

RAPPORT FINAL

link nca

NUTRITION CAUSAL ANALYSIS

Zones de santé de Kamonia, Kamwasha, Kanzala, Mutena et
Tshikapa, Territoire de Kamonia,
Province du Kasai, République démocratique du Congo

Décembre 2023 - Mai 2024



REMERCIEMENTS

L'analyse causale de la sous-nutrition (Link NCA) dans le Territoire de Kamonia, Province du Kasai, République démocratique du Congo (RDC) a été rendue possible grâce au financement du Bureau of Humanitarian Assistance (BHA) de l'USAID.

L'étude a été menée par *Lenka Blanárová*, Senior Nutrition Assessment Coordinator, Référente Technique Link NCA, Action Contre la Faim Royaume Uni, sous la supervision des points focaux de cette étude: *Joseph Djagoundo Guitanga*, Responsable de Département Santé Nutrition, Action Contre la Faim, RDC et *Sophie Bruneau*, Référente Technique Opérationnelle Santé Nutrition, Action Contre la Faim, France, avec des contributions importantes de *Patrizia Pajak*, Analyste de données quantitatives, et *Uwimana Sebinwa*, Référente technique Enquêtes nutritionnelles, Action Contre la Faim Royaume Uni.

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

Au Programme National de Nutrition, Ministère de Santé Publique de la République démocratique du Congo, et notamment à *Dr BINDAMBA SENGE Bruno*, Directeur du PRONANUT, *Mr Damien NAHIMANA*, Chef de Division Surveillance et Recherche au PRONANUT ainsi que *Dr John KABONGO NTAMBWE*, Epidémiologiste Nutritionnel au PRONANUT. Aux autorités administratives et sanitaires dans les zones de santé échantillonnées pour l'assurance de sécurité à l'équipe Link NCA; à tous les chefs de villages et aux notables de la zone d'étude pour leur accueil chaleureux et orientations précieuses, et à tous les résidents des localités échantillonnées et/ou croisés au hasard pour leur hospitalité et leur franche collaboration.

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

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

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

ABBREVIATIONS

ACF	Action Contre la Faim
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi (PlumpyNut®)
BHA	Bureau of Humanitarian Assistance (Bureau pour l'assistance humanitaire)
CS	Centre de Santé
CPN	Consultation Périnatale
DPT3	3 ^{ème} vaccination contre la Diphtérie, Coqueluche et Tétanos
EAH	Eau, Assainissement et Hygiène
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EFSA	Evaluation Approfondie de la Sécurité Alimentaire
ENA	Emergency Nutrition Assessment (Enquête Nutritionnelle d'Urgence)
ESD	Entretien Semi-Directif
FAO	Food and Agriculture Organization (Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture)
FC	Franc congolais
FCS	Food Consumption Score (Score de Consommation Alimentaire)
FEFA	Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes
FGD	Discussion de Groupe
FOSA	Formation Sanitaire
HHS	Household Hunger Scale (Indice de la Faim des Ménages)
IC	Intervalle de Confiance
IDDS	Individual Dietary Diversity Score (Score de la Diversité Alimentaire d'un Individu)
IP	Insuffisance Pondérale
IPC	Integrated Phase Classification (Cadre intégré de classification de la Sécurité Alimentaire)
IRA	Infections Respiratoires Aigues
LCD	Litres per capita par jour
Link NCA	Analyse Causale de la Sous-Nutrition
MA	Malnutrition Aigüe
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAHFP	Months of Adequate Household Food Provisioning (Mois d'Approvisionnement Alimentaire Adéquat pour les Ménages)
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MDD	Minimum Dietary Diversity (Diversité Alimentaire Minimale)
MDD-W	Minimum Dietary Diversity-Women (Diversité Alimentaire Minimale-Femmes)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PB	Périmètre Brachial
PCMA	Prise en Charge de Malnutrition Aigue
PPS	Probability Proportionate to Size (Probabilité proportionnelle à la taille)
PRONANUT	Programme National de Nutrition
P/T	Indice Poids/Taille
RC	Retard de Croissance
rCSI	Reduced Coping Strategy Index (Indice des Stratégies d'Adaptation réduit)
RDC	République démocratique du Congo
SAME	Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence
SDAM	Score de la Diversité Alimentaire des Ménages (Household Dietary Diversity Score)
SMART	Standardized Monitoring for Assessment in Relief & Transitions
SMPS	Santé Mentale et Pratiques de Soins
T/A	Indice Taille/Age
UNICEF	United Nations' Children's Fund (Fond des Nations Unies pour l'Enfance)
UNS	Unité Nutritionnelle Supplémentaire
UNTA	Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire
UNTI	Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive
USAID	The United States Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le développement international)

FIGURES

Figure 1	Perceptions communautaires de schémas causaux de la sous-nutrition, Territoire de Kamonia
Figure 2	Schéma causal de la malnutrition aigüe, Territoire de Kamonia
Figure 3	Schéma causal du retard de croissance, Territoire de Kamonia
Figure 4	Schéma causal de l'insuffisance pondérale, Territoire de Kamonia
Figure 5	Synthèse de données disponibles pour trois types de la sous-nutrition, Territoire de Kamonia

TABLEAUX

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

TABLE DES MATIERES

SYNTHESE EXECUTIVE.....	6
I. INTRODUCTION.....	9
II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	11
III. METHODOLOGIE.....	12
IV. RÉSULTATS.....	19
SOUS-NUTRITION.....	19
SANTÉ ET NUTRITION.....	26
SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS.....	44
SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS D'EXISTENCE.....	54
EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE.....	76
GENRE.....	82
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	92
Annexes.....	99

SYNTHÈSE EXECUTIVE

La province du Kasai est une des provinces de la République démocratique du Congo, créé en 2015 à la suite de l'éclatement de la province du Kasai-Occidental. Elle se situe au centre-ouest du pays au bord de la rivière Kasai, et couvre une surface de 95,631 km² pour une population estimée à 3.2 millions d'habitants en 2019. La province est limitrophe de 6 provinces congolaises et d'une province angolaise au sud. Dans la province du Kasai cohabitent plusieurs ethnies dont principalement les Luba, les Ketes, et les Pendes.¹ Les principales sources de revenus dans la province du Kasai sont l'agriculture, l'élevage, et l'exploitation minière.²

La province du Kasai fait face à des crises multiformes liées à d'importants chocs successifs. La crise engendrée en août 2016 par l'insurrection de la milice Kamuina Nsapu dans l'espace Kasai a occasionné le déplacement interne d'une population estimée à 1,4 millions de personnes. A la faveur de l'accalmie, la majorité d'entre elles sont retournées dans leurs milieux respectifs. A ce retour de déplacés internes, s'est ajoutée depuis octobre 2018, celui de plus de 400 000 ressortissants congolais expulsés de l'Angola dont plus de 300 000 d'entre eux ont été accueillis dans la province du Kasai, avec une forte concentration dans le territoire de Kamonia et la ville de Tshikapa.³

L'analyse IPC la plus récente montre que la province du Kasai est en situation de crise, avec plus de 1,1 million personnes en situation d'insécurité alimentaire, dont 534,247 se trouvent dans le territoire de Kamonia.⁴ En novembre 2022, 2,5 millions de personnes au Kasai utilisaient des stratégies d'adaