de moyens financiers<br>▪ Enfant d'une jeune mère<br>▪ Enfant qui ne mange pas à l'heure<br>▪ Enfant laissé à la maison sans surveillance d'un adulte<br><br>*"On peut trouver des cas des enfants marasmiques chez les jeunes mamans immatures qui ne savent pas comment se protéger contre le froid - surtout dans les premiers jours qui suivent la naissance de leur enfant. Ce comportement peut aboutir à une mauvaise qualité du lait maternel qu'on appelle « lèt frèt*[168] *»."*[169] |
| Prévention | ▪ Consommation des plats variés et équilibrés<br>▪ Respect des comportements optimaux d'hygiène<br>▪ Respect des rendez-vous au centre de santé<br>▪ Femmes allaitantes doivent toujours se vêtir d'habits épais de la tête aux pieds, de boire de la tisane bien chaude préparée avec de l'écorce d'arbre à pain et du bois de lait et du gingembre |
| Traitement | ▪ Soins traditionnels (*fèy zèbaklou*, *kachiman*, *degonfle* avec l'ail et girofle)[170] ou d'autres soins dépendamment de la diagnostique de la condition par les membres de famille<br>▪ Soins au centre de santé (PlumpyNut®, blé, vitamines)<br>▪ Aliments enrichis (lait, riz, akamil[171] / farine mayette[172])<br>▪ Prière mystique lors de laquelle « *la maladie est clouée contre un arbre devant lequel l'enfant ne devra plus revenir car tout éventuel retour de l'enfant devant l'arbre peut entraîner une rechute* »[173]. |
| Informations complémentaires | *"Les gens ne mangent pas de manière équilibrée – ils vendent des produits locaux pour les remplacer avec les produits importés. Autrefois, lorsqu'un enfant était malnutri, c'était la fin pour lui - on lui préparait le cercueil. Mais maintenant, il y a beaucoup de centres de santé* |

[165] Différence de perspective entre pratiquantes et non-pratiquantes d'allaitement maternel exclusif.
[166] Expression en créole haïtien signifiant « maladie des assiettes ».
[167] Participants au groupe de discussion, Sicard.
[168] Expression en créole haïtien signifiant « lait froid ».
[169] Participants au groupe de discussion, Camp Bernard.
[170] Pour les traductions de certaines plantes médicinales, référez-vous au *Tableau 5: Itinéraires thérapeutique pour les maladies récurrentes*.
[171] Aussi connu sous l'appelation AK 1000 ; un mélange de maïs, riz ou blé et de haricots – c'est-à-dire n'importe quel grain mélangé à une légumineuse tant qu'il maintient un rapport grain/légumineuse de 70/30 pour les protéines nécessaires.
[172] Farine de maïs.
[173] Participant a l'entretien semi-directif, Camp Bernard.

| | |
|---|---|
| | *et si on y arrive tôt, l'enfant va guérir. Mais il faut admettre que parfois s'il vient à l'hôpital, un membre de sa famille rend visite chez un hougan pour ce même enfant d'arranger la situation de manière spirituelle."*[174] |
| MALNUTRITION AIGÜE - KWASHIORKOR | |
| Causes | ▪ Alimentation insuffisante en qualité et en quantité / Alimentation non-équilibrée (anémie)<br>▪ Non-respect des comportements optimaux d'hygiène (vers intestinaux/microbes)<br>▪ Causes surnaturelles (malédiction)<br>▪ *Volè lèt*[175]<br><br>*"Si la maladie est causée par l'anémie, le sang de l'enfant se transforme en eau. Si c'est à cause du lait qu'il a volé, il va avoir de la diarrhée, se déshydrate et son ventre va gonfler. Il peut aussi avoir des œdèmes. Si c'est à cause des vers, il va avoir un gros ventre."*[176] |
| Vulnérabilité | ▪ Pas de différence de sexe<br>▪ 6 – 59 mois<br>▪ Enfant d'une famille monoparentale ou d'une famille nombreuse |
| Prévention | ▪ Consommation des plats variés et équilibrés<br>▪ Respect des comportements optimaux d'hygiène<br>▪ Respect des rendez-vous au centre de sante |
| Traitement | ▪ Soins traditionnels dépendamment de la diagnostique de la condition par les membres de famille<br>▪ Soins au centre de santé (PlumpyNut®, blé, vitamines)<br><br>*"Le traitement du kwashiorkor dépend de la cause. Si l'enfant est malade à cause de l'anémie, on se rend à l'hôpital mais si c'est à cause du lait qu'il a pris après le sevrage, il ne peut pas être traité à l'hôpital. Le traitement consiste en administration du lòk qui est fait avec de l'huile mascreti et de l'ail."*[177] |
| MALNUTRITION CHRONIQUE | |
| Causes | ▪ Maladie héréditaire (volonté de Dieu / prédisposition génétique)<br>▪ Manque d'eau potable<br>▪ Alimentation insuffisante en qualité et en quantité / Alimentation non-équilibrée<br>▪ Non-respect des comportements optimaux d'hygiène |
| Vulnérabilité | ▪ N/A |
| Traitement | ▪ Traitement n'existe pas. |

Tableau 22: Résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement de différentes formes de sous-nutrition

Les participants aux groupes de discussion ont noté que la prévalence de la sous-nutrition dans leurs communautés, notamment de la forme marasmique, a augmenté suite au passage du cyclone Matthew en 2016, dû aux sévères dégâts causés par la tempête. Comme il a été mentionné dans la section *Nutrition des ménages*, le cyclone ne leur a pas seulement détruit leurs moyens d'existence mais aussi un recours à l'alimentation équilibrée à travers le choix des fruits et des légumes disponibles pour la cueillette dans la zone étudiée.

D'ailleurs, le récit d'une jeune mère ci-dessous est une incarnation de la dimension de genre qui contribue à l'occurrence de la sous-nutrition dans la zone étudiée, ancrée dans la situation économique complexe du pays, avec des effets souvent négligés sur la santé mentale.

[174] Participants au groupe de discussion, Village #1.
[175] Enfant sevré qui "vole" le lait à sa maman pendant la nuit. D'après les croyances locales, un enfant qui vole le lait peut voir la diarrhée et même mourir.
[176] Participants au groupe de discussion, Douté.
[177] Participants au groupe de discussion, Douté.

Etude de cas : Cycle vicieux[178]

Claudine[179] est âgée de 21 ans ; elle a deux enfants dont l'ainé est âgé de 48 mois et le second âgé de 18 mois. Ses expériences amoureuses ont débuté à l'âge de 16 ans et elle est tombée enceinte très tôt après - à l'âge de 17 ans. La famille de son amant a refusé d'accepter la grossesse et a demandé Claudine d'avorter. Elle n'était pas considérée comme une épouse souhaitable pour leur fils, déjà âgé de 30 ans, à cause de la différence d'âge et de sa situation socio-économique plus important. Soutenu par sa famille et son amant qui désirait l'enfant, Claudine n'a pas avorté.

Du point de vue physiologique, la grossesse s'est bien déroulée car elle a régulièrement suivi les visites prénatales au centre de santé. Sur le plan psychologique, en dépit des supports qu'elle a reçu de sa famille et de son amant, elle souffrait parce qu'elle n'était pas acceptée par sa belle-famille. L'accouchement a eu lieu à l'hôpital de Dame-Marie sans trop de complications.

Elle a pratiqué l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, car ses moyens économiques n'étaient pas trop précaires. A partir du 7ème mois, elle a introduit d'autres aliments tels que le gerber, la bouillie ou le jus de carotte. A peu près au même moment, son amant a commencé de diminuer son aide financière et sa présence auprès de son enfant. Claudine a commencé s'informer, réalisant en conséquence que son beau est l'un des véritables « coqs du village ». Quand Claudine a lui reproché, il s'est fâché, lui posant un ultimatum que soit elle accepte ses rivales, soit elle abandonne la relation. Graduellement, il s'est déresponsabilisé de l'enfant et de sa maman. Claudine était obligée de se rendre à Port-au-Prince chez une tante qui les a logés pendant quelques mois.

Chez sa tante, Claudine a entré dans une nouvelle relation avec un jeune homme pour qui elle est retombée enceinte. Cette nouvelle grossesse était plus difficile à gérer. Dans un premier temps, Claudine ne désirait pas un autre enfant à cause des moments difficiles qu'elle a enduré depuis la naissance de son premier enfant. Elle a été aussi découragée par sa tante qui lui a conseillé d'avorter mais le père était d'avis que Claudine le garde. En l'obéissant, elle a désobéi sa tante qui l'a obligé de retourner dans son village natal. Retournant chez ses parents, qui sont devenus de plus en plus mécontents, Claudine était rongée par la honte et elle a sombré dans le chagrin.

Le jour de l'accouchement elle n'avait pas suffisamment de force pour pousser le bébé car elle était devenue anorexique. Face à cette situation, le personnel médical de Dame-Marie a dû lui administrer une piqure pour déclencher le travail. L'accouchement a eu lieu sans aucune complication et de retour chez elle, elle a commencé à allaiter son bébé. En dépit de ses bonnes expériences avec son premier enfant avec qui elle a pratiqué l'allaitement maternel exclusif, elle a dû s'arrêter à partir de 3 mois et a introduit d'autres aliments, car elle croyait que son lait n'était pas suffisant pour le bébé et en plus elle n'était pas aussi bien nourrie que lors de ses premières expériences d'allaitement. Le maigre support économique du père qui vivait à Port-au-Prince n'était pas suffisant pour répondre à tous ses besoins. Quand cela arrivait par « Mon Cash », la majeure partie était consacrée au remboursement des dettes.

A partir de 6 mois, le bébé a commencé à perdre du poids, accompagné par plusieurs épisodes de diarrhées. Claudine croyait que s'était dû à la dentition, car selon les croyances communautaires, l'apparition des premières dents s'accompagnait toujours de diarrhées. Ainsi, elle a fait bouillir des feuilles médicinales (chiendent) et y ajoutait un grain de sel. La diarrhée s'est arrêtée. Quand le bébé commençait à perdre l'appétit, Claudine s'est rendue au centre de santé où elle a reçu des paquets de micronutriments. Au début, l'enfant les a mangés avec facilité, mais après il n'en voulait plus. Il continuait à maigrir.

[178] Récit d'une mère de l'enfant malnutri pendant l'entretien informel. Pour des raisons de confidentialité, l'auteur de ce document exerce son droit de ne pas divulguer le lieu exact où ces données ont été collectées.
[179] Pour des raisons de confidentialité, le nom de la personne interrogée a été changé.

A partir de ses 12 mois, Claudine a observé un changement dans la coloration de ses cheveux. Quelques temps après, des agents de santé de la zone, chargés du dépistage communautaire, sont passés chez Claudine et ont référé le bébé au centre de santé pour la prise en charge de la malnutrition. Claudine s'y est rendue le lendemain. La prise de mesures anthropométriques par le personnel de santé a confirmé sa place dans le programme. Ce fut un choc pour la famille. Le traitement a débuté en mois d'octobre 2018. Après quelques mois de traitement, l'enfant commençait a gagné du poids, mais le PB ne s'est pas amélioré. Pour cela, il a été transféré au « programme de 15 jours » dans lequel il y est encore[180].

## H. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET CATÉGORISATION DES FACTEURS DE RISQUE

Afin de comprendre comment les communautés participantes perçoivent la gravité des facteurs de risque de la sous-nutrition, un exercice de priorisation a été mené dans chacune des quatre localités à la fin de la période de la collecte de données qualitatives. Tous les facteurs de risque identifiés par les membres de la communauté au cours de cette étude leur ont été restitués en utilisant les aides visuels, décrivant chaque facteur de risque discuté. Après une récapitulation des conclusions de l'étude par l'équipe qualitative, les participants ont été invités à valider l'interprétation des résultats et/ou à suggérer des modifications, si nécessaire. Par la suite, il leur a été demandé de diviser les facteurs de risque en trois catégories (majeur, important, mineur), en fonction de leur impact sur la sous-nutrition infantile. Les résultats de cet exercice sont présentés dans le tableau ci-dessous. Les facteurs de risque perçus comme ayant un impact majeur sur la sous-nutrition sont marqués en rouge, les facteurs importants sont marqués en orange, tandis que les facteurs de risque ayant un impact mineur sont marqués en couleur verte. Les cellules blanches marquées « N/A » signifient qu'une communauté respective n'a pas identifié ce facteur de risque en tant que cause de la sous-nutrition dans son milieu.

| | Facteurs de risque | Sicard | Camp Bernard | Village # 1 | Douté | Ensemble |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A | Faible accès aux centres de santé / Recours aux soins traditionnels | +++ | +++ | + | N/A | ++ |
| B | Faible utilisation des services de santé | + | ++ | N/A | +++ | ++ |
| C | Faible espacement des naissances / Faible utilisation du planning familial | + | N/A | N/A | +++ | + |
| D | Petit poids à la naissance | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| E | Stress de donneur des soins | + | N/A | + | ++ | + |
| F | Pratiques d'allaitement maternel non-optimales | + | ++ | + | + | + |
| G | Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant non-optimales | + | + | + | + | + |
| H | Faible qualité des interactions entre l'enfant et le donneur de soins | + | + | ++ | + | + |
| I | Faible accès aux aliments | + | + | + | + | + |
| J | Faible accès et disponibilité des sources de revenus pour les ménages | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| K | Disfonctionnement des marchés ou système d'approvisionnement | ++ | N/A | N/A | N/A | + |
| L | Faible capacité de résilience | +++ | +++ | +++ | +++ | +++ |
| M | Faible accès et disponibilité de l'eau (qualité et quantité) | +++ | +++ | N/A | N/A | ++ |
| N | Faibles pratiques d'hygiène | + | + | + | + | + |
| O | Faibles pratiques d'assainissement | ++ | ++ | +++ | ++ | ++ |
| P | Surcharge de travail des femmes | +++ | +++ | +++ | +++ | +++ |
| Q | Faible soutien social des femmes | +++ | +++ | +++ | +++ | +++ |
| R | Faible état nutritionnel des femmes | ++ | + | ++ | + | ++ |
| S | Migration | + | + | + | + | + |

[180] Au moment de la collecte de données (Avril 2019).

Tableau 23: Synthèse des résultats de l'exercice de la catégorisation des facteurs de risque communautaire

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 sources de revenus pour les ménages | ++ | - | ++ | + | + | N/A | Mineur |
| 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

Le poids de chaque facteur de risque a été déterminé conformément à la grille de catégorisation présentée ci-dessous.

| Catégorie | Critères |
|---|---|
| Facteur de risque majeur | Pas d'informations contradictoires<br>ET<br>Force de l'association avec la revue de littérature classifiée comme [++] ou [+++]<br>ET<br>Majorité de [++] ou de [+++] pour toutes les autres sources d'information |
| Facteur de risque important | Quantité d'informations contradictoires minime<br>ET<br>Force de l'association avec la revue de littérature classifiée comme [++] ou [+++]<br>ET<br>Majorité de [++] ou de [+++] pour toutes les autres sources d'information |
| Facteur de risque mineur | Quantité d'informations contradictoires modérée<br>ET<br>Force de l'association avec la revue de littérature classifiée comme [+] ou [++]<br>ET<br>Majorité de [+] pour toutes les autres sources d'information |
| Facteur de risque rejeté | Informations non contradictoires<br>ET<br>Majorité de [-] ou [+] pour toutes les autres sources d'information |

Tableau 25: Grille de 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.

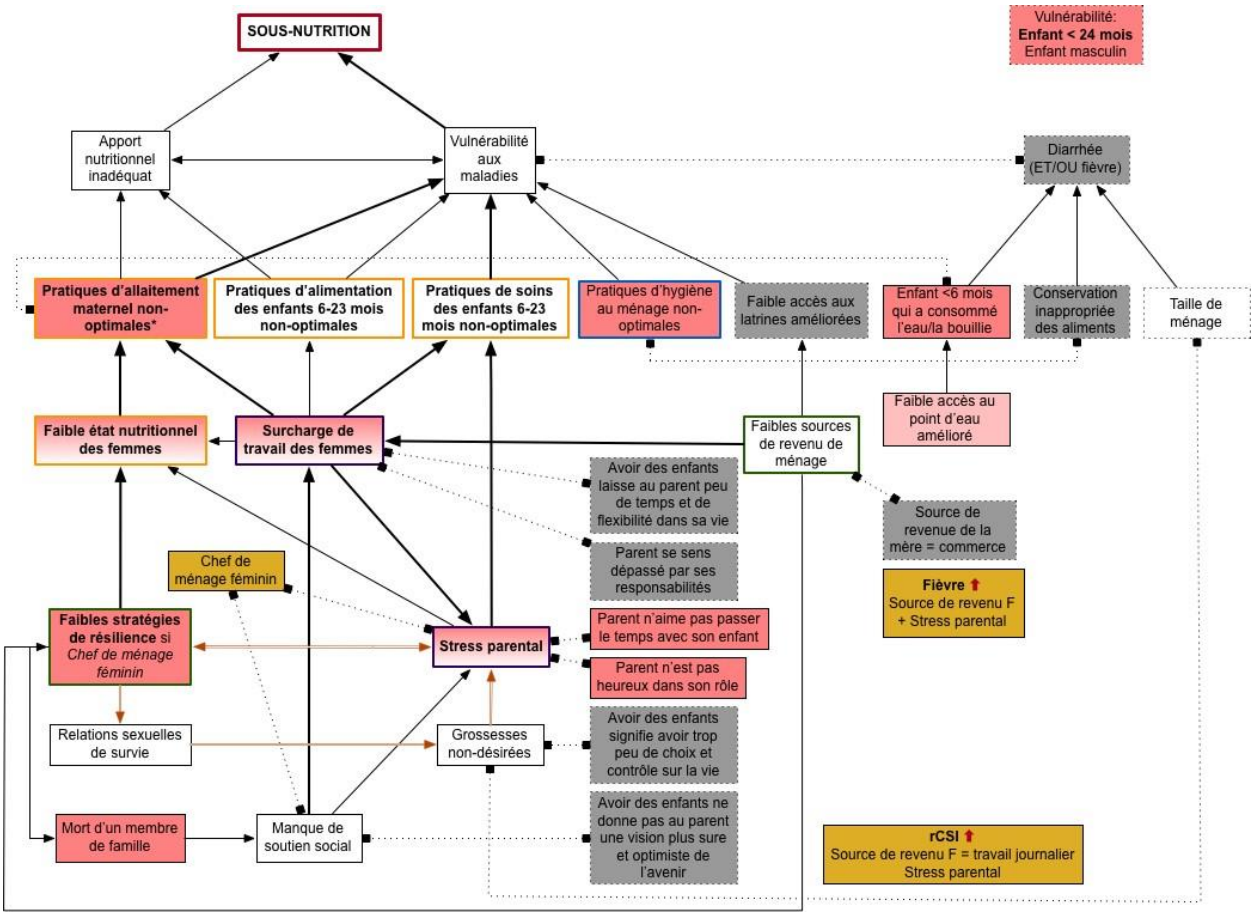



Figure 4: Schéma causal simplifié pour malnutrition aigüe dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault[181]

Le figure 4 ci-dessus 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

[181] 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 lies à la malnutrition aigüe, tandis que les cellules en gris clair représentent les facteurs de risque potentiellement lies 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.

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.

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, 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 5 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 et 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.

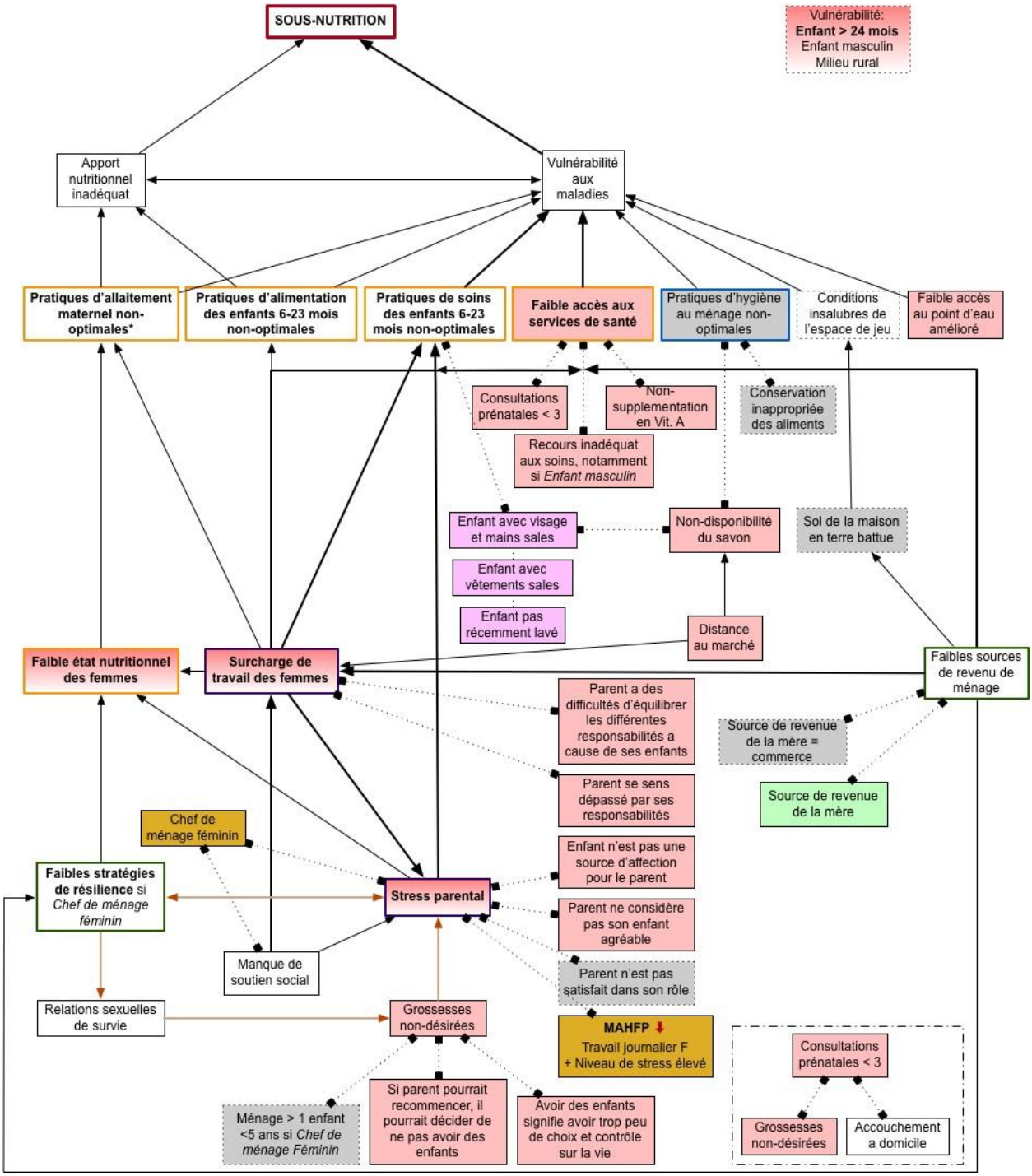



Figure 5: Schéma causal simplifié pour malnutrition chronique dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault[178]

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'enfant[182]. 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 entrainent 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.

## V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'Arrondissement d'Anse d'Hainault est un des arrondissements le plus reculés en Haiti. Le relief montagneux, couplé avec un réseau routier rudimentaire et largement dégradé, entrave les activités du développement dans la zone. L'indisponibilité des opportunités d'emploi, le déboisement et la dégradation des sols, contribue à la « non-attractivité » de l'arrondissement pour la population (notamment les jeunes générations), dont l'accès aux services de base (établissements de santé, écoles, marchés) est limité. L'exposition quasi-annuelle aux aléas climatiques se traduit en une faible productivité agricole et ainsi impacte le volume des ressources financières provenant de ces activités.

Malgré une baisse statistiquement significative de la prévalence de la malnutrition en Haiti entre 2006 et 2012, ces tendances positives sont fréquemment perturbées par des crises alimentaires régulières. La dernière, suite au passage du cyclone Matthew en Octobre 2016, a plongé l'Arrondissement d'Anse d'Hainault dans une sévère décapitalisation de ménages. La montée des prix des denrées alimentaires, renforcée par la dévaluation de la monnaie locale, a été accentuée par l'endommagement des infrastructures existantes. Par conséquent, les taux de la sous-nutrition, estimés lors de l'Enquête nutritionnelle SMART en 2017, ont remis l'Arrondissement d'Anse d'Hainault sur la carte de l'insécurité nutritionnelle du pays, incitant la nécessité d'une étude profonde sur les causes de ce phénomène.

L'organisation de cette analyse causale de la sous-nutrition Link NCA s'inscrit donc dans cette démarche, permettant avoir une meilleure compréhension des causes sous-jacentes de la sous-nutrition dans la zone en vue d'élaborer une réponse optimale intégrée visant à améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle en vue de l'obtention d'un impact maximal de ces efforts.

Selon les résultats de l'enquête nutritionnelle SMART, réalisée en Mai 2019, en tant que partie intégrale de cette étude Link NCA, le taux de la malnutrition aiguë globale (MAG) était estimée au niveau 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 ». Ces chiffres mettent en évidence une légère diminution de la

[182] Depuis la conception jusqu'à 2 ans.

prévalence de la MAG dans la zone entre 2017 et 2019, tenant compte des limitations de la comparabilité des résultats à cause d'un diffèrent niveau de la mise en œuvre[183].

La prévalence de la malnutrition chronique globale (MCG) était estimée à 22,9% [18,4-28,1 IC 95%], considéré comme « élevé » selon les seuils de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2018. Semblablement aux taux de MAG, la prévalence de la MCG semble aussi avoir légèrement diminuée entre 2017 et 2019 à Anse d'Hainault et aux Irois, avec l'exception de Dame Marie où le taux de la MCG a légèrement augmenté.

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. Une version complète de recommandations développées lors des restitutions communautaires, l'atelier technique final et l'atelier national se trouve en Annexe E, F et G.

- 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

[183] Cette enquête nutritionnelle SMART n'a pas été paramétrée afin de pouvoir à tirer des conclusions sur les taux de la malnutrition et/ou de la mortalité et la morbidité au niveau municipal. En d'autres mots, les résultats de cette enquête ne peuvent pas être désagrégés par municipalité avec un échantillon statistiquement représentatif.

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, Assainissent et Hygiène

- Construire et/ou réhabiliter des points d'eau à 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).

# VI. ANNEXES

## A. CADRE D'ÉCHANTILLONAGE POUR LA COLLECTE DE DONNÉES ANTHROPOMÉTRIQUES & ENQUETE DE FACTEURS DE RISQUE

| Code SDE | Commune | Section communale | No. ménages | Densité de la population | Urbain /Rural | Grappe |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 821_90_002_501 | Anse d'Hainault | 1ère Grandoit | 254 | 1295 | urbain | 1 |
| 821_90_004_501 | Anse d'Hainault | 1ère Grandoit | 252 | 1154 | urbain | 2 |
| 821_90_007_502 | Anse d'Hainault | 1ère Grandoit | 282 | 1326 | urbain | 3 |
| 821_90_009_502 | Anse d'Hainault | 1ère Grandoit | 252 | 1306 | urbain | 4 |
| 822_90_003_501 | Dame Marie | 3ème Désormeau | 223 | 1067 | urbain | 5 |
| 822_90_005_502 | Dame Marie | 3ème Désormeau | 227 | 1123 | urbain | 6 |
| 822_90_008_502 | Dame Marie | 3ème Désormeau | 242 | 1201 | urbain | 7 |
| 821_01_003_005 | Anse d'Hainault | 1ère Grandoit | 145 | 715 | rural | 8 |
| 821_02_003_001 | Anse d'Hainault | 2ème Bourdon | 138 | 960 | rural | 9 |
| 821_02_006_005 | Anse d'Hainault | 2ème Bourdon | 184 | 1072 | rural | 10 |
| 821_03_002_004 | Anse d'Hainault | 3ème Ilet à Joseph | 180 | 815 | rural | 11 |
| 821_03_006_003 | Anse d'Hainault | 3ème Ilet à Joseph | 159 | 808 | rural | 12 |
| 821_04_001_003 | Anse d'Hainault | 4ème Mandou | 150 | 685 | rural | 13 |
| 821_04_004_002 | Anse d'Hainault | 4ème Mandou | 169 | 746 | rural | 14 |
| 822_01_005_006 | Dame Marie | 1ère Bariadelle | 118 | 602 | rural | 15 |
| 822_02_002_006 | Dame Marie | 2ème Dallier | 188 | 948 | rural | 16 |
| 822_03_004_006 | Dame Marie | 3ème Désormeau | 153 | 777 | rural | 17 |
| 822_04_003_003 | Dame Marie | 5ème Baliverne | 188 | 1145 | rural | 18 |
| 822_04_006_003 | Dame Marie | 5ème Baliverne | 150 | 752 | rural | 19 |
| 822_04_010_002 | Dame Marie | 5ème Baliverne | 192 | 1112 | rural | 20 |
| 822_05_003_001 | Dame Marie | 6ème Petite Rivière | 126 | 691 | rural | 21 |
| 823_01_001_002 | Les Irois | 5ème matador | 143 | 801 | rural | 22 |
| 823_01_009_004 | Les Irois | 5ème matador | 118 | 655 | rural | 23 |
| 823_02_002_002 | Les Irois | 6ème Belair | 187 | 957 | rural | 24 |
| 823_02_006_001 | Les Irois | 6ème Belair | 137 | 690 | rural | 25 |
| 823_01_004_003 | Les Irois | 5ème matador | 101 | 426 | rural | 26 |
| 823_90_004_501 | Les Irois | 5ème matador | 132 | 556 | urbain | 27 |

## B. CALCULS DES ASSOCIATIONS STATISTIQUES[184] ENTRE LES FACTEURS DE RISQUE HYPOTHÉTIQUES ET MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES DES ENFANTS DANS LES MÉNAGES ECHANTILLONÉS

Tableau B.1: Associations statistiques entre les facteurs de risques et la sous-nutrition démontrées par les régressions logistiques

| | | | | | Variable | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Facteur de risque *Régression logistique* | | | | | MAG [P/T] *Enfants 0-59 mois* | | MAG [PB] *Enfants 6-59 mois* | | MAG Combinée* *Enfants 6-59 mois* | | Malnutrition Chronique *Enfants 0-59 mois* | | Insuffisance pondérale [P/A] *Enfants 0-59 mois* | |
| Indicateur | N | n | Prévalence [95% IC] | Effet de Grappe | P-value | Odds Ratio [IC 95%] | P-value | Odds Ratio [IC 95%] | P-value | Odds ratio [IC 95%] | P-value | Odds Ratio [IC 95%] | P-value | Odds ratio [IC 95%] |
| Enfant masculin | 444 | 203 | 45,7% [41,1-50,5] | 1,0 | 0,071 | 7,08 [0,84-59,35] | 0,402 | 0,38 [0,04-3,67] | 0,41 | 1,63 [0,51-5,22] | 0,090 | 1,51 [0,94-2,43] | 0,018 | 2,48 [1,17-5,27] |
| Groupe d'âge <24 mois | 444 | 186 | 41,9% [37,8-46,1] | 0,82 | 0,68 | 1,37 [0,30-6,23] | | | 0,032 | 3,80 [1,12-12,86] | 0,011 | 0,50 [0,29-,85] | 0,299 | 0,66 [0,30-1,45] |
| Lieu de résidence (rurale) | 449 | 328 | 73,1% [68,7-77,0] | 0,2 | 0,310 | 0,46 [0,10-2,08] | 0,97 | 1,04 [0,11-10,16] | 0,548 | 0,69 [0,20-2,33] | 0,066 | 1,75 [0,96-3,18] | 0,558 | 0,79 [0,36-1,73] |
| Chef de ménage (F) | 449 | 190 | 42,3% [37,8-47,0] | 1,4 | 0,481 | 0,55 [0,11-2,88] | 0,51 | 0,46 [0,05-4,48] | 0,243 | 0,45 [0,12-1,71] | 0,300 | 1,29 [0,80-2,07] | 0,782 | 0,90 [0,44-1,87] |
| Mère <19 ans | 449 | 12 | 2,7% [1,5-4,7] | 1,3 | | | | | | | 0,997 | 1,00 [0,20-4,89] | | |
| Ménage >1 enfant <5 ans | 449 | 210 | 46,8% [42,2-51,4] | 1,6 | 0,821 | 0,84 [0,19-3,80] | 0,393 | 0,37 [0,04-3,60] | 0,703 | 0,80 [0,25-2,56] | 0,270 | 1,31 [0,81-2,10] | 0,606 | 1,21 [0,59-2,46] |
| Ménage >1 enfant <5 ans ET Chef de ménage F | 190 | 84 | 44,2% [37,3-51,4] | 1,6 | 0,856 | 1,30 [0,08-21,07] | | | 0,719 | 0,64 [0,057-7,21] | 0,066 | 1,95 [0,96-3,99] | 0,849 | 1,12 [0,36-3,48] |
| Ménage nombreux (> 7 membres) | 449 | 62 | 13,8% [10,9-17,3] | 1,8 | 0,991 | 0,99 [0,12-8,36] | | | 0,548 | 0,53 [0,07-4,19] | 0,810 | 0,92 [0,46-1,83] | 0,519 | 1,36 [0,53-3,46] |
| Fièvre [2 semaines précédentes] | 432 | 162 | 37,5% [32,7-42,6] | 1,2 | 0,115 | 3,77 [0,72-19,70] | 0,375 | 2,97 [0,27-33,08] | 0,125 | 2,65 [0,76-9,23] | 0,013 | 0,52 [0,30-,87] | 0,529 | 1,26 [0,61-2,58] |
| Fièvre [2 semaines précédentes] dans les ménages >1 enfant <5 ans | 204 | 68 | 33,3% [27,2-40,1] | 1,5 | 0,921 | 0,88 [0,08-9,94] | | | 0,853 | 1,19 [0,19-7,29] | 0,660 | 0,85 [0,42-1,73] | 0,633 | 1,28 [0,46-3,54] |
| Fièvre [2 semaines précédentes] chez les enfants avec le visage et les mains sales, des vêtements sales et | 140 | 61 | 43,6% [35,6-52,0] | 1,1 | | | | | 0,883 | 1,23 [0,08-20,13] | 0,014 | 0,31 [0,12-0,79] | 0,834 | 1,24 [0,17-9,05] |

[184] Corrélation est une technique statistique qui démontre si et comment les paires de variables sont liées. Une corrélation statistiquement significative est indiquée par une valeur de probabilité (valeur p) inférieure à 0,05. Une corrélation statistiquement potentielle est indiquée par une valeur de probabilité inférieure à 0,1.

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| pas récemment lavés | | | | | | | | | | | | | | |
| Diarrhée [2 semaines précédentes] | 432 | 143 | 33,1% [28,8-37,7] | 1,2 | 0,222 | 2,56 [0,57-11,63] | 0,276 | 3,82 [0,34-42,50] | 0,053 | 3,43 [0,99-11,94] | 0,139 | 0,67 [0,40-1,13] | 0,817 | 1,09 [0,52-2,29] |
| Fièvre ET Diarrhée | 381 | 92 | 24,2% [20,1-28,7] | 1,2 | 0,196 | 2,91 [0,58-14,67] | 0,154 | 5,79 [0,52-64,68] | 0,055 | 3,71 [0,97-14,12] | 0,139 | 0,62 [0,33-1,17] | 0,597 | 1,25 [0,55-2,84] |
| Fièvre OU Diarrhée | 432 | 213 | 49,4% [44,7-54,1] | 1,2 | 0,110 | 5,66 [0,68-47,48] | 0,617 | 1,85 [0,17-20,56] | 0,065 | 4,29 [0,91-20,12] | 0,006 | 0,50 [0,31-,82] | 0,754 | 1,12 [0,55-2,29] |
| PAS de recours aux soins dans l'établissement de santé [en cas de la fièvre ou la diarrhée] | 213 | 92 | 43,2% [36,7-50,0] | 0,8 | 0,243 | 0,28 [0,03-2,40] | 0,803 | 1,43 [0,09-23,14] | 0,621 | 0,70 [0,17-2,88] | 0,006 | 2,99 [1,38-6,50] | 0,203 | 1,88 [0,71-5,00] |
| Recours aux soins traditionnels [en cas de la fièvre ou la diarrhée] | 87 | 29 | 33,3% [24,1-44,0] | 1,0 | | | 0,584 | 2,19 [0,13-36,43] | 0,566 | 0,519 [0,06-4,88] | 0,232 | 2,08 [0,63-6,93] | 0,520 | 0,58 [0,11-3,01] |
| Recours aux soins traditionnels [en cas des morbidités générales] | 251 | 73 | 29,1% [23,8-35,0] | 1,1 | 0,527 | 0,50 [0,06-4,34] | 0,511 | 2,55 [0,16-41,29] | 0,829 | 0,84 [0,16-4,25] | 0,057 | 1,93 [0,98-3,81] | 0,173 | 1,95 [0,75-5,08] |
| Recours aux soins traditionnels [en cas des morbidités générales] ET Enfant masculin | 121 | 38 | 31,4% [23,7-40,3] | 1,1 | 0,448 | 0,43 [0,05-3,82] | | | 0,887 | 0,88 [0,16-4,79] | 0,026 | 2,87 [1,13-7,28] | 0,083 | 2,59 [0,88-7,60] |
| Aucun recours aux soins de santé | 372 | 121 | 32,5% [27,9-37,5] | 1,1 | 0,354 | 0,36 [0,04-3,07] | | | 0,452 | 0,55 [0,11-2,63] | 0,447 | 1,24 [0,71-2,17] | 0,855 | 0,92 [0,39-2,18] |
| Vaccination contre la rougeole | 374 | 168 | 44,9% [39,9-50,0] | 1,2 | 0,806 | 1,22 [0,24-6,15] | | | 0,479 | 0,60 [0,15-2,45] | 0,924 | 0,98 [0,60-1,59] | 0,981 | 0,99 [0,46-2,12] |
| Supplémentation par Vitamine A | 365 | 267 | 73,2% [68,0-77,7] | 1,1 | 0,458 | 2,24 [0,27-18,83] | 0,165 | 0,18 [0,02-2,02] | 0,477 | 0,64 [0,18-2,22] | 0,026 | 0,55 [0,33-0,93] | 0,69 | 0,85 [0,37-1,92] |
| Déparasitage | 320 | 190 | 59,4% [53,9-64,6] | 1,1 | 0,213 | 0,34 [0,06-1,86] | | | 0,118 | 0,27 [0,05-1,39] | 0,168 | 0,69 [0,42-1,16] | 0,444 | 0,72 [0,32-1,65] |
| Garde d'enfant par d'autre enfant <18 ans | 331 | 38 | 11,5% [8,5-15,4] | 1,7 | | | | | | | 0,971 | 0,98 [0,42-2,28] | 0,410 | 0,54 [0,12-2,36] |
| Garde d'enfant par d'autre enfant <18 ans OU personne | 341 | 48 | 14,1% [10,8-18,2] | 1,7 | | | | | | | 0,986 | 1,00 [0,47-2,16] | 0,517 | 0,66 [0,19-2,30] |
| Consultations prénatales ≥3 | 341 | 254 | 74,5% [69,6-78,8] | 1,4 | 0,192 | 0,34 [0,07-1,72] | 0,969 | 1,05 [0,11-10,21] | 0,421 | 0,60 [0,17-2,10] | 0,11 | 0,617 [0,343-1,11] | 0,261 | 0,63 [0,28-1,41] |
| Grossesse non désirée | 341 | 114 | 33,4% [28,6-38,6] | 1,3 | 0,367 | 2,11 [0,42-10,63] | 0,463 | 2,09 [0,29-15,10] | 0,358 | 1,77 [0,53-5,94] | 0,874 | 1,04 [0,59-1,86] | 0,805 | 1,11 [0,49-2,48] |
| Accouchement PAS dans un | 341 | 254 | 74,5% [69,6-78,8] | 1,1 | 0,668 | 1,61 [0,18-13,98] | 0,249 | 0,31 [0,04-2,26] | 0,806 | 0,84 [0,22-3,27] | 0,592 | 1,19 [0,63-2,28] | 0,348 | 1,62 [0,59-4,40] |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| établissement de santé | | | | | | | | | | | | | | |
| Assistance à l'accouchement par infirmière ou médecin | 341 | 83 | 24,3% [20,1-29,2] | 1,2 | 0,69 | 0,65 [0,07-5,63] | 0,234 | 3,32 [0,46-24,04] | 0,763 | 1,23 [0,32-4,77] | 0,696 | 0,88 [0,46-1,68] | 0,39 | 0,64 [0,24-1,76] |
| Mère de l'enfant actuellement enceinte** | 342 | 41 | 12,0% [8,9-15,9] | 1,6 | | | | | 0,653 | 0,62 [0,08-4,98] | 0,812 | 0,91 [0,41-2,01 | 0,126 | 0,21 [0,03-1,56] |
| Mère de l'enfant actuellement enceinte ou allaitante | 342 | 225 | 65,8% [60,6-70,6] | 1,5 | 0,549 | 0,61 [0,12-3,07] | 0,592 | 1,86 [0,19-18,13] | 0,902 | 1,08 [0,30-3,78] | 0,226 | 0,72 [0,42-1,23] | 0,233 | 0,63 [0,29-1,35] |
| MUAC FEFA <210 mm | 341 | 6 | 1,76% [0,6-2,9] | 1,3 | | | | | | | | | | |
| Enfant <6 mois allaité au sein au cours des dernières 24 h | 45 | 44 | 97,8% [85,1-99,7] | 1,0 | | | | | | | | | | |
| Enfant <6 mois introduit aux aliments solides | 44 | 26 | 59,1% [43,8-72,8] | 1,0 | | | | | | | | | | |
| Continuation de l'allaitement maternel à 1 an | 21 | 18 | 85,7% [62,0-95,7] | 1,0 | | | | | | | 0,334 | 0,25 [0,02-4,17] | | |
| Enfant avec visage et mains propre | 432 | 262 | 60,7% [55,9-65,2] | 1,1 | 0,172 | 0,23 [.03-1] | | | 0,128 | 0,31 [0,06-1,41] | 0,381 | 0,80 [0,49-1,31] | 0,003 | 0,22 [0,08-0,59] |
| Enfant avec vêtements propres | 423 | 180 | 42,6% [37,7-47.6] | 1,1 | 0,125 | 0,19 [0,02-1,59] | 0,658 | 0,58 [0,05-6,45] | 0,214 | 0,43 [0,11-1,63] | 0,508 | 1,18 [0,72-1,92] | 0,016 | 0,36 [0,16-0,83] |
| Enfant récemment lavé | 432 | 222 | 51,4% [46,7-56,1] | 1,0 | 0,176 | 0,32 [0,06-1,67] | 0,461 | 0,04 [0,04-4,50] | 0,215 | 0,45 [0,13-1,58] | 0,972 | 1,00 [0,62-1,64] | 0,004 | 0,32 [0,15-0.69] |
| Enfant avec visage et mains propres, vêtements propres et récemment lavé | 370 | 144 | 38,9% [34,1-44,0] | 1,1 | 0,166 | 0,22 [0,03-1,86] | | | 0,167 | 0,33 [0,07-1,58] | 0,903 | 0,97 [0,57-1,64] | 0,004 | 0,20 [0,07-0,60] |
| Présence des animaux dans l'espace de jeu de l'enfant | 408 | 97 | 23,8% [19,9-28,2] | 1,4 | 0,521 | 0,50 [0,06-4,19] | 0,735 | 1,52 [0,14-16,92] | 0,605 | 0,66 [0,14-3,13] | 0,850 | 0,95 [0,53-1,69] | 0,978 | 1,01 [0,44-2,33] |
| Présence des signes d'animaux signes dans l'espace de jeu de l'enfant | 398 | 81 | 20,4% [16,7-24,6] | 1,3 | 0,637 | 0,60 [0,07-5,04] | | | 0,381 | 0,40 [0,05-3,16] | 0,408 | 0,76 [0,40-1,45] | 0,754 | 0,86 [0,34-2,18] |
| Accès au point d'eau amélioré | 437 | 80 | 18,3% [14,9-22,2] | 1,0 | 0,776 | 0,73 [0,09-6,19] | 0,735 | 1,48 [0,15-14,45] | 0,554 | 1,49 [0,39-5,67] | 0,004 | 0,274 [0,11-0,66] | 0,957 | 1,03 [0,41-2,59] |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Accès aux installation sanitaires améliorées | 444 | 85 | 19,1% [15,7-23,1] | 1,3 | 0,734 | 0,69 [0,08-5,82] | 0,151 | 4,26 [0,59-30.71] | 0,616 | 1,41 [0,37-5,32] | 0,221 | 0,67 [0,35-1,28] | 0,453 | 1,38 [0,60-3,19] |
| Présence du savon | 447 | 125 | 28,0% [24,0-32,3] | 1,4 | 0,105 | 3,50 [0,78-15,90] | | | 0,683 | 1,29 [0,38-4,37] | 0,04;0 | 0,54 [0,30-0,97] | 0,59 | 0,80 [0,35-1,82] |
| Conservation des aliments | 447 | 287 | 64,2% [59,6-68,5] | 1,5 | 0,257 | 3,43 [0,41-28,74] | 0,650 | 1,69 [0,17-16,42] | 0,176 | 2,88 [0,62-13,33] | 0,065 | 0,63 [0,39-1,02] | 0,286 | 1,54 [0,70-3,41] |
| Ustensiles de cuisine laissés par terre | 405 | 199 | 49,1% [44,3-54,0] | 1,5 | 0,765 | 0,79 [0,18-3,60] | 0,965 | 1,06 [0,07-17,14] | 0,921 | 1,07 [0,30-3,74] | 0,661 | 1,12 [0,68-1,84] | 0,358 | 1,42 [0,67-3,03] |
| Aliments non-couverts | 399 | 69 | 17,3% [13,9-21,3] | 1,6 | 0,978 | 0,97 [0,11-8,45] | | | 0,633 | 0,60 [0,07-4,88] | 0,610 | 0,84 [0,42-1,66] | 0,307 | 0,53 [0,15-1,80] |
| Déchets de cuisine visibles | 402 | 214 | 53,2% [48,3-58,1] | 1,5 | 0,209 | 0,35 [0,07-1,81] | | | 0,153 | 0,37 [0,09-1,45] | 0,206 | 0,72 [0,44-1,19] | 0,133 | 0,56 [0,26-1,19] |
| Sol de la maison en terre battue | 447 | 347 | 77,6% [73,5-81,3] | 1,3 | 0,594 | 1,78 [0,21-15,03] | 0,043 | 0,095 [0,01-0,93] | 0,382 | 0,58 [0,17-1,97] | 0,084 | 1,74 [0,93-3,26] | 0,138 | 2,25 [0,77-6,58] |
| Enfant jouant dans la poussière/boue | 425 | 246 | 57,9% [53,1-62,5] | 1,6 | 0,129 | 0,28 [0,05-1,45] | 0,733 | 0,71 [0,10-5,09] | 0,241 | 0,50 [0,16-1,60] | 0,136 | 1,47 [0,88-2,44] | 0,166 | 0,60 [0,29-1,24] |
| Consommation des aliments moins préférés et moins chers ≥ 5 de 7 jours | 317 | 80 | 25,2% [20,7-30,3] | 1,3 | 0,779 | 0,73 [0,08-6,63] | | | 0,336 | 0,36 [0,04-2,91] | 0,135 | 1,58 [0,87-2,88] | 0,536 | 0,74 [0,29-1,90] |
| + Chef de ménage F | 126 | 21 | 16,7% [11,1-24,3] | 1,3 | | | | | | | 0,923 | 1,06 [0,34-3,28] | 0,327 | 2,05 [0,49-8,62] |
| Prêt des aliments ≥ 5 de 7 jours | 309 | 32 | 10,4% [7,4-14,3] | 1,4 | | | | | | | 0,648 | 1,24 [0,49-3,11] | | |
| + Chef de ménage F | 126 | 12 | 9,52% [5,46-16,1] | 1,4 | | | | | | | 0,744 | 0,76 [0,149-3,899] | | |
| Réduction de la quantité de repas ≥ 5 de 7 jours | 318 | 91 | 28,6% [23,9-33,9] | 1,6 | 0,559 | 1,71 [0,28-10,5] | | | 0,686 | 0,72 [0,15-3,54] | 0,239 | 1,42 [0,79-5,53] | 0,345 | 0,636 [0,249-1,63] |
| + Chef de ménage F | 127 | 23 | 18,1% [12,3-25,9] | 1,6 | | | | | | | 0,857 | 0,90 [0,30-2,75] | 0,416 | 0,416 [0,05-3,45] |
| Réduction d'un nombre de repas par jour ≥ 5 de 7 jours | 315 | 88 | 27,9% [23,2-33,2] | 1,6 | 0,131 | 4,03 [0,66-24,62] | | | 0,702 | 1,31 [0,32-5,40] | 0,500 | 1,23 [0,68-2,23] | 0,672 | 1,20 [0,52-2,76] |
| + Chef de ménage F | 127 | 20 | 15,7% [10,3-23,2] | 1,6 | | | | | | | 0,776 | 1,18 [0,38-3,70] | 0,271 | 2,25 [0,53-9,52] |
| Repas réservés aux enfants ≥ 5 de 7 jours | 306 | 94 | 30,7% [25,8-36,1] | 1,5 | 0,787 | 0,73 [0,08-7,13] | | | 0,347 | 0,36 [0,04-3,03] | 0,465 | 1,25 [0,69-2,24] | 0,619 | 0,80 [0,32-1,97] |
| + Chef de ménage F | 126 | 26 | 20,6% [14,4-28,7] | 1,5 | | | | | | | 0,872 | 1,09 [0,38-3,13] | 0,976 | 0,98 [0,19-4,95] |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Un membre de la famille est décédé | 449 | 7 | 1,6% [0,7-3,2] | 1,9 | 0,041 | 10,61 [1,10-102,24] | | | 0,121 | 5,71 [0,63-51,57] | | | 0,571 | 1,86 [0,22-15,93] |
| Femme a une source de revenu | 325 | 235 | 72,3% [67,2-76,9] | 1,5 | 0,613 | 1,75 [0,20-15,21] | 0,974 | 1,04 [0,01-10,14] | 0,903 | 0,92 [0,24-3,56] | 0,001 | 0,36 [0,20-0,66] | 0,672 | 1,23 [0,48-3,17] |
| Femme a une source de revenu = commerce | 325 | 136 | 41,9% [36,6-47,3] | 1,4 | 0,076 | 7,09 [0,82-61,47] | 0,218 | 4,18 [0,43-40,68] | 0,051 | 3,83 [0,99-14,77] | 0,084 | 0,60 [0,33-1,07] | 0,302 | 1,52 [0,69-3,36] |
| Femme a une source de revenu = commerce [par opposition à toute autre source de revenu] | 235 | 136 | 57,9% [51,4-64,1] | 1,2 | | | | | | | 0,988 | 0,99 [0,49-2,04] | 0,353 | 1,57 [0,61-4,06] |
| Femme a une source de revenu = travail journalier | 325 | 90 | 27,7% [23,1-32,8] | 1,3 | | | | | | | 0,163 | 0,63 [0,32-1,21] | 0,732 | 0,85 [0,35-2,10] |
| Femme a une source de revenu = travail journalier [par opposition à toute autre source de revenu] | 235 | 90 | 38,3% [32,3-44,7] | 1,2 | | | | | | | 0,888 | 0,95 [0,46-1,97] | 0,597 | 0,77 [0,30-2,00] |

**MAG Combinée comprend les cas par P/T et/ou PB et/ou œdèmes*

***Les mères enceintes et allaitantes en même temps étaient considéré comme enceinte pour cette analyse*

Tableau B.2 : Associations statistiques entre les facteurs de risques et la sous-nutrition démontrées par les régressions linéaires

| Facteur de risque *Régression linéaire* | | | | | MAG [P/T] *Enfants 0-59 mois* | | | MAG [PB] *Enfants 6-59 mois* | | | MCG [T/A] *Enfants 0-59 mois* | | | IP [P/A] *Enfants 0-59 mois* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Indicateur | N | Moyenne [IC 95%] | Ecart Type | Effet de Grappe | P-value | Coeff. | SE | P-value | Coeff. | SE | P-value | Coeff. | SE | P-value | Coeff. | SE |
| Age de la mère | 342 | 30,8 [29,8-31,8] | 0,51 | 1,8 | 0,379 | 0,005 | 0,005 | 0,289 | 0,074 | 0,069 | 0,297 | -0,008 | 0,008 | 0,869 | -0,001 | 0,006 |
| MUAC de la mère | 391 | 266,5 mm [263,1-269,9] | 1,73 | 1,4 | 0,001 | 0,005 | 0,001 | 0,000 | 0,078 | 0,018 | 0,050 | 0,004 | 0,002 | 0,000 | 0,005 | 0,002 |
| Consultations prénatales | 341 | 4,4 [4,0-4,7] | 0,17 | 1,5 | 0,280 | 0,018 | 0,017 | 0,265 | 0,242 | 0,217 | 0,013 | 0,063 | 0,025 | 0,013 | 0,047 | 0,019 |
| Nombre personnes dans le ménage | 447 | 5,3 [5,1-5,4] | 0,09 | 1,6 | 0,917 | -0,002 | 0,023 | 0,677 | 0,119 | 0,287 | 0,273 | -0,036 | 0,033 | 0,339 | -0,023 | 0,024 |
| Distance au marché [min.] | 447 | 68,8 [63,8-73,8] | 2,54 | 0,73 | 0,323 | 0,001 | 0,001 | 0,415 | -0,009 | 0,011 | 0,035 | -0,003 | 0,001 | 0,422 | -0,001 | 0,001 |
| MAHFP | 443 | 9,5 [9,3-9,7] | 0,09 | 1,6 | 0,515 | 0,015 | 0,024 | 0,243 | 0,350 | 0,299 | 0,612 | 0,017 | 0,034 | 0,362 | 0,023 | 0,025 |
| MAHFP ET Chef de ménage F | 187 | 10,0 [9,7-10,3] | 0,14 | 1,6 | 0,840 | -0,008 | 0,04 | 0,462 | -0,357 | 0,483 | 0,914 | 0,007 | 0,063 | 0,795 | 0,011 | 0,043 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| rCSI | 419 | 18.6 [17,0-20,3] | 0,89 | 1,3 | 0,546 | -0,002 | 0,003 | 0,646 | 0,018 | 0,039 | 0,150 | -0,007 | 0,005 | 0,016 | -0,005 | 0,003 |
| rCSI ET Chef de ménage F | 183 | 17,2 [15,2-19,2] | 1,02 | 1,3 | 0,026 | -0,308 | 0,005 | 0,004 | -0,171 | 0,059 | 0,348 | -0,007 | 0,008 | 0,940 | -0,000 | 0,00 |
| Stress parental | 331 | 52,6 [52,0-53,1] | 0,30 | 0,93 | 0,047 | -0,019 | 0,009 | 0,148 | -0,181 | 0,125 | 0,009 | -0,038 | 0,015 | 0,002 | -0,034 | 0,011 |
| Stress parental ET Chef de ménage F | 133 | 53,5 [52,6-54,3] | 0,45 | 0,93 | 0,867 | -0,002 | 0,014 | 0,544 | -0,113 | 0,185 | 0,108 | -0,044 | 0,027 | 0,124 | -0,028 | 0,018 |
| *Parent est heureux dans son rôle* | 340 | 4,4 [4,3-4,5] | 0,03 | 1,4 | 0,145 | 0,13 | 0,089 | 0,009 | 3,01 | 1,14 | 0,268 | -0,150 | 0,135 | 0,869 | 0,017 | 0,101 |
| *D'après le parent, il y a peu ou rien qu'il ne ferais pas pour ses enfants* | 340 | 4,3 [4,2-4,3] | 0,02 | 1,7 | 0,705 | -0,045 | 0,120 | 0,314 | 1,560 | 1,550 | 0,322 | 0,180 | 0,181 | 0,619 | 0,068 | 0,1366 |
| *Prendre soin de ses enfants prend parfois plus de temps et d'énergie que le parent a à donner* | 340 | 4,2 [4,1-4,3] | 0,03 | 1,4 | 0,414 | -,082 | 0,100 | 0,579 | -0,722 | 1,3 | 0,414 | -0,124 | 0,152 | 0,291 | -0,121 | 0,114 |
| *Parent se demande parfois s'il fait assez pour ses enfants* | 339 | 4,0 [3,9-4,1] | 0,05 | 1,4 | 0,559 | 0,031 | 0,053 | 0,412 | 0,570 | 0,690 | 0,101 | -0,133 | 0,081 | 0,402 | -0,051 | 0,061 |
| *Parent se sent proche de ses enfants* | 340 | 4,3 [4,2-4,3] | 0,03 | 1,6 | 0,247 | 0,121 | 0,104 | 0,230 | 1,620 | 1,350 | 0,640 | -0,073 | 0,158 | 0,700 | 0,046 | 0,119 |
| *Parent aime passer du temps avec ses enfants* | 340 | 4,4 [4,3-4,4] | 0,03 | 1,3 | 0,089 | 0,169 | 0,099 | 0,013 | 3,181 | 1,280 | 0,240 | -0,183 | 0,151 | 0,735 | 0,038 | 0,113 |
| *Enfant est une source d'affection importante pour le parent* | 340 | 4,3 [4,2-4,4] | 0,03 | 1,4 | 0,832 | 0,020 | 0,096 | 0,490 | 0,849 | 1,240 | 0,044 | -0,290 | 0,143 | 0,203 | -0,139 | 0,109 |
| *Avoir des enfants donne une vision plus sûre et optimiste de l'avenir* | 340 | 4,3 [4,2-4,3] | 0,03 | 1,6 | 0,082 | 0,151 | 0,086 | 0,142 | 1,641 | 1,108 | 0,578 | 0,073 | 0,131 | 0,192 | 0,128 | 0,098 |
| *Enfants sont la principale source de stress dans la vie de parent* | 338 | 4,0 [3,9-4,1] | 0,05 | 1,3 | 0,653 | 0,026 | 0,059 | 0,193 | 0,985 | 0,754 | 0,867 | 0,015 | 0,089 | 0,708 | 0,025 | 0,066 |
| *Avoir un enfant laisse peu de temps et de flexibilité dans la vie* | 340 | 3,9 [3,7-4,0] | 0,06 | 1,5 | 0,092 | -0,085 | 0,051 | 0,708 | -0,244 | 0,650 | 0,758 | -0,023 | 0,076 | 0,203 | -0,072 | 0,056 |
| *Avoir des enfants a été un fardeau financier* | 340 | 4,2 [4,1-4,2] | 0,04 | 1,6 | 0,708 | -0,026 | 0,0699 | 0,629 | 0,437 | 0,904 | 0,883 | -0,016 | 0,106 | 0,843 | -0,015 | 0,077 |
| *Il est difficile d'équilibrer les différentes responsabilités à cause des enfants* | 338 | 3,9 [3,8-4,0] | 0,06 | 1,2 | 0,814 | -0,011 | 0,048 | 0,317 | -0,627 | 0,626 | 0,006 | -0,199 | 0,073 | 0,035 | -0,115 | 0,054 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Comportement de ses enfants est souvent gênant ou stressant pour le parent* | 336 | 3,9 [3,8-4,0] | 0,06 | 1,1 | 0,477 | -0,037 | 0,052 | 0,464 | -0,490 | 0,669 | 0,137 | -0,117 | 0,078 | 0,126 | -0,091 | 0,059 |
| *Si le parent devais recommencer, il pourrais décider de ne pas avoir des enfants* | 340 | 3,6 [3,4-3,7] | 0,07 | 1,3 | 0,940 | 0,003 | 0,040 | 0,649 | 0,246 | 0,460 | 0,011 | -0,161 | 0,063 | 0,096 | -0,079 | 0,047 |
| *Parent se sent dépassé par ses responsabilités* | 340 | 3,8 [3,7-4,0] | 0,06 | 1,3 | 0,091 | -0,080 | 0,047 | 0,605 | -0,317 | 0,612 | 0,031 | -0,154 | 0,071 | 0,014 | -0,132 | 0,053 |
| *Avoir des enfants signifie avoir trop peu de choix et trop peu de contrôle sur la vie* | 340 | 3,7 [3,6-3,8] | 0,05 | 1,4 | 0,061 | -0,097 | 0,052 | ,124 | -1,040 | 0,672 | 0,014 | -0,192 | 0,078 | 0,002 | -0,180 | 0,058 |
| *Parent est satisfait dans son rôle* | 340 | 4,4 [4,3-4,4] | 0,03 | 1,6 | 0,106 | 0,140 | 0,087 | 0,557 | 0,660 | 1,123 | 0,075 | -0,233 | 0,131 | 0,801 | -0,025 | 0,099 |
| *Parent trouve ses enfants agréables* | 340 | 4,2 [4,1-4,2] | 0,03 | 1,6 | 0,620 | 0,044 | 0,088 | 0,283 | 1,230 | 1,141 | 0,010 | 0,344 | 0,132 | 0,019 | 0,236 | 0,100 |
| Surcharge de travail des femmes | 337 | 5,8 [5,5-6,1] | 0,15 | 1,3 | 0,241 | -0,022 | 0,018 | 0,632 | -0,115 | 0,240 | 0,196 | -0,036 | 0,028 | 0,134 | -0,032 | 0,021 |
| Perception de soutien social | 341 | 1,0 [0,8-1,1] | 0,07 | 1,2 | 0,352 | -0,040 | 0,043 | 0,440 | -0,432 | 0,559 | 0,155 | 0,093 | 0,065 | 0,720 | 0,018 | 0,049 |
| Perception de soutien social ET Chef de ménage F | 138 | 0,6 [0,5-0,8] | 0,09 | 1,2 | 0,155 | -0,110 | 0,076 | 0,643 | -0,436 | 0,940 | 0,493 | 0,094 | 0,137 | 0,767 | -0,027 | 0,092 |
| Perception de soutien social ET Chef de ménage H | 203 | 1,20 [1,0-1,4] | 0,09 | 1,2 | 0,797 | -0,010 | 0,055 | 0,534 | -0,460 | 0,737 | 0,314 | 0,075 | 0,0744 | 0,723 | 0,022 | 0,061 |
| Distance au point d'eau [min.] | 447 | 45,5 [42,0-49,0] | 1,78 | 1,1 | 0,227 | 0,002 | 0,001 | 0,203 | 0,020 | 0,015 | 0,283 | -0,002 | 0,002 | 0,947 | 0,000 | 0,001 |
| Observation de l'hygiène au ménage | 386 | 2,5 [2,4-2,7] | 0,08 | 1,5 | 0,486 | 0,022 | 0,030 | 0,040 | 0,793 | 0,385 | 0,084 | -0,076 | 0,044 | 0,539 | -0,021 | 0,032 |
| Observation de l'espace de jeu de l'enfant | 396 | 2,2 [2,0-2,3] | 0,08 | 1,1 | 0,100 | -0,050 | 0,030 | 0,510 | 0,251 | 0,380 | 0,885 | -0,006 | 0,044 | 0,202 | -0,042 | 0,032 |

Tableau B.3 : Associations statistiques supplémentaires: Diarrhée

| Régression logistique | | | | | Diarrhée | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Facteur de risque | N | n | Prévalence [IC 95%] | Effet de grappe | P-value | Odds ratio [IC 95%] |
| Accès au point d'eau améliorée | 437 | 80 | 18,3% [14,9-22,2] | 1,0 | 0,316 | 1,3 [0,8-2,2] |
| Allaitement maternel exclusif | 45 | 44 | 97,8% [85,1-99,7] | 1,0 | | |
| Conservation des aliments | 447 | 287 | 64,2% [59,6-68,5] | 1,5 | 0,00 | 0,4 [0,3-.7] |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Continuation de l'allaitement maternel à 1 an | 21 | 18 | 85,7% [62,0-95,7] | 1,0 | 0,597 | 0,5 [0,0-6,5] |
| Présence des animaux dans l'espace de jeu de l'enfant | 408 | 97 | 23,8% [19,2-80,8] | 1,4 | 0,003 | 0,4 [0,3-,8] |
| Présence des signes d'animaux dans l'espace de jeu de l'enfant | 398 | 81 | 20,4% [16,2-25,2] | 1,3 | 0,002 | 0,4 [0,2-0,7] |
| Enfant avec visage et mains propres | 432 | 262 | 60,7% [55,8-65,3] | 1,1 | 0,165 | 0,8 [0,5-1,1] |
| Défécation a l'air libre | 422 | 85 | 20,1% [16,2-24,8] | 1,2 | 0,758 | 0,9 [0,4-0,6] |
| Présence du savon | 447 | 125 | 28,0% [23,0-32,9] | 1,4 | 0,930 | 1,0 [0,6-1,5] |
| Enfant <6 mois qui a reçu de l'eau | 40 | 19 | 47,5% [32,3-63,2] | 0,8 | 0,033 | 11,1 [1,2-101,7] |
| Enfant <6 mois qui a reçu la bouillie | 40 | 12 | 30,0% [17,6- 46,3] | 0,1 | 0,040 | 5,7 [1,1-30,1] |

| Régression linéaire | | | | | Diarrhée | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Facteur de risque | N | Moyenne [IC 95%] | Ecart Type | Effet de Grappe | P-value | Coeff. | SE |
| HH size | 447 | 5,3 [5,1-5,44] | 0,094 | 1,6 | 0,058 | -0,022 | 0,011 |

Tableau B.4 : Associations statistiques supplémentaires I

| Indicateur 1 | Prévalence [IC 95%] | Indicateur 2 | Prévalence [IC 95%] | Pearson Chi$^2$ | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| CPN> 3 visites | 74,5% [69,6-78,8] | Allaitement maternel exclusif <6 mois ou alimentation complémentaire 12-15 mois | 93,4% [84,7-97,7] | 1,82 | 0,177 |
| CPN > 3 visites | 74,5% [69,6-78,8] | Assistance à l'accouchement par infirmière/médecin | 24,3% [20,1-29,2] | 22,00 | 0,000 |
| CPN> 3 visites | 74,5% [69,6-78,8] | Grossesse non-désirée | 33,4% [28,6-38,6] | 4,34 | 0,037 |
| Grossesse non-désirée | 33,4% [28,6-38,6] | Taille HH> 7 membres | 13,8% [82,7-89,1] | 0,92 | 0,337 |
| Grossesse non-désirée | 33,4% [28,6-38,6] | Allaitement maternel exclusif <6 mois ou alimentation complémentaire 12-15 mois | 93,4% [84,7-97,7] | 0,04 | 0,839 |
| Présence du savon | 28,0% [24,0-32,3] | Enfant avec visage et mains propres | 60,6% [55,9-65,2] | 5,15 | 0,023 |
| Présence du savon | 28,0% [24,0-32,3] | Chef de ménage F | 42,3% [37,8-47,0] | 2,14 | 0,143 |
| Indicateur1 | Observations Indicateur 1+2 | Indicateur 2 | Moyenne [IC 95%] | Pearson Coeff. | P-value |
| Présence du savon | 447 | Distance au marché | 68,8 [63,8-73,8] | -0,16 | 0,001 |
| Présence du savon | 447 | Taille de ménage | 5,3% [5,1-5,4] | -0,00 | 0,993 |
| Chef de ménage F | 391 | MUAC de la mère | 266,5 mm [263,1-269,9] | -0,01 | 0,773 |

Tableau B.5 : Associations statistiques supplémentaires II

| Régression linéaire : MAHFP | N | Moyenne [IC 95%] | Ecart type | Effet de grappe | P-value | Coeff, | SE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Source de revenu (F) (tous confondus) | 325 | 72,3% [67,4-77,2] | 0,03 | 1,5 | 0,000 | -1,33 | 0,24 |
| Source de revenu (F): commerce* | 325 | 41,8% [36,6-47,3] | 0,03 | 1,4 | 0,000 | -1,02 | 0,23 |
| Source de revenu (F): travail journalier* | 325 | 27,7% [23,1-32,8] | 0,03 | 1,3 | 0,664 | -0,12 | 0,25 |
| Allaitement maternel exclusif | 45 | 97,8% [93,3-100] | 0,02 | 1,0 | 0,452 | -1,62 | 2,13 |
| Alimentation complémentaire 12-15 mois | 21 | 85,7% [69,4-100] | 0,08 | 1,0 | 0,120 | 2,64 | 1,60 |
| MUAC de la mère | 391 | 267mm [263-270] | 1,73 | 1,4 | 0,387 | 0,00 | 0,00 |
| Régression linéaire rCSI | | | | | | | |
| Chef de ménage F | 449 | 42,3% [37,7-46,9] | 0,02 | 1,5 | 0,134 | -1,76 | 1,17 |
| Taille de ménage | 447 | 5,3% [5,1-5,4] | 0,09 | 1,6 | 0,936 | -0,03 | 0,38 |
| Stress parental | 331 | 53,6 [52,0-53,1] | 0,30 | 0,9 | 0,084 | 0,26 | 0,15 |
| Source de revenu (F) (tous confondus) | 325 | 72,3% [67,4-77,2] | 0,03 | 1,5 | 0,595 | -2,02 | 3,80 |
| Source de revenu (F): commerce* | 325 | 41,8% [36,6-47,3] | 0,03 | 1,4 | 0,238 | -1.97 | 1,67 |
| Source de revenu (F): travail journalier* | 325 | 27,7% [23,1-32,8] | 0,03 | 1,3 | 0,021 | 4,19 | 1,80 |
| Régression linéaire Surcharge de travail des femmes | | | | | | | |
| Chef de ménage F | 449 | 42,3% [37,7-46,9] | 0,02 | 1,5 | 0,187 | -0,41 | 0,31 |
| Conservation des aliments | 447 | 64,2% [59,7-68,7] | 0,02 | 1,5 | 0,194 | -0,42 | 0,32 |
| Régression linéaire Stress parental | | | | | | | |
| Grossesse désirée | 341 | 66,6% [61,5-71,6] | 0,03 | 1,3 | 0,000 | -4,28 | 0,59 |
| Allaitement maternel exclusif | 45 | 97,8% [93,3-100] | 0,02 | 1,0 | 0,634 | -2,68 | 5,57 |
| Alimentation complémentaire 12-15 mois | 21 | 85,7% [69,4-100] | 0,08 | 1,0 | 0,822 | 0,63 | 2,76 |
| Chef de ménage F | 449 | 42,3% [37,7-46,9] | 0,02 | 1,5 | 0,014 | 1,50 | 0,60 |
| Conservation des aliments | 447 | 64,2% [59,7-68,7] | 0,02 | 1,5 | 0,124 | 0,98 | 0,63 |
| Régression linéaire Perception de soutien social | | | | | | | |
| Chef de ménage F | 449 | 42,3% [37,7-46,9] | 0,02 | 1,5 | 0,000 | -0,57 | 0,13 |

*Cf. Tableau B.6

Tableau B.6 : Associations statistiques supplémentaires : MAHFP + Source de revenu (F) - test ANOVA bidirectionnel

Afin de mieux comprendre une association contre-intuitive entre la source de revenu (F) et MAHFP, c'est-à-dire la réduction de MAHFP si une femme au ménage a une source de revenu, nous avons décidé de faire des analyses complémentaires avec une troisième variable pour le stress parental. Etant donné qu'une catégorisation standardisée du score de stress parental n'existe pas, on a procédé de deux manières : a) utilisant des quartiles basés sur les scores possibles [18-90] et b) utilisant des quartiles basés sur les score dans notre échantillon.

| Test ANOVA bidirectionnel : MAHFP | |
|---|---|
| Indicateur | P-value |
| Source de revenu (F) (tous confondues) ET Stress parental faible | 0,825 |
| Source de revenu (F): commerce ET Stress parental moyen | 0,451 |
| Source de revenu (F) : travail journalier ET Stress parental élevé | 0,010 |
| Quartile (échantillon) | |
| Source de revenu (F) (tous confondues) ET Quartile de stress parental | 0,824 |
| Source de revenu (F) : commerce ET Quartile de stress parental | 0,270 |
| Source de revenu (F) : travail journalier ET Quartile de stress parental | 0,004 |

Tableau B.7 : Associations statistiques supplémentaires : Regroupement de cas - test ANOVA

| Indicateur | N | WHZ | MUAC | HAZ | WAZ |
|---|---|---|---|---|---|
| | | P-value | | | |
| Commune [ADH, LI, DM] | 395 | 0,6076 | 0,518 | 0,252 | 0,428 |
| Cluster | 394 | 0,8284 | 0,000 | 0,042 | 0,778 |

Tableau B.8 : Groupes d'aliments servis aux enfants <6 mois

| Groupe | Prévalence [IC 95%] |
|---|---|
| Eau claire | 47,5% [32,3-63,2] |
| Les préparations pour nourrissons | 42,5% [27,9-58,5] |
| Lait d'origine animale | 12,5% [5,2-27,3] |
| Jus de fruits | - |
| Bouillon | 5% [1,2-18,6] |
| Yaourt | 7,5% [2,4-21,4] |
| Bouillie | 30,0% [17,6-46,3] |
| Thé | 7,5% [2,4-21,4] |

## C. GUIDE QUALITATIF

### Note d'information[185]

Analyse causale de la sous-nutrition Link NCA dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault, Département de Grand'Anse fait partie du projet dont l'objectif est d'améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle des populations vulnérables en situation d'urgence dans les Départements du Nord-Ouest et de la Grande Anse, Haïti (SANNOGA), mis en œuvre par un consortium composé d'Action Contre la Faim (ACF), Solidarités International (SI) et ACTED et financé par Service de la Protection Civile et Operations d'Aide Humanitaire Européennes (ECHO).

Nom du chercheur principal: Lenka Blanárová

INVITATION: Nous aimerions que vous participiez à une étude menée par Action Contre La Faim, une organisation non gouvernementale, qui lutte contre les causes et les effets de la faim dans près de 50 pays du monde, y compris Haiti. L'organisation possède une expertise dans le domaine de la santé et de la nutrition, y compris la santé mentale et les pratiques de soins, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, ainsi que la sécurité alimentaire et les moyens d'existence.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE: L'objectif de cette étude est d'améliorer notre compréhension des causes de la sous-nutrition dans l'Arrondissement d'Anse d'Hainault. Nous espérons que cette étude nous aidera à identifier les facteurs de risque déclenchant la sous-nutrition dans votre communauté de manière qu'ensemble, et avec la participation des autorités locales et des autres partenaires, nous puissions réduire la sous-nutrition à l'avenir. L'étude se déroulera du 11 Mars au 11 Avril 2019 dans quatre communautés échantillonnées de l'arrondissement.

PROCEDURE: Nous aimerions passer 6 jours consécutifs à compter d'aujourd'hui dans votre communauté. Nous partagerons une planification détaillée de nos activités afin de faciliter la sélection et la mobilisation des participants pour des entretiens et des discussions de groupe. L'étude concernera principalement les parents d'enfants de moins de 5 ans, mais d'autres informateurs clés pourraient être sollicités. Toute personne désirant partager son opinion en dehors des entretiens prévus et des discussions de groupe peut s'adresser à l'équipe d'étude pour le faire. L'équipe chargée de l'étude aimerait également effectuer un certain nombre d'observations et de visites de ménages dans votre communauté, si possible, afin que nous puissions mieux comprendre vos défis quotidiens. Les discussions des groupes de discussion seront organisées autour de thèmes tels que la santé, la nutrition, les pratiques de soins, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance, ainsi que le genre. 8-12 personnes doivent participer à chaque discussion de groupe, comme indiqué dans la planification détaillée partagée. Il convient de noter que nous ne serons pas en mesure d'accueillir plus de personnes à la fois. Les participants sont priés de se présenter à l'heure afin de ne pas retarder les discussions des groupes suivantes. Au nom de votre communauté, acceptez-vous d'assister à cette étude? Avez-vous des questions? Si tel est le cas, nous aurons besoin de vous pour désigner un mobilisateur communautaire. Ce doit être une personne connue et respectée par tous les membres de votre communauté. Le rôle de cette personne sera de mobiliser les participants pour des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe, comme indiqué dans notre planification détaillée. De préférence, la sélection des participants sera coordonnée

[185] Utilisé comme une ouverture de chaque échange avec des informateurs clés, qu'il s'agisse d'un entretien semi-directif ou d'une discussion de groupe. Les phrases en gris ne sont relatives que pour une première réunion avec les leaders communautaires.

avec vous. Veuillez noter qu'il est préférable que les participants sélectionnés assistent à une seule discussion de groupe. S'ils souhaitent contribuer plus d'une fois, cela n'est autorisé que si cela concerne différents sujets. Cependant, nous souhaitons parler avec autant de membres de la communauté que possible et pour cette raison, il serait préférable si plus de personnes du village soient mobilisées pour participer. Veuillez noter que la participation d'un mobilisateur de communauté ne sera pas rémunérée et doit être entièrement volontaire.

Veuillez noter qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse à nos questions, pas de bonne ou de mauvaise opinion et pas de bonne ou de mauvaise façon de faire les choses. Nous sommes sincèrement intéressés à plonger dans votre vie quotidienne et à apprendre davantage sur vos croyances et vos pratiques. Si vous acceptez de participer, nous vous demanderons environ une heure de votre temps.

CONFIDENTIALITÉ: Nous ne vous demanderons pas votre nom et ne partagerons pas le contenu de notre discussion avec d'autres personnes de votre communauté. Votre nom n'apparaîtra pas dans notre étude et personne ne pourra identifier ce que vous avez partagé avec nous.

RISQUES: Malheureusement, mis à part notre sincère reconnaissance, nous ne pouvons rien vous promettre en échange de votre participation à cette étude. La participation à cette étude ne garantit pas votre sélection dans les activités futures d'Action Contre la Faim et ne devrait pas non plus avoir d'effet négatif sur votre participation aux activités en cours. Toutefois, pendant les discussions de groupe, nous partagerons avec vous de l'eau et des collations que vous pourrez choisir de rapporter à la maison, si vous le souhaitez.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ: La participation à cette étude est votre choix. Vous êtes libre d'arrêter l'entretien ou de quitter le groupe de discussion à tout moment. Votre participation est entièrement volontaire. Si vous ne souhaitez pas répondre à une question, vous pouvez refuser de le faire et nous passerons à une autre question. Si vous avez des questions sur nous ou sur le travail que nous effectuons, vous pouvez nous le demander à tout moment.

## CALENDRIER SAISONNIER[186]

Un calendrier saisonnier est un diagramme des changements au cours des saisons - généralement sur une période de 12 mois. Les calendriers saisonniers sont utiles pour identifier les tendances saisonnières - par exemple, l'évolution de la disponibilité des ressources, telles que la nourriture ou le revenu, tendances de travail et flux migratoire; pour explorer les relations entre différents tendances de changement - par exemple, la relation entre les niveaux de revenu et les mouvements de populations clés pour le travail; pour identifier quand les personnes peuvent être particulièrement vulnérables; pour explorer les schémas saisonniers de bien-être et de difficultés et la manière dont différentes personnes sont affectées; ou pour identifier quand les personnes sont particulièrement vulnérables à l'infection.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche explorera les variations saisonnières pour chaque facteur de risque, tandis que le sujet sera abordé. Les facteurs de risque respectifs seront listés sur un format d'un calendrier saisonnier imprimé, décrivant douze mois d'une année universelle. Au cours des discussions de groupe, les participants seront invités à définir le mois pendant lequel chaque facteur de risque est le plus important et les causes précises de ces changements.

[186] Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 19 & 20 (https://www.aidsalliance.org/).

## CALENDRIER HISTORIQUE

Un calendrier historique est un diagramme qui montre l'évolution sur une certaine période. Aux fins de cette étude, une période de 10 à 15 ans sera considérée. Toutefois, si les participants mentionnent des événements clés antérieurs à la période de 15 ans, ils seront également notés. Un calendrier historique est utile pour explorer les changements au fil du temps dans une situation particulière et les raisons de ce changement. Cela peut inclure des changements de comportement, de connaissances et d'attitudes dans une communauté. C'est également utile pour explorer les conséquences d'un événement particulier ou pour évaluer l'efficacité (impact) d'un projet ou d'une initiative communautaire.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche explorera les variations historiques pour chaque facteur de risque, tandis que le sujet sera discuté. Les facteurs de risque respectifs seront listés sur un modèle dessiné à la main d'un calendrier historique (format A2), décrivant 15 années universelles. Au cours des discussions des groupes de discussion, les participants seront invités à définir en quelle année chaque facteur de risque était le plus importante et préciser les causes de ces changements. Tous les événements importants qui ont marqué la vie dans une communauté de manière positive ou négative, qu'il soit politique, socio-économique, environnemental ou autre, seront considérés comme des déclencheurs potentiels. L'objectif sera de capter des tendances fondées sur les connaissances de la communauté et d'identifier éventuellement des corrélations entre divers facteurs de risque.

## NARRATION[187]

La narration implique des participants discuter les histoires « typiques » de leur communauté. Cette approche permet d'ouvrir des discussions sur des sujets sensibles de manière non menaçante et d'identifier les situations et les problèmes de la vie réelle qui affectent les membres de leur communauté. Il est utile d'explorer ce que les gens pensent de ces situations et quelles mesures ils aimeraient prendre.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche introduira des histoires réelles au cours de discussions de groupe afin de tester le point de vue des participants sur des sujets particulièrement sensibles et/ou de tester leurs réponses données dans le cadre d'un échange classique de questions-réponses. Le but de cette méthode sera de détourner l'attention d'eux (ce qui peut les rendre mal à l'aise) et plutôt de les impliquer en tant qu'observateurs et conseillers d'autres personnes dans des situations reflétant leur réalité quotidienne.

## ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Le tableau des activités quotidiennes trace comment les gens passent leur temps au cours d'une journée typique. Il est utile pour explorer comment les hommes et les femmes passent leur journée, pour évaluer leur charge de travail et pour discuter de leurs différents rôles et responsabilités ou explorer les facteurs qui influent ces différences.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche présentera des images imprimées des activités quotidiennes dans une communauté donnée et demandera aux participants des discussions de groupe de les arranger chronologiquement, commençant par l'heure habituelle de réveil et terminant par l'heure habituelle de sommeil. Cela sera fait séparément pour les hommes et les femmes. Tout autre groupe, tel que les enfants ou les personnes âgées, ou des groupes ayant

[187] Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 58 (https://www.aidsalliance.org/).

des fonctions économiques différentes (agriculteurs, éleveurs ou vendeurs au marché) peuvent être introduits, si cela est jugé pertinent.

### COMPOSITION DES REPAS

Le tableau de composition des repas montre ce que les gens mangent habituellement au cours d'une journée. Il est utile pour explorer la perception d'une bonne nutrition de la part de la communauté et la façon dont cela se reflète sur leurs habitudes alimentaires maintenant et dans des situations où l'argent ne serait pas un obstacle à l'achat des aliments souhaités. Aux fins de la présente étude, trois scénarios seront envisagés: la consommation alimentaire typique pendant une période de soudure, la consommation alimentaire typique pendant une période post-récolte et la consommation alimentaire typique lorsque l'argent ne constitue pas un obstacle.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe d'étude présentera un graphique dessiné à la main (format A2), divisé en trois colonnes, représentant chaque scénario. Il sera demandé aux participants d'une discussion de groupe de dire combien de repas ils mangent par jour au cours de chaque scénario et quels repas ils mangent à ces moments de la journée.

### DÉPENSES MÉNAGÈRES

Les dépenses ménagères est un exercice participatif, dont le principal objectif est de montrer comment le revenu des ménages est réparti pour couvrir ses dépenses. Cela peut révéler les priorités du ménage en termes de dépenses, identifier les comportements néfastes ou les mécanismes de prise de décision au sein du ménage.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche présentera un ensemble d'images imprimées représentant différents types de dépenses ordinaires engagées par un ménage dans une communauté donnée. Ces images seront placées devant les participants. Les participants recevront également un ensemble de cailloux représentant l'argent qu'un ménage dispose pour couvrir ces dépenses. Le rôle des participants sera de répartir les revenus entre différents groupes de dépenses, comme ils le feraient dans la vie réelle.

### ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE[188]

Cet outil permet à dessiner l'histoire du voyage d'une personne en quête d'un rétablissement de sa santé sur une période donnée. Il s'agit de suivre l'évolution de la santé de la personne depuis qu'il est tombé malade, en indiquant les différentes options de traitement explorées afin de guérir. L'itinéraire thérapeutique est un exercice participatif, qui permet d'ouvrir une discussion sur les traitements traditionnels et non traditionnels de manière non menaçante. Cela permet également d'explorer la compréhension des personnes sur des maladies récurrentes, qui essentiellement influence leur choix de traitement. De plus, l'outil permet d'explorer les obstacles à l'accès à un traitement biochimique disponible dans les établissements de santé soutenus par l'État.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche présentera une feuille de papier vierge (format A2) et demandera aux participants d'expliquer leur parcours de santé typique en cas de maladies récurrentes, qui sera tracé sur cette feuille de papier. L'objectif est d'identifier si leur connaissance de ces maladies déclenche la même réaction et/ou certaines différences existent. Une attention particulière sera accordée à la compréhension et au traitement de la sous-nutrition chez l'enfant.

---

[188] Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 17 (https://www.aidsalliance.org/).

## BOÎTES DE GENRE[189]

Cet outil consiste en participants plaçant des femmes et des hommes « typiques » dans des « boites de genre » et identifiant les rôles, qualités et comportements attendus d'eux. Il s'agit d'explorer ce qui se passe si une femme ou un homme sort de sa boîte et ne fait pas ce qu'on attend d'eux. Le but de cet exercice est d'explorer de manière non menaçante l'origine de ces rôles, qualités et comportements et des pressions qu'ils entraînent. Cela permet également d'identifier quels rôles, qualités et comportements doivent être changés et comment cela peut être fait. Les boites de genre sont particulièrement utiles pour explorer des questions liées à la vulnérabilité de genre, au pouvoir et aux traditions culturelles.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche présentera une feuille de papier vierge (format A2) et demandera aux participants de tracer deux boîtes de même taille côte à côte. L'un représentera une femme et l'autre un homme. Les participants seront ensuite invités à placer toutes les qualités, tous les rôles et tous les comportements attendus d'eux à l'intérieur de la boîte. Toute qualité, rôle ou comportement qui ne correspond pas aux attentes de la société devra être dessine à l'extérieur de la boite. Une fois terminé, les participants seront invités à comparer et à discuter de ce que les encadrés de genre montrent.

## JEU D'ACCORD/DÉSACCORD[190]

Cet outil consiste en participants exprimant leur accord ou leur désaccord avec différentes déclarations relatives aux facteurs de risque étudiés dans leur communauté. Le jeu d'accord/désaccord est très interactif. Il peut servir à dynamiser et à ouvrir des échanges plus structurés, qui suivront. Cela aide les personnes à explorer leur attitude vis-à-vis des problèmes clés de leur communauté de manière animée et non menaçante. Le jeu d'accord/désaccord est particulièrement utile pour explorer les attitudes à l'égard du genre, des traditions culturelles et de la stigmatisation. Cela peut également fournir une couche supplémentaire de la compréhension au chercheur dans la communauté, qui dépend de l'aide humanitaire et dont les réponses à différentes questions peuvent être biaisées par les attentes d'une aide de suivi.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe chargée de l'étude placera trois affiches imprimées avec des émoticônes devant les participants des discussions de groupe. Chaque signe représentera "Je suis d'accord ☺", "Je ne suis pas d'accord ☹" ou "Je ne suis pas sûr". L'équipe de recherche lira ensuite les déclarations préparées à l'avance sur un sujet traité et demandera aux participants de se placer à côté d'un panneau indiquant leur opinion sur le sujet. Les participants seront encouragés à expliquer pourquoi ils se tiennent près de différents signes. Ils seront également encouragés à essayer de se persuader et de changer d'avis s'ils le souhaitent. Une fois que toutes les déclarations seront utilisées, les participants seront encouragés à discuter de ce que le jeu a montré.

## COURAGE DE CHANGER[191]

Cet outil consiste en participants se plaçant en différents points le long d'une ligne pour montrer à quel point il est « facile » ou « difficile » d'adopter certains comportements ou d'apporter des changements en fonction des défis rencontrés dans leurs communautés. Utilisant « Courage de changer » contribue à créer un environnement non menaçant, dans lequel les participants peuvent exprimer librement ce qu'ils pensent de certains messages de sensibilisation censés améliorer leur

---

[189] Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 25 (https://www.aidsalliance.org/).
[190] Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 36 (https://www.aidsalliance.org/).
[191] Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 39 (https://www.aidsalliance.org/).

qualité de vie. L'exercice permet aux participants d'identifier les obstacles auxquels ils sont confrontés en relation avec les comportements suggérés, ce qui conduira éventuellement à une compréhension plus profonde de l'écart entre la connaissance et la pratique. Cela peut être particulièrement utile pour les organisations mettant en œuvre des projets axés sur le changement de comportement.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche tracera une ligne par terre. Une extrémité représentera « facile » tandis que l'autre extrémité signifiera « difficile ». L'équipe de recherche introduira ensuite les comportements prédéfinis, qui devraient être adoptés par la communauté. Les participants seront invités à se positionner à cette extrémité de la ligne qui représente leur attitude à l'égard du comportement indiqué, c'est-à-dire s'il est facile ou difficile à adopter. Les participants seront encouragés à expliquer pourquoi ils ressentent cela à propos de ces comportements et quoi les rend faciles/difficiles à adopter.

### JEU DE RISQUES[192]

Cet outil consiste en participants identifiant un risque perçu lié aux certains comportements le long d'une ligne montrant un risque faible à élevé. L'utilisation du jeu de risques permet d'explorer les connaissances et les attitudes des personnes concernant les niveaux de risque liés à leur comportement actuel et/ou au comportement suggéré par le biais d'activités de sensibilisation. À cet égard, l'outil peut aider à identifier les zones de comportement à risque qui pourraient nécessiter une priorité pour des actions futures. Un jeu de risques est particulièrement utile pour sensibiliser la communauté en général à la prévention des maladies, notamment en ce qui concerne l'allaitement maternel, les pratiques de soins et d'hygiène.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche tracera une ligne par terre. Une extrémité représentera un « risque faible » tandis que l'autre extrémité signifiera un « risque élevé ». Ensuite, l'équipe de recherche introduira les comportements préparés à l'avance, qui sont courants dans la communauté ou qui devraient être adoptés par celle-ci. Il sera demandé aux participants de se positionner sur un flashcard décrivant le risque du comportement concerné comme perçu par eux, c'est-à-dire s'il est dangereux ou pas de pratiquer ou pas pratiquer certains comportements. Les participants seront encouragés à expliquer pourquoi ils ressentent cela à propos de ces comportements.

### GUIDE D'ENTRETIEN: SANTÉ

1. Comment décririez-vous un enfant en bonne santé? Les enfants sur ces images sont-ils en bonne santé? (Cf. Flashcards des maladies infantiles)
2. Ces maladies sont-elles présentes dans votre communauté? Lesquels sont les plus courantes? (PISTE DE RECHERCHE: diarrhée/choléra, fièvre, infections respiratoires aiguës, paludisme)
3. Est-ce qu'elles changent au cours des saisons? (Cf. Calendrier saisonnier)
4. Comment sont-elles changées au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
5. Quelles sont les causes de ces maladies? (PISTE DE RECHERCHE: diarrhée/choléra, fièvre, infections respiratoires aiguës, paludisme)
6. Comment ces maladies sont-elles traitées? (Cf. Itinéraire thérapeutique) (NB: A tracer pour chaque maladie de manière indépendante. Informez-vous sur les différences en saison sèche/pluvieuse)
7. Les options de traitement sont-elles changées au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)

[192] Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 55 (https://www.aidsalliance.org/).

8. Comment décidez-vous quel traitement de choisir? Qui vous conseille?
9. Quels traitements traditionnels existent dans et autour de votre communauté? Lesquels utilisez-vous?
10. Comment soignez-vous un enfant malade? (PISTE DE RECHERCHE: Allaitez-vous un enfant malade? Pourquoi/Pourquoi pas? Le nourrissez-vous moins/plus? Quels types d'aliments ne peuvent pas être donnés à un enfant malade? Pourquoi?)
11. Certains enfants de votre communauté sont-ils plus malades que d'autres? Est-ce que vous savez pourquoi? Comment les décririez-vous?
12. Que faites-vous pour garder votre enfant en bonne santé? Combien d'effort faut-il pour le faire tous les jours?
13. Où se trouve le centre de santé/hôpital la plus proche? Combien de temps cela vous prend-il pour y arriver? Votre accès change-t-il selon la saison? (Cf. Calendrier saisonnier)
14. Combien ça coûte pour y arriver? Combien coûte le traitement? Les médicaments sont-ils facilement disponibles?
15. Quelles sont les heures d'ouverture des centres de santé? Le personnel est-il disponible en cas d'urgence? Comment les contactez-vous?
16. Quels types de services sont disponibles dans le centre de santé le plus proche? Lesquels utilisez-vous? Pourquoi?
17. Le personnel sait-il comment traiter les maladies fréquentes dans votre communauté? Est-ce qu'ils parlent votre langue? Sont-ils gentils?
18. Qu'est-ce qui vous motive à rechercher un traitement dans le centre de santé? Qu'est-ce qui vous décourage de le faire? (PISTE DE RECHERCHE: qualité de soins, absence du personnel, manque de médicaments, pouvoir de décision, charge de travail, distance du centre de santé, etc.)

*Recommandations*

19. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
20. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
21. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
22. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
23. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
24. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
25. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

## GUIDE D'ENTRETIEN: MALNUTRITION

1. Que pensez-vous des enfants sur ces photos? Les enfants sur ces images sont-ils en bonne santé? Pourquoi/pourquoi pas? (Cf. Photos d'enfants malnutris (marasme/kwashiorkor) + enfants souffrant de malnutrition chronique)
2. De quelle maladie souffrent-ils? Quels mots utilisez-vous pour décrire tels enfants dans votre communauté? (Cf. Flashcards avec les mots pour la malnutrition en créole) Certains mots sont-ils plus sensibles que d'autres? Pourquoi?
3. Quelles sont les causes de cette maladie? Quelles sont les raisons pour lesquelles un enfant deviendrait comme ça?
4. Que pensez-vous de cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE: Est-ce similaire ou différent des autres maladies infantiles? Si oui, comment?)
5. Avez-vous des enfants comme ça dans votre communauté? Si oui, quel type est le plus commun?

6. Y a-t-il des ménages dans votre communauté qui sont plus affectés? Si oui, qu'est-ce qu'ils ont en commun? (PISTE DE RECHERCHE: les enfants d'un certain groupe d'âge sont-ils plus affectés? Pourquoi?)
7. Pensez-vous que votre enfant peut devenir comme ça? Pourquoi/pourquoi pas? (PISTE DE RECHERCHE: Quels comportements/pratiques peuvent induire/prévenir cette condition?)
8. Pensez-vous que vous pourriez devenir comme ça? Pourquoi/pourquoi pas?
9. Connaissez-vous des femmes dans votre communauté qui sont comme ça? Si oui, pourquoi pensez-vous qu'elles sont comme ça?
10. Au cours de quelle saison/mois observez-vous plus d'enfants être comme ça? (Cf. Calendrier saisonnier)
11. Depuis quand les enfants de votre communauté souffrent-ils de cette maladie? (Cf. Calendrier historique)
12. Comment traitez-vous cette maladie dans votre communauté? (Cf. Itinéraire thérapeutique) (PISTE DE RECHERCHE: Quel est le traitement le plus courant? Pourquoi?)
13. Que faites-vous pour garder votre enfant en bonne santé?
14. Quels défis rencontrez-vous pour garder votre enfant en bonne santé? Au cours de quelles saisons/mois cela devient-il plus difficile?
15. Narration : *XX a une fille née il y a cinq mois. L'accouchement s'est déroulé en route pour le centre de santé mais elle n'y pas arrivé à temps. Apres l'accouchement, elle est retournée chez elle. Sa mère a administré lòk à un nouveau-né pour laver ses intestines. Quelques heures après XX a commencé à l'allaitait, donnant de l'eau pendant les jours particulièrement chauds afin de prévenir que l'enfant se déshydrate. Quand la petite fille avait deux mois, XX était obligée de reprendre ses activités au marché et elle devrait laisser la petite avec sa mère. Elle l'allaitait dans la matinée avant partir au marché et ensuite pendant la nuit. Entre temps, sa mère était censée de lui donner du lait de chèvre et graduellement elle a commencé de lui donner d'autres aliments. La petite fille a commencé à perdre du poids et n'était plus intéressée à jouer avec d'autres enfants. XX a décidé de l'emmener chez un guérisseur traditionnel pour soigner sa fille avec des herbes médicinales. Cependant, sa fille ne va pas mieux.*
    Que pensez-vous de cette histoire? XX a-t-elle pris des bonnes décisions? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment? Que suggéreriez-vous ensuite à XX?
16. Narration : *XX a un petit garçon. Elle l'a allaité pendant quelques mois mais elle a arrêté à 4 mois car elle a dû reprendre le travail. Après quelques semaines son fils est tombé malade et nécessitait des soins. Etant très occupée XX a retarde la consultation médicale au centre de santé. Quand l'état de sa santé ne s'améliorait et le centre de sante était un peu loin, elle a décidé de chercher les soins chez le tradipraticien habitant pas loin de sa maison.*
    Que pensez-vous de cette histoire? Que pensez-vous de la situation de XX? Les femmes de votre communauté font-elles face aux mêmes difficultés? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment?

*Recommandations*

17. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
18. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
19. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
20. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
21. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
22. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
23. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

## GUIDE D'ENTRETIEN: NUTRITION

1. Qu'est-ce qu'un aliment de base dans votre communauté (que mangez-vous le plus?) Combien de fois par jour mangez-vous?
2. Y a-t-il eu des changements dans vos habitudes alimentaires au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
3. Y a-t-il des changements dans vos habitudes alimentaires tout au long de l'année? (Cf. Calendrier saisonnier)
4. Que mangez-vous normalement pendant une journée pendant une période de soudure? (Cf. Composition des repas)
5. Que mangez-vous normalement pendant une journée pendant une période post-récolte? (Cf. Composition des repas)
6. Voudriez-vous manger différemment? Si oui, comment? Pourquoi/pourquoi pas? (Cf. Composition des repas)
7. Qui décide ce que vous mangez?
8. Les habitudes alimentaires des enfants/femmes enceintes et allaitantes sont-elles les mêmes? Pourquoi/pourquoi pas?
9. Quels aliments ne peuvent pas être consommés par les enfants/femmes enceintes et allaitantes? Pourquoi?
10. Quels aliments ne peuvent pas être mangés par les filles/garçons? Pourquoi?
11. Quels aliments considérez-vous comme bons pour la santé? Pourquoi?
12. Avez-vous accès à ces aliments dans votre communauté? Où y accédez-vous? (PISTE DE RECHERCHE : production propre/achat/aide alimentaire/autre)
13. Est-ce que l'accès change tout au long de l'année? (Cf. Calendrier saisonnier)
14. Est-ce que l'accès a changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
15. Avez-vous assez des aliments pour nourrir votre ménage toute l'année?
16. Est-ce que cela a changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
17. Que pensez-vous des repas de deux enfants sur la photo? (Cf. Images de repas équilibré/non équilibré)
18. Que pensez-vous des repas de deux enfants sur la deuxième photo? (Cf. Images des portions alimentaires)
19. Comment diviseriez-vous cette nourriture dans votre famille? La famille mange-t-elle ensemble ou dans un ordre spécifique?
20. Narration: *XX a un mari et 5 enfants. Les parents de son mari vivent avec eux. Un jour le mari lui a donné 100 HTG pour préparer un repas du soir. XX a acheté du riz mais cela ne suffira pas à toute la famille. À l'heure du dîner, elle a réservé une assiette pour son mari et ses parents. Elle a donné le reste du repas à ses enfants aînés, deux garçons. XX et ses trois petites filles se couchent affamées.* Que pensez-vous de cette histoire? Que pensez-vous de la situation de XX? Les femmes de votre communauté font-elles face aux mêmes difficultés? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment?

*Recommandations*

21. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
22. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
23. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
24. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
25. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
26. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
27. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

## GUIDE D'ENTRETIEN: ALLAITEMENT MATERNELT & ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

1. À quoi ressemble votre routine quotidienne avec un bébé?
2. Votre routine change-t-elle au cours de la semaine? Si oui, comment?
3. Votre routine change-t-elle au cours de l'année? Si oui, comment? (Cf. Calendrier saisonnier)
4. La routine quotidienne a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années? Faites-vous les choses différemment de vos parents/grands-parents? Expliquez. (Cf. Calendrier historique)
5. Voulez-vous que la routine quotidienne change? Si oui, comment? Pourquoi?
6. Est-ce que quelqu'un vous aide à s'occuper de vos enfants? Si oui, quand (quotidiennement/hebdomadairement/sporadiquement)?
7. Comment les pères sont-ils impliqués dans les activités de garde d'enfants? Que pensez-vous de leur implication? (suffisant/pas suffisant?) Pourquoi?
8. Quels défis rencontrez-vous lorsque vous vous occupez de vos enfants? (PISTE DE RECHERCHE: manque de connaissances/ressources/temps/autre)
9. Narration: *XX a 25 ans. Elle a quatre enfants. Le dernier est né il y a trois mois. Elle l'allaite quand elle est à la maison le matin et le soir. Entre temps, elle a des nombreuses activités dans le village (aller chercher de l'eau, ramasser du bois de chauffe, aller au marché, travailler sur le champs) et elle n'amène pas son bébé avec elle. Elle laisse le bébé avec sa mère. Il y a quelques semaines, elle s'est rendue au centre de santé et le personnel lui a dit d'allaiter son bébé à la demande pour qu'il puisse bien se développer. Mais elle a tellement des choses à faire! Elle ne peut pas porter l'enfant toute la journée!*

   Que pensez-vous de cette histoire? Que pensez-vous de la situation de XX? Les femmes de votre communauté font-elles face aux mêmes difficultés? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment?

### Jeu d'accord/désaccord (+ DEBRIEFING)

10. Quand mon bébé est né, la première chose que je lui donne à boire est la tisane.
11. Quand mon bébé est né, je le lave et le fais dormir.
12. Quand mon bébé est né, je l'allaite immédiatement.
13. Lorsque mon bébé est né, le premier lait dans mes seins n'est pas bon. Je le jette.
14. Quand j'allaite, je donne aussi de l'eau à mon bébé car il fait très chaud et le bébé a soif!
15. Quand j'allaite, je donne aussi à mon bébé du lait de vache/chèvre pour qu'il soit plus fort.
16. Quand j'allaite, je donne des tisanes à mon bébé pour qu'il grandisse bien.
17. Quand j'allaite, je n'ai pas assez du lait pour garder mon bébé heureux.
18. L'allaitement prend du temps.
19. Quand j'allaite, je me sens faible.
20. Quand j'allaite, j'ai mal aux seins.
21. Quand j'allaite, je mange plus.
22. Quand j'allaite, je mange moins.
23. Quand j'allaite, je mange tous les types d'aliments.
24. Quand j'allaite, je ne peux pas manger tous les types d'aliments.
25. Quand je suis enceinte, j'arrête d'allaiter.
26. Quand je travaille, mon lait est chaud et je ne peux pas allaiter mon bébé.
27. Je commence à donner à manger à mon bébé à l'âge de 4 mois.
28. Je commence à donner à manger à mon bébé à l'âge de 8 mois.
29. Si je commence à donner à manger au bébé trop tôt, il sera moins résistant par la suite.
30. Je prépare des repas spéciaux pour mon bébé.
31. Je nourris mon bébé avec la nourriture que je prépare pour toute la famille.
32. Pendant les repas, j'aide mon bébé à manger.

33. Pendant les repas, ce sont les enfants plus âgés qui aident mon bébé à manger.
34. Quand mon bébé ne veut pas manger, je ne le force pas.
35. Quand mon bébé pleure, je le prends dans mes bras pour le calmer.
36. Quand mon bébé pleure, je lui donne à manger.
37. Quand mon bébé pleure, je lui donne à boire.
38. Quand mon bébé pleure, je le laisse se calmer tout seul.
39. Quand mon bébé pleure, je le tape.

Jeu de risques (+ DEBRIEFING)

40. Allaitement maternel à la demande.
41. L'allaitement maternel quand une femme est enceinte.
42. Allaiter quand une femme est chaude ou malade.
43. Manger peu pendant l'allaitement.
44. Donner des tisanes au bébé avant l'âge de 6 mois.
45. Donner de l'eau au bébé avant l'âge de 6 mois.
46. Donner à manger au bébé avant l'âge de 6 mois.
47. Donner des repas familiaux au bébé.
48. Laisser un bébé avec des frères et sœurs plus âgés.
49. Laisser un bébé avec sa grand-mère/grand-père.
50. Lever la voix ou gifler un bébé lorsqu'il fait quelque chose de mal.

Courage de changer (+ DEBRIEFING)

51. Initiation précoce d'allaitement.
52. Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois.
53. Allaitement à la demande.
54. Préparer des repas spéciaux pour les bébés.

55. Que donnez-vous normalement à votre bébé tout au long de la journée? (Cf. Composition des repas)
56. Voudriez-vous lui donner autre chose? Si oui, comment? Pourquoi/pourquoi pas? (Cf. Composition des repas)
57. Les habitudes alimentaires des enfants sont-elles changées au cours des 10-15 dernières années? Faites-vous les choses différemment de vos parents/grands-parents? Expliquez. (Cf. Calendrier historique)
58. Narration: *XX a un petit garçon. Il est très actif. Il aime jouer. Il aime courir. Parfois, il est vraiment désobéissant. Pendant que le mari de XX migre pour trouver le travail, XX reste seule avec son petit garçon. Elle est maintenant enceinte de son deuxième enfant. Ce matin, le petit garçon s'est réveillé très énergique. Il chante et saute. XX vient de rentrer du point d'eau et a mis un bidon à côté de la porte. Pendant que le petit garçon courait partout, il a renversé le bidon et l'eau a inonde la cour. XX était vraiment fâchée et l'a giflé pour être méchant.*
    Que pensez-vous de cette histoire? Que pensez-vous de la situation de XX? Les femmes de votre communauté font-elles face aux mêmes difficultés? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment?

*Recommandations*

59. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
60. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
61. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
62. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
63. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)

64. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
65. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

## GUIDE D'ENTRETIEN: MARIAGE, GROSSESSE & ESPACEMENT DES NAISSANCES

1. À quel âge les jeunes hommes se marient-ils dans votre communauté? Quel est l'âge habituel des femmes qu'ils épousent? Considérez-vous cela problématique? Pourquoi/pourquoi pas? Quelles sont les raisons pour se marier à cet âge?
2. Quand pensez-vous une fille est prête à être mère (physiquement et émotionnellement?)
3. Qui conseille les femmes, et en particulier les adolescentes, pendant la grossesse?
4. Les couples dans votre communauté ont-ils des désaccords pendant le mariage? Sont-ils fréquents? Comment sont-ils gérés? Quelle est la cause de ces désaccords?
5. Combien d'enfants les membres de votre communauté ont-ils habituellement? Pourquoi?
6. Quel est l'espacement des naissances habituel dans votre communauté? Comment vous sentez-vous à propos de cela? (Court/adéquat/long) Pourquoi?

### Jeu d'accord/désaccord (+ DEBRIEFING)

7. Quand je suis enceinte, je vais dans un centre de santé pour une consultation médicale.
8. Quand je suis enceinte, je vais à un guérisseur traditionnel pour une consultation médico-spirituelle.
9. Quand je suis enceinte, je ne vais pas dans un centre de santé, c'est trop loin.
10. Quand je suis enceinte, je ne vais pas dans un centre de santé car le personnel y est rarement présent.
11. Quand je suis enceinte, je ne vais pas dans un centre de santé car j'ai peur qu'ils fassent grandir mon bébé.
12. Quand je suis enceinte, je ne vais pas dans un centre de santé, car ils me donnent des conseils que je ne peux pas suivre.
13. Quand je suis enceinte, je ne vais pas dans un centre de santé parce que je n'ai pas d'argent.
14. Quand je suis enceinte, je ne vais pas dans un centre de santé car je n'ai pas le temps.
15. Quand je suis enceinte, je mange plus pour que mon bébé puisse grandir.
16. Quand je suis enceinte, je mange moins parce que je ne me sens pas bien.
17. Quand je suis enceinte, je mange moins parce que j'ai peur que mon bébé grandisse.
18. Quand je suis enceinte, je ne peux pas manger certains aliments.
19. Quand je suis enceinte, je travaille comme d'habitude.
20. Quand je suis enceinte, je travaille moins.
21. Je préfère accoucher à la maison.
22. Je préfère accoucher dans un centre de santé.
23. Après la naissance, je me repose au moins 6 semaines.
24. Après la naissance, je reprends mes activités après quelques jours.
25. Si je voulais espacer les naissances, je serais mal perçue dans ma communauté.
26. Si je voulais utiliser la planification familiale, mon mari doit me donner son accord.
27. Si j'avais recours à la planification familiale, je saignerais davantage et je ne pourrais plus avoir d'enfants.

### Jeu de risques (+ DEBRIEFING)

28. Jeune femme ayant un bébé à 12 ou 13 ans.
29. Femme ayant un bébé à 40 ans.
30. Femme ayant un bébé tous les douze mois.
31. Femme qui tombe enceinte en allaitant son bébé.
32. Femme ne fréquentant pas les services de soins prénatals dans un centre de santé.
33. Femme ne suivant pas les interdits alimentaires pendant la grossesse.

34. Femme travaillant pendant la grossesse.
35. Femme accouchant à la maison.
36. Femme travaillant après l'accouchement.

Courage de changer (+ DEBRIEFING)

37. Avoir un premier enfant à 13 ans.
38. Avoir des enfants à environ deux ans d'intervalle.
39. Avoir moins d'enfants.
40. Utiliser des moyens de contraception différents.
41. Assister aux soins prénataux au centre de santé.
42. N'observer pas les interdits alimentaires pendant la grossesse.
43. Ne travailler pas pendant la grossesse.
44. N'observer pas les interdits alimentaires pendant l'allaitement.

*Recommandations*

45. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
46. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
47. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
48. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
49. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
50. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
51. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

## GUIDE D'ENTRETIEN: STATUT SOCIAL & CHARGE DE TRAVAIL DES FEMMES

1. A quoi ressemble votre routine quotidienne? (Cf. Activités quotidiennes)
2. Votre routine change-t-elle au cours de l'année? Si oui, comment? (Cf. Calendrier saisonnier)
3. Comment percevez-vous votre charge de travail? Comment vous sentez-vous?
4. Quand vous sentez-vous le plus occupé ou fatigué? Que faites-vous quand vous vous sentez comme ça? Avez-vous quelqu'un pour vous aider?
5. Est-ce que la fatigue contribue à « *move san* » ? Comment cela influence les soins que vous accordez a votre bébé ?
6. La routine quotidienne a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années? Faites-vous les choses différemment de vos parents/grands-parents? Expliquez. (Cf. Calendrier historique)
7. Y a-t-il des différences dans les routines quotidiennes entre les différents ménages? Si oui, quelles différences? Qu'est-ce qui caractérise ces ménages?
8. Comment votre routine quotidienne diffère-t-elle de celle des hommes?
9. Avez-vous fréquenté l'école quand vous étiez plus jeune? Quelles sont les raisons pour lesquelles les filles ne vont pas à l'école dans votre communauté? Quelles sont les raisons pour lesquelles ils abandonnent l'école?
10. Les femmes dans votre communauté peuvent-elles prendre leurs propres décisions? Si oui, que pouvez-vous décider vous-même? (PISTE DE RECHERCHE: scolarité, mariage, dépenses ménagères, composition des repas, activités quotidiennes, charge de travail, repos après l'accouchement, traitement médical en cas de maladie, planification familiale?)

(ou alternativement pour 9 & 10) Jeu d'accord/désaccord (+ DEBRIEFING)

11. Je pourrais décider si je vais ou pas à l'école.
12. Je peux décider si mes enfants vont ou pas à l'école.
13. J'ai décidé quand je voulais me marier.
14. Mon mari décide comment je dépense de l'argent.
15. Je décide ce que je cuisine.

16. Mon mari me dit combien je peux dépenser pour les aliments.
17. Je ne prépare que des plats que mon mari aime.
18. Je ne peux pas décider sur mon travail, je dois faire tout ce que les femmes sont censées faire.
19. Mon mari a moins de responsabilités que moi.
20. Après la naissance, je peux me reposer pendant 6 semaines.
21. Quand je suis malade, je peux décider qui voir pour traiter ma maladie.
22. Quand mes enfants sont malades, je dois demander à mon mari qui voir pour traiter leur maladie.
23. Je peux dire à mon mari que je ne veux plus d'enfants.
24. Je peux décider sur toutes les affaires du ménage lorsque mon mari n'est pas à la maison.
25. Si vous avez un problème, qui allez-vous voir pour vous aider? Quelle a été la situation la plus récente lorsque vous avez eu besoin de l'aide de quelqu'un? Expliquez.
26. Quelles possibilités les femmes dans votre communauté ont-elles? (PISTE DE RECHERCHE: Quels rôles les jeunes femmes peuvent-elles aspirer à jouer dans leur communauté lorsqu'elles seront adultes?)
27. Que pensez-vous de ces possibilités - sont-elles suffisantes? Si non, que manque-t-il? Que voudriez-vous changer/faire différemment? Qu'est-ce qui vous empêche de le faire?
28. Sentez-vous en sécurité dans votre communauté? Y a-t-il eu un changement dans les relations communautaires au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
29. Quelles activités pratiquez-vous habituellement avec d'autres membres de la communauté? Y a-t-il des occasions que vous célébrez ensemble? (Cf. Calendrier saisonnier)

*Recommandations*

30. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
31. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
32. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
33. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
34. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
35. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
36. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

## GUIDE D'ENTRETIEN: STATUT SOCIAL & CHARGE DE TRAVAIL DES HOMMES

1. A quoi ressemble votre routine quotidienne? (Cf. Activités quotidiennes)
2. Votre routine change-t-elle au cours de l'année? Si oui, comment? (Cf. Calendrier saisonnier)
3. Comment percevez-vous votre charge de travail? Comment vous sentez-vous?
4. Quand vous sentez-vous le plus occupé ou fatigué? Que faites-vous quand vous vous sentez comme ça? Avez-vous quelqu'un pour vous aider?
5. La routine quotidienne a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années? Faites-vous les choses différemment de vos parents/grands-parents? Expliquez. (Cf. Calendrier historique)
6. Y a-t-il des différences dans les routines quotidiennes entre les différents ménages? Si oui, quelles différences? Qu'est-ce qui caractérise ces ménages?
7. Comment votre quotidien diffère-t-il de celui des femmes?
8. Avez-vous fréquenté l'école quand vous étiez plus jeune? Quelles sont les raisons pour lesquelles les garçons ne vont pas à l'école dans votre communauté? Quelles sont les raisons pour lesquelles ils abandonnent l'école?
9. Comment le pouvoir décisionnaire au sein de ménage est-il partagé ? (PISTE DE RECHERCHE: scolarité, mariage, dépenses ménagères, composition des repas, activités quotidiennes, charge

de travail, repos après l'accouchement, traitement médical en cas de maladie, planification familiale?)

10. Quelles possibilités les hommes de votre communauté ont-ils? (PISTE DE RECHERCHE: Quels rôles les jeunes hommes peuvent-ils aspirer à jouer dans leur communauté lorsqu'ils seront adultes?)
11. Que pensez-vous de ces possibilités - sont-elles suffisantes? Si non, que manque-t-il? Que voudriez-vous changer/faire différemment? Qu'est-ce qui vous empêche de le faire?
12. Sentez-vous en sécurité dans votre communauté? Y a-t-il eu un changement dans les relations communautaires au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
13. Aux quelles activités assistez-vous habituellement avec les autres membres de la communauté? Y a-t-il des occasions que vous célébrez ensemble? (Cf. Calendrier saisonnier)
14. Si vous avez un problème, qui allez-vous voir pour vous aider? Quelle a été la situation la plus récente lorsque vous avez eu besoin de l'aide de quelqu'un? Expliquez.

*Recommandations*

15. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
16. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
17. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
18. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
19. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
20. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
21. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

## GUIDE D'ENTRETIEN: SOURCES DE REVENU & PRODUCTION AGRICOLE

1. Quelles sont les principales sources de revenu dans votre communauté (M/W séparément)?
2. Varient-ils au cours de l'année? (Cf. Calendrier saisonnier)
3. Ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
4. Qu'est-ce qui a provoqué le changement?
5. Aux quels défis faites-vous face en domaine d'agriculture? (PISTE DE RECHERCHE: accès à l'eau/la terre, dégradation du sol, indisponibilité de semences/outils/savoir-faire/travail, coût du travail, maladies des plantes, accès au marché pour la vente, fluctuations des prix en période de semis/récolte, fluctuations de la demande sur le marché, exigences de qualité)
6. Ces défis varient-ils au cours de l'année? (Cf. Calendrier saisonnier)
7. Ces défis ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
8. Qu'est-ce qui a provoqué le changement?
9. Quelles conséquences ont-ils sur le revenu de votre ménage ?
10. Quelles stratégies d'adaptation déployez-vous pour compenser les pertes éventuelles?

*Recommandations*

11. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
12. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
13. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
14. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
15. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
16. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
17. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

18. Quels défis rencontrez-vous en domaine d'élevage? (PISTE DE RECHERCHE: accès à l'eau/pâturage/vaccination, maladies animales, indisponibilité du savoir-faire, accès aux marchés pour la vente, fluctuation des prix, fluctuation de la demande sur le marché, exigences de qualité)
19. Ces défis varient-ils au cours de l'année? (Cf. Calendrier saisonnier)
20. Ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
21. Qu'est-ce qui a provoqué le changement?
22. Quelles conséquences ont-ils sur le revenu de votre ménage?
23. Quelles stratégies d'adaptation déployez-vous pour compenser les pertes éventuelles?

*Recommandations*

24. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
25. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
26. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
27. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
28. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
29. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
30. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

## GUIDE D'ENTRETIEN: ACCES AU MARCHÉ, UTILISATION DE RESSOURCES & STRATÉGIES DE RÉSILIENCE

1. Quels marchés utilisez-vous normalement? Combien de temps cela vous prend-il pour y arriver?
2. Votre accès varie-t-il au cours de l'année? (Cf. Calendrier saisonnier)
3. Votre accès a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
4. Qu'est-ce qui a provoqué le changement? Quelles conséquences cela a-t-il sur votre ménage?
5. Les produits sont-ils disponibles toute l'année? Si non, quoi et quand n'est pas disponible? Pourquoi? (Cf. Calendrier saisonnier)
6. La disponibilité du produit a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
7. Les prix des produits sont-ils stables toute l'année? Si non, quels prix des produits fluctuent? Quand? Pourquoi? (Cf. Calendrier saisonnier)
8. Les prix des produits ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
9. Comment utilisez-vous le revenu de votre ménage? (Cf. Dépenses ménagères)
10. Qui prend la décision concernant les dépenses ménagères? (PISTE DE RECHERCHE: achats (diverses catégories) vs. vente de production agricole)
11. Les femmes reçoivent-elles une allocation hebdomadaire? Si oui, combien et pour quoi? Est-il suffisant? Pourquoi/pourquoi pas?
12. Les hommes et les femmes dépensent-ils différemment? Si oui, comment? Pourquoi?
13. Où trouvez-vous habituellement vos aliments? (PISTE DE RECHERCHE: production agricole, achat, aide alimentaire, troc/échange, cueillette/chasse)
14. Est-ce que cela varie tout au long de l'année? (Cf. Calendrier saisonnier)
15. Est-ce que cela a changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
16. Comment vous assurez-vous d'avoir suffisamment des aliments pour votre ménage tout au long de l'année?

17. Que faites-vous quand vous n'avez pas assez d'argent pour nourrir votre ménage? (PISTE DE RECHERCHE: déstockage, vente d'actifs productifs, vente, utilisation d'une dette excessive, réduction de l'apport alimentaire quotidien et du nombre de repas quotidiens, migration pour le travail, etc.)
18. Certains ménages de votre communauté sont-ils plus vulnérables à l'insécurité alimentaire? Pourquoi?

*Recommandations*

19. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
20. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
21. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
22. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
23. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
24. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
25. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

## GUIDE D'ENTRETIEN: MIGRATION & SOLIDARITÉ COMMUNAUTAIRE

1. Comment décririez-vous l'accès à la terre dans votre communauté? (PISTE DE RECHERCHE: source (héritage/achat/crédit/bail/autre), propriété (M/F), taille, distance, accessibilité géographique et saisonnière, qualité, accès à l'eau/irrigation, taxes/redevances).
2. L'accès à la terre a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
3. Quelles conséquences l'accès à la terre a-t-il sur votre production agricole? (PISTE DE RECHERCHE: sélection des cultures, rotation des cultures, utilisation d'engrais naturels/chimiques)
4. Comment abordez-vous ces défis?
5. Les membres de votre communauté ont-ils tendance à former des groupes/associations/organisations communautaires? Si oui, dans quel but? (PISTE DE RECHERCHE: adhésion (H/F), frais, activités, avantages, soutien externe (gouvernement, ONG)
6. Les membres de votre communauté ont-ils tendance à économiser de l'argent/des ressources? Si oui, dans quel but? Que sauvent-ils? Combien?
7. Les gens de votre communauté ont-ils accès au crédit? Si oui, comment ça marche? (PISTE DE RECHERCHE: qui peut y accéder (H/F), fournisseur, montant, intérêt)
8. Les gens de votre communauté ont-ils tendance à avoir des dettes? Pourquoi? Combien? Que font-ils quand ils ne peuvent pas les rembourser?
9. Les membres de votre communauté ont-ils tendance à migrer? Si oui, qui migre? Où? Quand? Pour combien de temps? Pourquoi? (Cf. Calendrier saisonnier)
10. Les tendances migratoires dans votre communauté ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
11. Quelles sont les conséquences de la migration ou de l'évolution des flux migratoires sur les membres d'un ménage qui restent? (PISTE DE RECHERCHE: revenu, charge de travail, prise de décision, nutrition, santé, hygiène et pratiques de prise en charge de l'enfant)
12. Mis à part la migration pour des raisons d'élevage, les habitants de votre communauté ont-ils tendance à quitter le village pendant de longues périodes (semaines/mois)? Si oui, qui part? Où? Quand? Pour combien de temps? Pourquoi? (Cf. Calendrier saisonnier)
13. Voyage-t-il avec des enfants? Si oui, quelles conséquences ce voyage a-t-il sur eux? (santé, pratiques de soins et d'hygiène)

14. Narration: *XX et YY sont mariés depuis environ sept ans. Ils ont 5 enfants. Ils ont un petit champ que XX a hérité de son père. Même pendant une bonne année, le champ ne donne pas assez de récoltes pour faire survivre sa famille pendant un an. XX doit donc quitter le village pendant trois à quatre mois pour travailler comme journalier. Malheureusement, c'est la période où il aurait besoin de travailler sur son propre champ. YY n'a pas donc le choix et doit travailler seule. C'est extrêmement fatiguant et elle doit rester loin de ses enfants presque toute la journée. Parfois, c'est sa fille aînée, qui n'a que 6 ans, qui s'occupe d'autres enfants. Parfois, sa mère ou sa belle-mère l'aide. Cependant, c'est très dur sans que son mari ne soit pas là!*
    Que pensez-vous de cette histoire? Que pensez-vous de la situation de XX? Les femmes de votre communauté font-elles face aux mêmes difficultés? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment?

*Recommandations*

15. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
16. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
17. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
18. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
19. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
20. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
21. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

## GUIDE D'ENTRETIEN: PERSPECTIVES DE VIE (PARENTS)

1. Jeux : Si vous devriez décrire votre vie à travers une chanson haïtienne, lequel choisiriez-vous ? Pourquoi ?
2. Comment décriviez-vous votre enfance ? Quels évènements/souvenirs vous ont marqué le plus ? Pourquoi ?
3. Qu'est-ce que vous avez espéré d'achever dans votre vie ? Est-ce que les circonstances ont permis la réalisation complète/partielle de vos rêves ? Pourquoi/Pourquoi pas ? Qu'est-ce que vous ressentez par rapport vos rêves/réalité ? (PISTE DE RECHERCHE : satisfaction/dissatisfaction/épanouissement/déception, etc.)
4. Qu'est ce qui a inspiré vos rêves quand vous étiez plus jeunes ?
5. Est-ce qu'il y avait des personnes dans votre communauté qui pouvait vous aider à réaliser certains rêves ? Qu'est-ce que vos parents ont pensé de vos rêves ?
6. Comment décriviez-vous la façon dans laquelle vos parents interagissaient avec vous et la façon dans laquelle vous interagissez avec vos enfants ? Qu'est ce qui a changé entre temps ? Pourquoi ?
7. Aviez-vous l'habitude de discuter sur les sujets divers avec vos parents? Avez-vous l'habitude de le faire avec vos enfants ? Pourquoi/Pourquoi pas ?
8. Y-a-t-il des désaccords entre les jeunes, leurs parents et/ou leurs grands-parents ? Pourquoi/Pourquoi pas ? Quels valeurs partagez-vous/ne partagez-vous avec les jeunes générations? Pourquoi ? Qu'est-ce que vous reprochez les plus à vos enfants ? Pourquoi ?
9. Comment décriviez-vous l'homme/femme idéal(e) quand vous étiez plus jeune? Pourquoi pensez-vous que ces caractéristiques sont importantes ? D'où vient cet idéal ? Y-a-t-il un livre/film/autre qui décrit ce type d'homme/femme ?
10. Est-ce que les hommes/femmes dans votre communauté se rapprochent de cet idéal ? Pourquoi/Pourquoi pas ?

11. D'après vous, quels sont les problèmes les plus récurrents entre les femmes et les hommes ? Pourquoi existe-ils ? (PISTE DE RECHERCHE : (si pas mentionné par les participants, que pensez-vous de la jalousie/infidélité ?)
12. Qu'est-ce que vous ne tolériez jamais dans vos relations ? Pourquoi ? (PISTE DE RECHERCHE : violence physique/psychologique/sexuelle) Est-ce que ces comportements existent dans votre communauté ? Pourquoi/Pourquoi pas ?
13. En cas de besoin, auprès de qui cherchez-vous les conseils/l'aide ? Qui a la plus grande influence sur vos décisions ? Pourquoi ?
14. Quelles possibilités de travail/épanouissement avez-vous dans votre communauté ? Que pensez-vous de ces possibilités – sont-elles suffisantes ? Si non, que manque-t-il ?
15. Comment ces possibilités influencent votre façon de vivre dans vos familles/votre communauté ?
16. Sentez-vous en sécurité dans votre communauté? Aux quelles activités assistez-vous habituellement avec les autres membres de la communauté?
17. Quelles institutions présentent-elles la plus grande valeur pour vous dans votre vie ? (PISTE DE RECHERCHE : famille/diaspora/école/église/état/aide internationale). Comment leur rôle a changé au fil de temps ?

## GUIDE D'ENTRETIEN: PERSPECTIVES DE VIE (JEUNES HOMMES/FEMMES)

18. Qu'est-ce que vous espérez d'achever dans votre vie ? Les conditions actuelles permettront-elles que vous puissiez achever vos rêves ? Pourquoi/Pourquoi pas ?
19. Quelles possibilités de travail/épanouissement avez-vous dans votre communauté ? Que pensez-vous de ces possibilités – sont-elles suffisantes ? Si non, que manque-t-il ?
20. Comment ces possibilités influencent votre façon de vivre dans vos familles/votre communauté ?
21. En regardant la vie de votre entourage, que ressentez-vous ? (PISTE DE RECHERCHE : satisfaction/dissatisfaction) Pourquoi ?
22. Y-a-t-il des désaccords entre les jeunes, leurs parents et/ou leurs grands-parents ? Pourquoi/Pourquoi pas ? Quels valeurs partagez-vous/ne partagez-vous avec les générations de vos parents/grands-parents ? Pourquoi ? Qu'est-ce que vous reprochez les plus à vos parents/grands-parents ? Pourquoi ?
23. Si toutes les conditions étaient réunies, comment aimeriez-vous vivre votre vie ? Comment imaginez-vous votre vie idéale ?
24. Où prennent les racines ces idéales ? Où avez-vous observé ce genre de vie ?
25. De cet idéal, qu'est-ce que vous pensez vous allez pouvoir réaliser même si pas tout sera réalisable ?
26. Y-a-t-il des personnes qui pourront vous aider de réaliser ces rêves ? Qu'est-ce que vos parents pensent de vos rêves ?
27. Comment décriviez-vous la façon dans laquelle vous interagissez avec vos parents ? Discutez-vous souvent sur les sujets divers ?
28. Comment décriviez-vous votre enfance ? Quels évènements/souvenirs vous ont marqué le plus ? Pourquoi ?
29. Comment percevez-vous les relations de vos parents ? Représentent-elles l'idéal que vous cherchez pour votre vie en couple ? Pourquoi/Pourquoi pas ?
30. Pensez-vous que vous allez gérer votre propre foyer de même manière que vos parents ? Pourquoi/Pourquoi pas ? Qu'allez-vous faire différemment ?
31. Comment décriviez-vous votre homme/femme idéal(e)? Pourquoi pensez-vous que ces caractéristiques sont importantes ? D'où vient cet idéal ? Y-a-t-il un livre/film/autre qui décrit ce type d'homme/femme ?

32. Est-ce que votre homme/femme idéal(e) existe-t-i/elle dans votre communauté ? Sinon, où allez-vous lui trouver ? Si vous n'allez pas lui trouver, quel type de l'homme/femme allez-vous choisir à la place ?
33. En cas de besoin, auprès de qui cherchez-vous les conseils/l'aide ? Qui a la plus grande influence sur vos décisions ? Pourquoi ?
34. D'après vous, quels sont les problèmes les plus récurrents entre les femmes et les hommes ? Pourquoi existe-ils ?
35. Pensez-vous que vous aurez le même type de problèmes dans vos relations ? Pourquoi/Pourquoi pas ? (PISTE DE RECHERCHE : (si pas mentionné par les participants, que pensez-vous de la jalousie/infidélité ?)
36. Qu'est-ce que vous ne tolériez jamais dans vos relations ? Pourquoi ? (PISTE DE RECHERCHE : violence physique/psychologique/sexuelle) Est-ce que ces comportements existent dans votre communauté ?
37. Sentez-vous en sécurité dans votre communauté? Aux quelles activités assistez-vous habituellement avec les autres membres de la communauté?

## GUIDE D'ENTRETIEN: EAU, ASSAINISSMENT & HYGIÈNE

1. Où trouvez-vous de l'eau pour votre ménage? Utilisez-vous une source différente pour boire/cuisiner/se baigner/consommation animale/agriculture?
2. Votre source change-t-elle au cours de l'année? (Cf. Calendrier saisonnier)
3. Votre source a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
4. Est-ce que quelqu'un gère cette source d'eau? Y a-t-il des conditions d'utilisation?
5. Avez-vous assez d'eau pour vos besoins tout au long de l'année? Si non, quand? (Cf. Calendrier saisonnier)
6. L'accès à l'eau a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
7. Est-ce que tous les membres de la communauté ont le même accès à l'eau? Sinon pourquoi? Qui sont-ils?
8. Qui est responsable de chercher de l'eau pour le ménage?
9. Combien de temps faut-il pour avoir de l'eau? (NB: heure d'arrivée au point d'eau, file d'attente, heure de retour du point d'eau). Cela change-t-il tout au long de l'année? (Cf. calendrier saisonnier)
10. Combien d'eau récupérez-vous pendant une journée? Cela change-t-il tout au long de l'année? (Cf. Calendrier saisonnier)
11. Est-ce que cela a changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique) Comment? Pourquoi? Quelles sont les conséquences de ces changements?

### Jeu d'accord/désaccord (+ DEBRIEFING)

12. L'eau dans ma communauté est bonne à boire.
13. L'eau dans ma communauté nous pose des problèmes d'estomac.
14. L'eau dans ma communauté rend les enfants malades.
15. L'eau dans ma communauté est claire.
16. Je me lave les mains et le corps le matin.
17. Je me lave mes mains après une visite au toilette.
18. Je me lave mes mains avant de cuisiner.
19. Je me lave les mains avant de manger.
20. Je ne me lave pas souvent les mains car il n'y a pas assez d'eau dans ma communauté.
21. Je ne me lave pas souvent les mains car je dois le conserver pour un autre usage.
22. Je ne pense pas avoir besoin de me laver les mains souvent, nous avons toujours vécu de cette façon.
23. J'achète du savon chaque fois que je vais au marché.

24. Le savon est vendu à un bon prix.
25. Je n'aime pas les latrines.
26. Je n'ai pas besoin de latrine à la maison. Je passe beaucoup de temps à travailler loin de chez moi.
27. Je n'ai pas besoin de latrine à la maison. Il est plus naturel de répondre à nos besoins à l'air libre.
28. Je lave mon bébé chaque fois qu'il est sale.
29. Je laisse mon bébé jouer à l'extérieur de la maison.
30. Il y a des animaux errant autour de ma maison.
31. Il y a des animaux errant dans ma maison.

Jeu de risques (+ DEBRIEFING)

32. Boire de l'eau au point d'eau aménagé.
33. Boire de l'eau dans le fleuve.
34. Boire de l'eau de pluie.
35. Laisser les réservoirs d'eau ouverts.
36. Laisser les mouches s'asseoir sur un plat de repas.
37. Manger sans se laver les mains.
38. Cuisiner sans se laver les mains.
39. Ne pas se laver les mains après la défécation.
40. Déféquer autour de la maison.
41. Nettoyage d'une latrine.
42. Bébé jouant dans la boue.
43. Bébé en contact avec des animaux domestiques.
44. Animaux errant dans la maison.

Courage de changer (+ DEBRIEFING)

45. Puisage de l'eau
46. Traitement de l'eau
47. Lavage des mains
48. Bains
49. Défécation à l'air libre
50. Utilisation d'une latrine
51. Nettoyage d'une latrine
52. Achat du savon
53. Nettoyage d'une maison
54. Nettoyage d'une cour
55. Lessive
56. Stockage de la nourriture

*Recommandations*

57. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
58. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
59. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
60. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
61. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
62. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
63. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

## GUIDE D'ENTRETIEN: CROYANCES COMMUNAUTAIRES & ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION

1. Comment décririez-vous un bébé idéal? (taille/caractéristiques/comportement)
2. Que pouvez-vous faire pour avoir un tel bébé avant/après sa naissance?
3. L'image du bébé idéal a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années? Pourquoi?
4. Sentez-vous une pression de votre famille/vos voisins/votre communauté pour avoir un bébé idéal? Si oui, que disent-ils/font-ils?
5. Que se passe-t-il si le bébé de quelqu'un ne répond pas à ce critère? Quelles sont les conséquences sur la réputation du ménage dans la communauté?
6. Avez-vous observé que certaines mères/pères s'occupent d'enfants différemment? Comment? Comment vous sentez-vous à propos de çela?
7. Avez-vous observé que certaines mères/pères négligent leurs enfants? Que font-ils ou ne font-ils pas? Pourquoi/pourquoi pas? Quelles sont les conséquences sur la croissance et le développement de ces enfants?
8. Selon vous, qu'est-ce qui est très important pour le bon développement des enfants? Est-ce que tous les parents le font? Pourquoi/pourquoi pas?
9. Que pensez-vous de la vaccination? (PISTE DE RECHERCHE: accès, disponibilité, acceptabilité culturelle, etc.)
10. Assistez-vous aux séances de sensibilisation organisées par des agents de santé ou des agents de développement communautaire de différentes ONG? Pourquoi/pourquoi pas?
11. Qui est invité à ces séances de sensibilisation? Y a-t-il d'autres personnes qui devraient être incluses? Pourquoi?
12. Que penses-tu des différents sujets dont ils parlent? Avez-vous les trouvés utiles/pertinents/facilement applicables? Pourquoi/pourquoi pas?
13. Avec quels comportements avez-vous particulièrement lutté? Pourquoi? (Avantages désavantages)
14. Y a-t-il des personnes dans votre communauté qui n'approuvent pas de certains messages/comportements? Qui? Pourquoi? (APPROBATION)
15. Que devrait-on améliorer? (SOLUTIONS)
16. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
17. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITÉS LOCALES)
18. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
19. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
20. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

## GUIDE D'ENTRETIEN: SANTÉ & NUTRITION (PERSONNEL DE SANTÉ)

38. Quel est votre rôle dans l'établissement de santé? Depuis quand travaillez-vous ici? Avez-vous occupé un poste similaire ailleurs? Si oui, où et pour combien de temps?
39. Que pensez-vous de votre position? (PISTE DE RECHERCHE: formation, supervision, charge de travail, disponibilité du matériel/médicament, lieu, salaire)
40. Quels types de services offrez-vous? Quels frais facturez-vous? (PISTE DE RECHERCHE: soins prénatals, accouchement, soins postnatals, vaccination)
41. Quelles sont vos heures de travail/heures d'ouverture? Êtes-vous disponible en cas d'urgence? Comment les gens peuvent-ils vous joindre?
42. Quelle est votre routine quotidienne? Cela change-t-il tout au long de la semaine/du mois? Cela change-t-il tout au long de l'année? Si oui, comment? Pourquoi?
43. Quels sont les défis auxquels vous faites face dans votre quotidien?
44. Comment la communauté perçoit-elle les services dans cet établissement de santé? Quels services ont-ils tendance à utiliser le plus souvent? Pourquoi?

45. Y a-t-il des services qu'ils n'utilisent pas du tout? Pourquoi?
46. Connaissez-vous des obstacles qui pourraient les empêcher d'utiliser les services de cet établissement de santé? Si oui, que sont-ils?
47. Quelles sont les maladies infantiles les plus courantes dans cette communauté? Quelles sont leurs principales causes?
48. Au cours de quels mois sont-elles les plus fréquents? (Cf. Calendrier saisonnier)
49. La prévalence de ces maladies a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
50. Quelle est l'option de traitement préférée dans cette communauté et/ou l'itinéraire thérapeutique classique en cas de maladies infantiles fréquentes? (PISTE DE RECHERCHE: diarrhée/choléra, fièvre, infections respiratoires aiguës, paludisme, malnutrition)
51. Est-ce que cela change tout au long de l'année? (Cf. Calendrier saisonnier)
52. Est-ce que cela a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. Calendrier historique)
53. Proposez-vous des services liés au traitement de la malnutrition? Si oui, pouvez-vous expliquer comment cela est organisé? Y a-t-il des jours spécifiques quand le service est disponible?
54. Aux quels défis faites-vous face en relation avec le programme PECMA? (PISTE DE RECHERCHE: cas attendus/charge de travail, dépistage, ruptures de stock, perception de la communauté, etc.)
55. Quelle est la perception de la sous-nutrition dans la communauté? Quelles sont ses causes principales dans cette communauté? Est-ce que la communauté comprend ses causes différemment? Si oui, comment? Pourquoi?
56. La malnutrition est-elle stigmatisée dans cette communauté? Si oui, comment?
57. Quelles catégories d'enfants sont les plus vulnérables à la sous-nutrition? Pourquoi?
58. Y a-t-il des enfants dans ces catégories qui ne sont pas mal nourris? Si oui, pourquoi? Qu'est-ce que leurs parents font différemment?
59. Quels sont les principaux défis auxquels les parents sont-ils confrontés pour garder leurs enfants en bonne santé? (Cf. Flashcards Hypothèses) Comment pensez-vous que cela est lié à la sous-nutrition?

*Recommandations*

60. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
61. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
62. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
63. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
64. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
65. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
66. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

## GUIDE D'ENTRETIEN: SANTÉ & NUTRITION (GUÉRISSEUR/ACCOUCHEUSE TRADITIONELLE)

1. Quels types de services offrez-vous? Comment les gens peuvent-ils vous joindre?
2. Quels sont les principaux défis auxquels font face les membres de cette communauté?
3. Quelles conséquences ces défis ont-ils sur leur santé? Pourquoi?
4. Que penses-tu des enfants sur ces photos? Les enfants sur ces images sont-ils en bonne santé? Pourquoi/pourquoi pas? (Cf. Photos d'enfants malnutris (marasme/kwashiorkor) + enfants souffrant de malnutrition chronique)
5. De quelle maladie souffrent-ils? Quels mots utilisez-vous pour décrire de tels enfants dans votre communauté? Certains mots sont-ils plus sensibles que d'autres? Pourquoi?

6. Quelles sont les causes de cette maladie? Quelles sont les raisons pour lesquelles un enfant deviendrait comme ça?
7. Que pensez-vous de cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE: Est-ce qu'elle est similaire ou différente des autres maladies infantiles? Si oui, comment?)
8. Avez-vous des enfants comme celui-ci dans votre communauté? Si oui, quel type est le plus commun?
9. Y a-t-il des ménages dans votre communauté qui sont plus affectés? Si oui, qu'est-ce qu'ils ont en commun? (PISTE DE RECHERCHE: les enfants d'un certain groupe d'âge/sexe sont-ils plus affectés? Pourquoi?)
10. Comment traitez-vous cette maladie dans votre communauté? (Cf. Itinéraire thérapeutique) (PISTE DE RECHERCHE: Quel est le traitement le plus courant? Pourquoi?)
11. Quels sont les principaux défis auxquels les parents sont confrontés pour garder leurs enfants en bonne santé? (Cf. Flashcards Hypothèses) Est-ce qu'ils sont liés à la sous-nutrition? Si oui, comment et pourquoi?
12. Existe-t-il des croyances locales pouvant être liées à ces défis? Si oui, lesquelles? Que pensez-vous d'eux? Ont-ils besoin d'être strictement suivis? Pourquoi/pourquoi pas?
13. Ont-ils été suivis de la même manière au cours des 10-15 dernières années? Si non, qu'est-ce qui a changé? Pourquoi? (Cf. Calendrier historique)
14. S'il est démontré que ces pratiques ont des conséquences mettant la vie en danger, que pouvez-vous/la communauté faire?
15. Avez-vous entendu des histoires dans le passé où certaines croyances locales devaient être reconsidérées? Si oui, quelles croyances concernaient-elles? Comment a-t-il été géré? Pensez-vous que cela pourrait être répliqué? Pourquoi/pourquoi pas?

## GUIDE D'ENTRETIEN: SANTÉ & NUTRITION (AUTORITÉS RELIGIEUSES)

1. Quels sont les principaux défis auxquels font face les membres de cette communauté?
2. Quelles conséquences ces défis ont-ils sur leur santé? Pourquoi?
3. Que penses-tu des enfants sur ces photos? Les enfants sur ces images sont-ils en bonne santé? Pourquoi/pourquoi pas? (Cf. Photos d'enfants malnutris (marasme/kwashiorkor) + enfants souffrant de malnutrition chronique)
4. De quelle maladie souffrent-ils? Quels mots utilisez-vous pour décrire de tels enfants dans votre communauté? Certains mots sont-ils plus sensibles que d'autres? Pourquoi?
5. Quelles sont les causes de cette maladie? Quelles sont les raisons pour lesquelles un enfant deviendrait comme ça?
6. Que pensez-vous de cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE: Est-ce qu'elle est similaire ou différente des autres maladies infantiles? Si oui, comment?)
7. Avez-vous des enfants comme celui-ci dans votre communauté? Si oui, quel type est le plus commun?
8. Y a-t-il des ménages dans votre communauté qui sont plus affectés? Si oui, qu'est-ce qu'ils ont en commun? (PISTE DE RECHERCHE: les enfants d'un certain groupe d'âge/sexe sont-ils plus affectés? Pourquoi?)
9. Comment traitez-vous cette maladie dans votre communauté? (Cf. Itinéraire thérapeutique) (PISTE DE RECHERCHE: Quel est le traitement le plus courant? Pourquoi?)
10. Quels sont les principaux défis auxquels les parents sont confrontés pour garder leurs enfants en bonne santé? (Cf. Flashcards Hypothèses) Est-ce qu'ils sont liés à la sous-nutrition? Si oui, comment et pourquoi?
11. Existe-t-il des croyances locales pouvant être liées à ces défis? Si oui, lesquelles? Que pensez-vous d'eux? Ont-ils besoin d'être strictement suivis? Pourquoi/pourquoi pas?

12. Ont-ils été suivis de la même manière au cours des 10-15 dernières années? Si non, qu'est-ce qui a changé? Pourquoi? (Cf. Calendrier historique)
13. S'il est démontré que ces pratiques ont des conséquences mettant la vie en danger, que pouvez-vous/la communauté faire?
14. Avez-vous entendu des histoires dans le passé où certaines croyances locales devaient être reconsidérées? Si oui, quelles croyances concernaient-elles? Comment a-t-il été géré? Pensez-vous que cela pourrait être répliqué? Pourquoi/pourquoi pas?

## GUIDE D'ENTRETIEN: PERSONNES PRATIQUANT LE COMPORTEMENT (DO-ERS)

SE CONCENTRER SUR:

a) consultations prenatales ;
b) accouchement au centre de santé ;
c) utilisation des moyens contraceptifs ;
d) allaitement maternel / administration des tisanes/concoctions pendant les 6 premiers mois ;
e) alimentation du nourrisson et du jeune enfant 6-23 mois (initiation, fréquence de repas, composition de repas) ;
f) pratiques d'hygiène ;
g) pratiques d'assainissement.[193]

1. De quelles maladies pouvez-vous/votre enfant souffrir si vous NE PRATIQUEZ PAS LE COMPORTEMENT?
2. Que pensez-vous de [MALADIE mentionnée par la mère]? Est-ce que c'est dangereux?
3. Quand une personne pratique (LE COMPORTEMENT), est-ce que cela conduit à l'effet recherché? (Ex. « Lorsqu'une personne allaite exclusivement un enfant pendant les six premiers mois de sa vie, est-ce que cela aide à éviter [la MALADIE mentionnée par la mère]? »)
4. Dans quelle mesure (LE COMPORTEMENT) aide-t-il à prévenir la (MALADIE)?
5. Qui (individus ou groupes) pensez-vous, objecte ou désapprouve si vous pratiquez (LE COMPORTEMENT)?
6. Qui (individu ou groupe), pensez-vous, approuve si vous pratiquez (LE COMPORTEMENT)?
7. Lesquels de ces individus ou groupes dans les deux questions ci-dessus sont les plus importants pour vous?
8. Est-ce que c'est facile pour vous de pratiquer (LE COMPORTEMENT)?
9. Est-ce que c'est facile de se souvenir de pratiquer (LE COMPORTEMENT) chaque fois que vous devez le faire?
10. Est-ce que c'est parfois la volonté de Dieu que les personnes/enfants contractent la (MALADIE)?
11. Pourquoi certaines personnes contractent-elles la (MALADIE) et d'autres non?
12. Les gens contractent-ils parfois la (MALADIE) à cause de malédictions ou d'autres causes spirituelles ou surnaturelles?
13. Quels sont selon vous les avantages ou les bonnes choses qui se produisent si vous pratiquez (LE COMPORTEMENT)? Quelles sont les choses qui vous plaisent pratiquant (LE COMPORTEMENT)?
14. Quels sont selon vous les inconvénients ou les mauvaises choses qui se produisent si vous pratiquez (LE COMPORTEMENT)? Quelles sont les choses que vous n'aimez pas pratiquant (LE COMPORTEMENT)?

[193] Comportements priorisés en ligne avec les hypothèses validées.

## GUIDE D'ENTRETIEN: PERSONNES NE PRATIQUANT PAS LE COMPORTEMENT (NON DO-ERS)

SE CONCENTRER SUR:

a) consultations prenatales ;
b) accouchement au centre de santé ;
c) utilisation des moyens contraceptifs ;
d) allaitement maternel / administration des tisanes/concoctions pendant les 6 premiers mois ;
e) alimentation du nourrisson et du jeune enfant 6-23 mois (initiation, fréquence de repas, composition de repas) ;
f) pratiques d'hygiène ;
g) pratiques d'assainissement.[194]

1. De quelles maladies pouvez-vous/votre enfant souffrir si vous PRATIQUEZ LE COMPORTEMENT?
2. Que pensez-vous de [MALADIE mentionnée par la mère]? Est-ce que c'est dangereux?
3. Quand une personne ne pratique pas (LE COMPORTEMENT), est-ce que cela conduit à l'effet recherché? (Ex. « Lorsqu'une personne n'allaite pas exclusivement un enfant pendant les six premiers mois de sa vie, est-ce que cela aide à éviter [la MALADIE mentionnée par la mère]? »)
4. Dans quelle mesure (LA NON-PRATIQUE DE COMPORTEMENT) aide-t-il à prévenir la (MALADIE)?
5. Qui (individus ou groupes), pensez-vous, objecte ou désapprouve si vous pratiquez (LE COMPORTEMENT)?
6. Qui (individu ou groupe), pensez-vous, approuve si vous ne pratiquez pas (LE COMPORTEMENT)?
7. Lesquels de ces individus ou groupes dans les deux questions ci-dessus sont les plus importants pour vous?
8. Est-ce qu'il serait facile pour vous de pratiquer (LE COMPORTEMENT)?
9. Qu'est-ce que le rend difficile, voire impossible de pratiquer (LE COMPORTEMENT)?
10. Qu'est ce pourrait rendre (LE COMPORTEMENT) plus facile à pratiquer ?
11. Est-ce qu'il serait facile de se souvenir de pratiquer (LE COMPORTEMENT) chaque fois que vous devriez le faire?
12. Est-ce que c'est parfois la volonté de Dieu que les personnes/enfants contractent la (MALADIE)?
13. Pourquoi certaines personnes contractent-elles la (MALADIE) et d'autres non?
14. Les gens contractent-ils parfois la (MALADIE) à cause de malédictions ou d'autres causes spirituelles ou surnaturelles?
15. Quels sont selon vous les avantages ou les bonnes choses qui se produiront si vous pratiquiez (LE COMPORTEMENT)? Quelles sont les choses qui vous plaideront pratiquant (LE COMPORTEMENT)?
16. Quels sont selon vous les inconvénients ou les mauvaises choses qui se produiront si vous pratiquiez (LE COMPORTEMENT)? Quelles sont les choses que vous n'aimeriez pas pratiquant (LE COMPORTEMENT)?

[194] Comportements priorisés en ligne avec les hypothèses validées.

## SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS, CATÉGORISATION DES FACTEURS DE RISQUE ET RECOMMANDATIONS FINALES

Le but de cet exercice est d'impliquer les membres de la communauté dans la catégorisation des facteurs de risque en fonction de leur impact sur l'occurrence de la sous-nutrition dans leur communauté. En d'autres termes, les membres de la communauté seront encouragés à hiérarchiser les facteurs de risque identifiés, du plus problématique au moins problématique, en fonction de leur lien avec la sous-nutrition. En outre, ils seront encouragés à identifier les facteurs de risque, qu'ils pensent susceptibles de changer en premier, s'ils sont correctement pris en charge.

Avant l'exercice de classement, l'équipe qualitative résumera leurs conclusions, qu'ils auront pu rassembler au cours des cinq premiers jours dans la communauté, à l'aide de flashcards préparés à l'avance. Après la présentation de tous les facteurs de risque identifiés, il sera demandé aux membres de la communauté de valider les résultats et l'interprétation de l'équipe des principaux défis de la communauté en matière de sous-nutrition. Si certains éléments sont jugés non représentatifs de la communauté, l'équipe d'étude modifiera l'interprétation, si nécessaire.

Ensuite, les participants seront invités à classer les facteurs de risque identifiés, du plus problématique au moins problématique, en fonction de leur lien avec la sous-nutrition. À l'aide de cailloux, il leur sera demandé de donner trois cailloux à des facteurs qui ont un impact majeur sur la sous-nutrition, deux cailloux à des facteurs ayant un impact important sur la sous-nutrition et un caillou à des facteurs ayant un impact mineur sur la sous-nutrition dans leur communauté. Des photos d'enfants malnutris, qui étaient auparavant utilisées lors des discussions de groupes les aideront visuellement à se concentrer davantage sur ce problème de santé que sur les autres principaux problèmes auxquels ils sont confrontés dans leur communauté.

Tous les échanges entre les participants en rapport avec cet exercice de catégorisation et/ou leur justification de la catégorisation seront dûment notés. Tous les participants seront encouragés à contribuer et tout désaccord sera dûment traité. Le but de cet exercice sera de classer les facteurs de risque en trois groupes, sur lesquels tous les participants seront d'accord.

Une fois cette étape terminée, les participants seront invités à sélectionner quelques facteurs de risque, qui, selon eux, expliquent la plupart des cas de sous-nutrition dans leur communauté et créent un schéma causal principal.

Alternativement, si un consensus sur trois catégories de risques s'avère difficile, l'équipe chargée de l'étude donnera trois cailloux à chaque participant et leur demandera d'attribuer un caillou à chaque risque, qu'ils considèrent comme le plus important en relation avec la sous-nutrition dans leur communauté. Une fois tous les cailloux comptés, les facteurs de risque seront divisés en trois catégories. L'équipe chargée de l'étude demandera aux participants de les valider et de parvenir à un consensus sur 4 ou 5 facteurs ayant un impact majeur sur la sous-nutrition dans leur communauté.

Après la catégorisation des facteurs de risque, l'équipe chargée de l'étude présentera des solutions identifiées par la communauté lors de discussions de groupe afin de relever ces défis. Une validation, suivie d'une hiérarchisation des activités, sera recherchée.

## D. ITINERAIRES THERAPEUTIQUE POUR LES MALADIES RECURRENTES

| Maladie | Cause | Traitement | Justification communautaire + informations complémentaires |
|---|---|---|---|
| Maladies respiratoires/Toux<br>*Grip*<br>*Tous*<br>*Souf wo*<br>*Bwonch*<br>*Koklich* | *Manque de vaccination<br>*Froid / Courant d'air<br>*Aliments froids[195] Consommés par l'enfant ou sa mère allaitante | Traitement traditionnel ou CdS | Grippe : thé à la base des *feuilles décollées*[196], *metsiyen*[197], *koton*[198], *kase sèk*[199], *basilic*[200], *choublak*[201], *bourgeon koupe kolòn*[202], *zèbaklou*[203].<br>*« On peut également donner l'huile de foie de morue, masser l'enfant avec de l'huile de palme mascreti*[204] *et lui mettre des vêtements chauds (chanday). »*<br>Bronchite : Sirop à la base d'oignons + sucre, thé à la base des *feuilles et bourgeon d'orange sure, feuilles d'olive, de citron et feuilles décollées, langlichat*[205], *magerit*[206].<br>*« On peut également râper un oignon, une noix de muscade, 3 types de poivre (à manger, ginen et potorik), on y ajouter du sucre au mélange, on laisse reposer à l'extérieur pour la nuit puis on donne une cuillère à l'enfant. »*<br>Coqueluche : thé à la base des *lyann legliz*[207], le mirliton blanc[208], l'oignon et du sucre blanc le tout mélangé en un sirop. |
| Tuberculose<br>*Tibèkiloz*<br>*Tebe*<br>*Maladi ti kay* | *Malnutrition | CdS | Autrefois il n'y avait pas de traitement pour la tuberculose. La maladie étant contagieuse, on construisait une chambre à part pour la personne infectée très loin des autres maisons pour éviter la contamination. On lui donnait ses affaires et on lui apportait à manger en utilisant une gaule[209]. Aujourd'hui, le traitement |

[195] Banane, corossol, ananas, abricot, cassave, canne à sucre, riz.
[196] Nom scientifique pas disponible au moment de la rédaction de ce rapport.
[197] Médicinier noir/Médicinier rouge, *Jatropha gossypifolia*, http://www.potomitan.info/vedrine/kek_plant.php.
[198] Coton, *Gossypium barbadense.*
[199] *Samyda pubescens.*
[200] *Ocimum basilicum.*
[201] Hibiscus, *Hibiscus rosa-sinensis.*
[202] *Borreria laevis.*
[203] *Ocimum campechianum.*
[204] Huile de ricin, *Ricinus communis.*
[205] *Eupatorium odoratum.*
[206] *Gomphrena globosa.*
[207] *Abrus precatorius.*
[208] *Melothria domingensis.*
[209] Longue perche utilisée pour faire tomber les fruits d'un arbre. Dans le passé, grâce à sa longueur, cet instrument a permis de livrer les produits alimentaires à la personne en quarantaine sans risque de contamination.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | approprié est disponible dans les centres de santé et la personne n'a pas besoin d'être isolée. |
| Fièvre<br>*Fyèv* | *Froid | Traitement traditionnel, automédication (paracétamol) ou CdS | Si on observe que l'urine de l'enfant n'est pas jaune, on peut le baigner avec des feuilles d'orange et du savon de lessive. On laisse la mousse sur le corps de l'enfant pendant un moment. Après le bain, on masse l'enfant avec l'huile de palme mascreti. On peut aussi mettre une toile humidifiée et la poser sur le front de l'enfant. Si la fièvre ne passe pas, on emmène l'enfant au CdS pour diagnostiquer le type de fièvre dont l'enfant pourrait souffrir (fièvre simple, fièvre typhoïde ou paludisme).<br><br>Il est important à noter que la communauté utilise le mot « fièvre » aussi quand l'enfant est chaud même si la température de son corps n'atteint pas 37°C. |
| Fièvre typhoïde<br>*Fyèv tifoyid* | *Microbes (mains sales) | CdS uniquement | Traitement traditionnel n'existe pas mais certains interdits alimentaires doivent être respectés.<br>*« La personne atteinte de la fièvre typhoïde doit éviter de boire le lait, manger la graisse ainsi que les aliments durs, tels que les vivres alimentaires[210]. C'est crucial de respecter ce régime, car les intestins de la personne peuvent se perforer si elle mange ce type des aliments. La personne ne doit boire que l'eau traitée.»* |
| Paludisme<br>*Malaria* | *Froid<br>*Moustiques | CdS uniquement (chloroquine) | Traitement traditionnel n'existe pas. |
| Diarrhée<br>*Dyare* | *Microbes<br>*Eau non-traitée<br>*Dentition<br>*Mauvaise gestion des biberons/ongles de l'enfant<br>*Lait « chaud »[211]<br>*Mauvais lait *move san*[212] | Traitement traditionnel ou CdS | Thé à la base des feuilles *goyave*, *colcol*[213], *clé bouda*[214] ou sérum oral fait maison (2 bouteilles d'eau + 1 cuillère de sucre + 3 graines de sel + quelques gouttes de jus de citron (optionnel).<br><br>Prévention « lait chaud »<br>*« Une femme qui vient de rentrer chez elle doit se reposer un peu avant de commencer à allaiter. Sinon, elle peut boire un verre d'eau, deposer des gouttes du lait au niveau de l'ombilic de l'enfant ou au niveau de son dos et puis lui donner le sein après. Si elle fait comme ça, l'enfant ne fera pas la diarrhée. »*<br><br>Prévention « *move san* » |

[210] Tubercules, tels que les pommes de terre, patates douces, ignames ou manioc, ou les bananes plantains.
[211] Augmentation de la température du lait maternel suite au diverses activités d'une mère et/ou son passage au soleil.
[212] Lait d'une mère en colère.
[213] Nom scientifique pas disponible. Liane similaire à une plante de pois de souche (haricot de lima) avec les graines très collantes.
[214] Nom scientifique pas disponible au moment de la rédaction de ce rapport.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | *« Si une femme allaitante se met en colère, pour éviter que son enfant n'ait de la diarrhée en buvant son lait, elle doit tirer une cuillère de son lait y ajouter un peu d'huile de cuisine, du sel et le boire après. »* |
| Choléra<br>*Kolera* | Microbes | CdS uniquement | Le sérum oral peut être administré avant la visite au CdS pour éviter que la personne soit déshydratée.<br><br>Pendant la période d'incidence du choléra à Bariadelle il y avait une sorte de poudre que les magiciens fabriquaient pour attaquer d'autres personnes. On l'appelait la poudre du choléra. Les symptômes étaient similaires au choléra mais ce n'était pas le choléra parce que parfois la personne est morte malgré les soins au CdS. |
| Indigestion<br>*Gonfleman*<br>*Deranjman* | *Enfant reçoit à manger tardivement | Traitement traditionnel | Thé à la base des feuilles de *goyave*, *fonbazen*[215], *asowosi*[216], *langlichat*, *kerat*[217].<br><br>*« On peut bouillir des feuilles qui s'appellent dekol et y ajouter un peu de bicarbonate et le servir à l'enfant. On peut aussi passer du gaz (kérosène) sur son ventre. »* |
| Parasitose intestinale<br>*Kriz vè* | *Enfant mange beaucoup de choses sucrées<br>*Mère ne prépare par un thé amer pour son enfant tous les matins | Traitement traditionnel ou automédication (albendazole) ou CdS | Thé à la base des feuilles *langlichat*, *asowosi*, *manman wann*[218], *fonbazen*, *zèbaklou*.<br><br>Thé à la base des feuilles de *simen kontra*[219] et l'ail donner à l'enfant pour qu'il le sente, on peut également le mettre dans un sac collette[220].<br><br>*« On peut prendre un fil sur lequel on accroche un citron, une dent d'ail, deux allumettes croisées, un petit morceau de bois d'avé*[221] *et 3 feuilles de vétiver*[222] *précédemment bouillie la tête en bas le tout accroché autour du cou de l'enfant. Ensuite on place cet enfant en dessous d'une table. Ce traitement a pour but de faire tourner les vers la tête en bas et de permettre à l'enfant de les éliminer. »* |

[215] *Ocimum gratissimum*.
[216] *Momordica charantia*.
[217] Famille *Amaranthaceæ*, possibly *Achyranthes aspera*.
[218] *Hyptis verticillata*.
[219] *Chenopodium ambrosioides*.
[220] Sac en toile de jute utilisé pour le stockage des graines de café ou cacao.
[221] *Petiveria alliacea*.
[222] *Vetiveria zizanioides*.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | *« On peut bouillir une feuille qui s'appelle pied de poule[223]. On chauffe cette feuille et on tamponne tout le corps de l'enfant avec, puis on lui fait manger le reste. »*<br><br>*« On peut faire bouillir dans récipient hermétiquement fermé des feuilles de mapou[224], de verveine[225], du simen kontra, ensuite on enlève le couvercle en arrivant en face de l'enfant après avoir placé le récipient sous ses narines. Il ne faut pas bouillir ces feuilles dans la même maison que l'enfant afin d'éviter qu'il ressente l'odeur et que les vers ne se cachent. »* |
| Distension abdominale | *Estomac trop rempli<br>**Volè lèt*[226] | Traitement traditionnel | *« S'il s'agit d'un enfant qui a l'estomac trop rempli, on prend du bois de palme mascreti et des feuilles gonmye[227], on les frotte ensemble, on prend une demi bouteille de sirop de canne à sucre, de l'huile de palme mascreti, on les fait bouillir et ensuite on y ajoute une cuillère de beurre de cuisine. On donne une tasse à l'enfant. Comme résultat, l'enfant aura soit la diarrhée ou des vomissements et l'estomac sera ainsi vide. »*<br><br>*« Si l'enfant est un voleur du lait, on prend des feuilles de tabac[228], on les fait bouillir avec du lait de bœuf d'une couleur unie. On peut aussi faire bouillir des feuilles de gonmbo[229], de l'huile de palme mascreti, une feuille de papier blanc à écrire, du bicarbonate, du muscade et du beurre, et on le donne à l'enfant. Le but de ce traitement est de permettre à l'enfant de déféquer le lait le plus rapidement possible afin qu'il ne soit pas malade.*<br><br>*Si la mère se rend compte rapidement que l'enfant a lui volé le lait, elle peut lui tourner tête en bas et lui donner 3 tapes sur le dos pour qu'il dégobille le lait. Autrement, le médecin feuille peut préparer une bouteille composée de plusieurs écorces et feuilles. »* |
| Fontanelle<br>*Tèt timoun nan ouvè* | - | - | D'après les participants aux groupes de discussion, les fontanelles se ferment toutes seules à 18 mois mais les mères de cette époque mettent des médicaments dessus pour les forcer à se fermer plus rapidement. A ce moment le cerveau de l'enfant est brûlé, il n'a plus |

[223] *Cynodon dactylon*, aussi connu sous le nom *"chiendent"*.
[224] *Ceiba pentandra*.
[225] *Stachytarpheta jamaicensis*.
[226] Enfant sevré qui "vole" le lait à sa maman pendant la nuit. D'après les croyances locales, un enfant qui vole le lait peut voir la diarrhée et même mourir.
[227] *Bursera simaruba*.
[228] *Nicotiana tabacum*.
[229] Aussi connu sous le nom "*kalalou*", *Hibiscus esculentus*.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | de mémoire. D'après eux, ceci explique pourquoi la nouvelle génération n'est pas obéissante et n'accorde aucun respect aux parents. |
| Perlèche<br>*Chanklèt*<br>*Bòkyè* | *Mauvais soins accordé à l'enfant (consommation de la terre, allergie au *malanga*[230], *mazonbel*, *tayo penkè*[231]) | Traitement traditionnel ou CdS | *« On prend un morceau de bois vert, on le brule dans du feu de bois, quand il écume on passe les mousses dans les commissures des lèvres de l'enfant. »*<br><br>Autrement, si la langue est affectée, on peut prendre un morceau de coton dans lequel on met du lait de *metsiyen* et on frotte la langue avec. S'il n'y a pas d'amélioration au cours de la journée, le traitement au CdS est recherché. |
| Parotidite<br>*Mal mouton* | - | Traitement traditionnel uniquement | Maladie que tout le monde doit avoir à un moment ou l'autre de sa vie. Suite au traitement traditionnel, l'inflammation se résorbe en quelques jours.<br><br>*« On prend quelques poils du mouton mâle, on les fixe sur les mâchoires à l'aide d'une toile ou on prend de la terre en dessous d'un canari, on la passe sur les mâchoires et puis on fixe la mâchoire à l'aide d'une toile. »* |
| Variole / Rougeole<br>*Saranpyon*<br>*Roujòl*<br>*Maladi gratèl* | *Microbes (vêtements sales, jouer dans la terre)<br>*Allergie<br>*Chaleur | Traitement traditionnel uniquement | La maladie est considerée très contagieuse. Le traitement est reservé au tradipraticien. Le bain avec des feuilles de corossol[232] ou clairin[233] plusieurs fois par jour. Ensuite on passe de l'amidon sur tout son corps et on souffle du clairin sur lui. |
| Anémie<br>*Anemi*<br>*Maladie ti poul*<br>*Maladi zong*<br>*Djòk chodyè* | *Malnutrition<br>*Manque de soins<br>*Mauvais sort | Traitement traditionnel | *« S'il s'agit d'une alimentation non équilibrée, on peut préparer des repas avec lyann panye[234], lyann koulèv[235] (panzou) et des feuilles de mazonbel. L'enfant doit aussi manger du bouillon pour reprendre la force. On peut également donner du vin. »*<br><br>*« S'il s'agit du djòk chodyè, on peut prendre une jeune poule, la décapiter et essuyer son sang sur le front de l'enfant en faisant une croix. Ensuite, on doit lancer la tete coupee de la poulette au dessus de la toiture de la maison et on passe sur l'enfant le composé d'une bouteille précédemment obtenue chez le tradipraticien. L'enfant doit etre frictionné avec ce composé pendant environ 7 jours durant lesquels il ne devra pas prendre de bain. »* |

[230] *Colocasia esculenta.*
[231] Tubercules comestibles.
[232] *Annona muricata.*
[233] Boisson alcoolisée à la base de jus de canne, distillé de même façon que le rhum.
[234] *Cydista æquinoctialis / Chamissoa altissima.*
[235] *Passiflora rubra / Mikania cordifolia.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Crise d'épilepsie / convulsions<br>*Malkadi*<br>*Maladi tonbe* | *Cause inconnue (depuis la naissance)<br>*Loas[236] | Traitement traditionnel ou CdS | Traitement dépend de la perception de la cause d'une maladie. Si la crise d'épilepsie est causée par les loas, seulement le traitement traditionnel est appliqué. Si la personne a été née avec, le recours au CdS est possible mais pas nécessairement habituel.<br><br>La différence entre les deux est déterminée par les symptômes : la personne qui a la crise d'une cause inconnue, elle écume et fait des gestes non coordonnés tandis que la personne qui a le loas sur elle peut parler et chanter, avec des mouvements parfois coordonnés. Autrefois, il était habituel de verser de l'eau sur la personne adulte en crise. S'il s'agissait d'un enfant, on mettait une cuillère entre les lèvres pour éviter qu'il ne se coupe les lèvres ou met l'enfant dans le sac colette. Généralement, on ne touche pas la personne en crise même si elle tombe dans le feu. Au contraire, si la personne tombe dans le feu et se relève toute seule, on dit qu'elle est guérie de la maladie. On évite de toucher la personne en crise pour éviter d'attraper la maladie. |
| Maladies surnaturelles<br>*Ekspedisyon*<br>*Endispozisyon*[237]<br>*Kout poud*<br>*Voye mò*<br>*Maladi limyè*<br>*biskèt tonbe* | *Cause surnaturelle | Traitement traditionnel uniquement | Traitement traditionnel selon les recettes secrètes.<br><br>*« Pour biskèt tonbe, on va chez le tradipraticien qui fait un massage à l'enfant avec du clairin, du savon de lessive et de l'huile de palme mascreti. »* |
| Handicap physique<br>*Paralize*<br>*Andikape*<br>*Enfim*<br>*Domaje*<br>*Kokobe* | *Cause inconnue (depuis la naissance)<br>*Fièvre typhoïde[238]<br>*Accident de la mère pendant la grossesse (faux pas, violence domestique)<br>*Superstition | Traitement traditionnel ou CdS | Le traitement traditionnel ainsi que le traitement biomédical a ses limites. La population pense que rien ne peut être fait si l'enfant est né handicapé. D'après les croyances locales, l'enfant peut être né handicapé si son père tue les animaux (serpents, crapauds) pendant la grossesse et/ou la femme enceinte regarde avec mépris un animal (chien, poule) qui traine par terre en pleurant de douleur après qu'il ait reçu un coup. |
| Maladies inflammatoires<br>*Enflamasyon*<br>*Doulè*<br>*Fredi*<br>*Foulay*<br>*Pye sòti nan bwat*<br>*Ponyèt sòti nan bwat* | *Froid<br>*Accident (faux pas/chute)<br>*Cause surnaturelle lorsque l'inflammation apparaît brusquement sans cause tangible | Traitement traditionnel | Si l'inflammation concerne les articulations, la population se rend chez le tradipraticien. On peut aussi utiliser l'huile de palme *mascreti*, clairin, savon de lessive pour le massage et ensuite on applique une préparation composée d'écorce de *kachiman*[239], d'avocat et des feuilles d'*asowosi*. |

[236] Esprits de la religion voudou.
[237] Perte de conscience.
[238] Une confusion potentielle avec polio.
[239] *Annona squamosa.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Filariose<br>*Filaryoz*<br>*Gwo pye* | *Cause naturelle ou surnaturelle | Traitement traditionnel ou CdS | Traitement au CdS au premier recours, suivi par le traitement au tradipraticien pour adresser les causes surnaturelles. |
| Fractures<br>*Ponyèt kase*<br>*Pye kase*<br>*Senti bloke* | *Accident (faux pas/chute) | Traitement traditionnel uniquement | Traitement traditionnel selon les recettes secrètes. |
| Conjonctivite<br>*Mal aux yeux*<br>*Azoumounou*<br>*Je drandran*<br>*Ti chen nan nich* | *Chaleur | Traitement traditionnel ou CdS | Lait de Colgate pour une fille ou lait maternel pour un nourrisson de sexe masculin.<br><br>*« Si une femme allaite un garçon, elle peut épurer son lait dans les yeux de n'importe quelle personne souffrant d'une conjonctivite. Pourtant, si une femme allaite une fille, sont lait ne peut pas être utilisé que pour le traitement des yeux des filles. »* |

## E. RECOMMANDATIONS COMMUNAUTAIRES

| Facteur de risque | Solutions | Priorisation |
|---|---|---|
| Faible accès aux centres de santé / Faible utilisation des centres de santé | A. Augmenter un nombre du personnel aux établissements de santé et renforcer leurs capacités techniques pour la prise en charge des maladies fréquentes ;<br>B. Améliorer la qualité de service offert, y compris l'aménagement de l'espace de travail et la mise en disposition du matériel/médicaments ;<br>C. Elargir l'offre de services aux établissements de santé, notamment la mise en disposition des laboratoires pour certains examens de base et des ambulances pour faciliter le transport des cas d'urgence ;<br>D. Renforcer les activités de sensibilisation communautaire, y compris la mise en place d'un système de pénalisation pour ceux qui choisissent de ne pas respecter les consignes communiquées. | A, B |
| Surcharge de travail des femmes / Stress maternel élevé | A. Electrifier les zones urbaines et rurales de l'arrondissement 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.)<br>B. Promouvoir l'utilisation des méthodes de la planification familiale et/ou des rapports sexuels protégés afin de réduire davantage un nombre d'enfants par ménage ;<br>C. Promouvoir une répartition plus équitable de responsabilités au sein de ménage entre les femmes et les hommes. | B, C |
| Faible soutien social des femmes | A. Faciliter l'accès des femmes au micro-crédit pour faciliter la mise en place des activités de petit commerce, surtout à travers les bureaux locaux des caisses de crédit[240], gérées par les femmes[241], à un taux d'intérêt de 2-3% et le délai de remboursement de 3 mois, tout en renforçant les capacités de femmes en gestion des ressources financières et/ou de leurs activités commerciales. | A |

[240] A niveau de chaque commune.
[241] Afin d'éviter le risque des rapports sexuels exiges par les hommes prêteurs.

| | | |
|---|---|---|
| Faibles capacités de résilience | A. Faciliter l'accès de ménages au micro-crédit pour faciliter la mise en place des activités agricoles, surtout à travers les bureaux locaux des caisses de credit[240], à un taux d'intérêt de 3-5% et le délai de remboursement de 12 mois, sans condition par rapport le choix des cultures agricoles à cultiver.<br>B. Renforcer les capacités de ménages en gestion des ressources financières et/ou de leurs activités agricoles/commerciales ;<br>C. Mettre en place et/ou faciliter l'accès à un magasin communautaire spécialisé en vente/achat des semences afin de réduire les pertes financières liées à l'achat des intrants et/ou leur transport depuis les grandes villes ; | A |
| Faibles pratiques d'assainissement | A. Renforcer les activités de sensibilisation communautaire dans le domaine d'assainissement communautaire en collaboration avec les leaders communautaires et les instances administratives en vue de favoriser une prise de conscience graduelle des populations des questions relatives à l'assainissement/l'environnement ;<br>B. Faciliter la mise en place des comités d'assainissement, composés des bénévoles communautaires, responsable de la gestion des questions relatives à l'assainissement, telles que la construction des latrines, gestion des déchets, nettoyage des cours d'eau, surveillance des plages publiques, etc., y compris la pénalisation des individus et/ou des ménages qui choisissent de ne pas respecter les consignes communiquées. | B |

## F. RECOMMANDATIONS ISSUES DE L'ATELIER TECHNIQUE FINAL

| Facteur de risque | Solutions (+Catégorisation des interventions[242]) | Priorisation |
|---|---|---|
| Faible accès aux centres de santé / Faible utilisation des centres de santé | E. Renforcer les capacités des centres de santé en ressources humaines qualifiées, suffisamment rémunérés, ainsi qu'en ressources matérielles, afin de les permettre de répondre aux exigences des soins à la population (I)<br>F. Augmenter un nombre des centres de santé (I)<br>G. Renforcer la sensibilisation du personnel de santé sur l'accueil des patients aux services de santé, y compris les aspects de la non-discrimination (y compris la discrimination socio-économique) (I)<br>H. Renforcer les services de nutrition (prévention, dépistage, prise en charge) dans les centres de santé, en augmentant, entre autres, un nombre des agents de santé communautaire polyvalents (I)<br>I. Renforcer le déploiement des cliniques mobiles (à court terme), notamment lors des pics des maladies infantiles dans les milieux éloignés des services de santé (I) | 10 votes |
| | J. 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) (I)<br>K. Promouvoir les activités de sensibilisation de la population sur une variété de thématiques dans le domaine de la santé et nutrition, en adaptant les messages de sensibilisation aux connaissances existantes de ces population (A)<br>L. Mettre en place une structure de banque de lait aux besoins des nouveau-nés (M) | 3 votes |

[242] M = interventions manquantes ; I = interventions insuffisantes ; A = interventions nécessitant des adaptations méthodologiques.

| | | |
|---|---|---|
| Surcharge de travail des femmes / Stress maternel élevé | D. Promouvoir la meilleure répartition des taches au sein de ménages, en encourageant l'implication des hommes dans les tâches ménagères et les soins d'enfants (A)<br>E. Création des jardins *lakou* (A)<br>F. Développer le petit élevage (passer cadeau) (I)<br>G. Améliorer l'accès aux marchés (I)<br>H. Revisiter l'intégration des thématiques de l'éducation civique dans les programmes scolaires (A) | 12 votes<br><br>8 votes |
| Faible soutien social des femmes | B. Faciliter l'accès des femmes au micro-crédit avec le délai de remboursement raisonnable, accompagné d'un développement des activités génératrices de revenu / AVEC (I).<br>C. Plaidoyer pour une allocation spécifique aux femmes chef de ménage/ménages monoparentales (logement, scolarité, santé, planification familiale) (M)<br>D. Plaidoyer pour une politique de logements sociaux (M)<br>E. Promouvoir l'application de la loi relative à la paternité responsable (2014) sous peine de sanction (A) | 12 votes<br><br>4 votes |
| Faibles capacités de résilience | D. Promotion de l'agriculture de santé publique (I)<br>E. Plaidoyer pour une politique de la protection de l'agriculture / contrôle d'importation<br>F. Renforcer les services vétérinaires et phytosanitaires (I)<br>G. Création d'unités de transformation des produits agricoles locaux / coopératives et promotion de la consommation de ses produits, en revalorisant la culture des produits indigènes (I)<br>H. Création de boutiques d'intrants : agriculture / pêche / élevage et/ou de banques de crédit agricole / mutuel de solidarité (MUSO) / groupes AVEC (M)<br>I. Encourages la plantation des cultures a cycle court (I) | 8 votes |
| Faibles pratiques d'assainissement | C. Construction et/ou réhabilitation des points d'eau a proximité de ménages afin de réduire le temps pour l'approvisionnement en eau (I)<br>D. Promouvoir la disponibilité et l'utilisation des produits de traitement d'eau à domicile (I)<br>E. Former les organisations locales à l'approche PHAST/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 (M)<br>F. Identifier et aménager des sites de décharge, accompagné d'une stratégie de ramassage et recyclage communautaire des déchets plastiques (A)<br>G. Promouvoir le nettoyage des côtes, accompagné de la sensibilisation sur la protection de l'environnement (M)<br>H. Identifier et développer des aires protégées afin de préserver les espèces endémiques (M)<br>I. Renforcer la mise en œuvre de la politique sur la protection de l'environnement sur l'aspect pollueur = payeur (A)<br>J. 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 (A) | 2 votes<br><br>3 votes |

## G. RECOMMANDATIONS ISSUES DE L'ATELIER NATIONAL

**Le tableau ci-dessous synthétise les recommandations communautaires et les recommandations des participants de l'atelier technique final. Les phrase en gras représentent les recommandations communes qui ont été mentionnées au niveau communautaire ainsi que discutées par les participants de l'atelier technique final. Les ajours et/ou précisions des participants de l'atelier national sont présentées en bleu. Dans l'ensemble ces**

**recommandations représentent une version finale des recommandations aux fins de cette étude, prenant en compte les avis des parties prenantes à plusieurs niveaux.**

| Facteur de risque | Solutions (+Catégorisation des interventions[243]) | Priorisation Restitutions communautaires | Priorisation Atelier technique final | Priorisation Atelier national |
|---|---|---|---|---|
| Faible accès aux centres de santé / Faible utilisation des centres de santé[244] | M. Renforcer les capacités des centres de santé en ressources humaines qualifiées, suffisamment rémunérés, ainsi qu'en ressources matérielles, afin de les permettre de répondre aux exigences des soins à la population (I)<br>N. Augmenter un nombre des centres de santé (I) dans les zones enclavées et les zones les plus denses<br>O. Renforcer la sensibilisation du personnel de santé sur l'accueil des patients aux services de santé, y compris les aspects de la non-discrimination (y compris la discrimination socio-économique) (I)<br>P. Renforcer les services de nutrition (prévention, dépistage, prise en charge) dans les centres de santé, en augmentant, entre autres, un nombre des agents de santé communautaire polyvalents (I)<br>Q. Renforcer le déploiement des cliniques mobiles (à court terme), notamment lors des pics des maladies infantiles dans les milieux éloignés des services de santé (I)<br>R. Promouvoir les activités de sensibilisation de la population sur une variété de thématiques dans le domaine de la santé et nutrition[245], en adaptant les messages de sensibilisation aux connaissances existantes de ces population (A), en s'appuyant, entre autres, sur les tradipraticiens et les matrones<br>S. Mettre en place une structure de banque de lait aux besoins des nouveau-nés (M)<br>T. Valoriser le savoir local en termes de pratiques de soins en lien avec la sous-nutrition (ex. la consommation de moringa) | A, B/D | A | D, F/H |
| Surcharge de travail des femmes / Stress maternel élevé[246] | I. Electrifier et/ou approvisionner les zones urbaines et rurales de l'arrondissement en panneaux solaires afin de faciliter l'utilisation des appareils électriques pour certaines tâches ménagères avec le potentiel de | B, C | B, C, D | B, C |

[243] M = interventions manquantes ; I = interventions insuffisantes ; A = interventions nécessitant des adaptations méthodologiques.

[244] Lors de l'atelier national, les experts techniques qui ont fait partie d'un groupe de travail sur le faible accès aux centres de santé ont évalué les recommandations A-H de la manière suivante : A : recommandation très couteuse qui ne répond pas au problème de l'accès physique mais elle répond aux critères de la durabilité de l'intervention; B : recommandation couteuse qui risque de ne pas être opérationnalisée dans le court terme ; C : recommandation facile à opérationnaliser ; D : recommandation de valeur et facile à opérationnaliser ; E : recommandation faisable mais seulement à court terme ; F/H : recommandation a cout bas avec l'impact potentiellement haut.

[245] Recommandation communautaire: "*y compris la mise en place d'un système de pénalisation pour ceux qui choisissent de ne pas respecter les consignes communiquées*. »

[246] Lors de l'atelier national, les experts techniques qui ont fait partie d'un groupe de travail sur la surcharge de travail ont évalué les recommandations A-G de la manière suivante : A : recommandation à prendre en compte par le gouvernement central; B/C/G : recommandations de haute importance.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 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.)<br>J. Promouvoir la meilleure répartition des taches au sein de ménages, en encourageant l'implication des hommes dans les tâches ménagères et les soins d'enfants (A), y compris leurs responsabilités de paternité[247]<br>K. 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) (I)<br>L. Création des jardins *lakou* (A)<br>M. Développer le petit élevage (passer cadeau) (I)<br>N. Améliorer l'accès aux marchés (I)<br>O. Revisiter l'intégration des thématiques de l'éducation civique dans les programmes scolaires (A) | | | |
| Faible soutien social des femmes | F. Faciliter l'accès des femmes au micro-crédit avec le délai de remboursement raisonnable, accompagné d'un développement des activités génératrices de revenu / groupes AVEC (I).<br>G. Plaidoyer pour une allocation spécifique aux femmes chef de ménage/ménages monoparentales (logement, scolarité, santé, planification familiale) (M)<br>H. Plaidoyer pour une politique de logements sociaux (M)<br>I. Promouvoir l'application de la loi relative à la paternité responsable (2014) sous peine de sanction (A)<br>J. Créer des groupes de soutien permettant aux femmes de discuter leurs problèmes et trouver des solutions appropriées | A | A, B | A |
| Faibles capacités de résilience | J. Promotion de l'agriculture de santé publique (I)<br>K. Plaidoyer pour une politique de la protection de l'agriculture / contrôle d'importation<br>L. Renforcer les services vétérinaires et phytosanitaires (I)<br>M. Création d'unités de transformation des produits agricoles locaux / coopératives et promotion de la consommation de ses produits, en revalorisant la culture des produits indigènes (I)<br>N. Création de boutiques d'intrants : agriculture / pêche / élevage et/ou de banques de crédit agricole / mutuel de solidarité (MUSO) / groupes AVEC (M)[248] | E | D | B, A, E |

[247] En lien avec le « Faible soutien social des femmes ».
[248] Recommandation communautaire: "*En renforçant les capacités de ménages en gestion des ressources financières et/ou de leurs activités agricoles/commerciales*. »

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | O. ~~Encourages la plantation des cultures a cycle court~~ (I) Encourage la diversification des types de culture (cycle court/cycle long/rotation des cultures afin de prévenir l'appauvrissement de sol à long terme) | | | |
| Faibles pratiques d'assainissement[249] | K. Construction et/ou réhabilitation des points d'eau a proximité de ménages afin de réduire le temps pour l'approvisionnement en eau (I)<br>L. Promouvoir la disponibilité et l'utilisation des produits de traitement d'eau à domicile (I)<br>M. Former les organisations locales à l'approche PHAST/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 (M)<br>N. Identifier et aménager des sites de décharge, accompagné d'une stratégie de ramassage et recyclage communautaire des déchets plastiques (A)<br>O. Promouvoir le nettoyage des côtes, accompagné de la sensibilisation sur la protection de l'environnement (M)<br>P. Identifier et développer des aires protégées afin de préserver les espèces endémiques (M)<br>Q. Renforcer la mise en œuvre de la politique sur la protection de l'environnement sur l'aspect pollueur = payeur (A)<br>R. 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 (A) | C, E, G | A, D | C, E, G |

[249] Lors de l'atelier national, les experts techniques qui ont fait partie d'un groupe de travail sur les faibles pratiques d'assainissement ont évalué les recommandations A-H de la manière suivante : A : recommandation à prendre en compte tout en considérant la faisabilité et les ressources disponibles au niveau communautaire; B : recommandations à prendre en compte tout en considérant les pratiques traditionnelles de traitement d'eau ; C : recommandation de haute importance ; D : recommandation à prendre en compte au niveau de la commune ; E/F/G : recommandation à prendre en compte, en soutenant le programme d'assainissement de la protection civile au niveau de la commune.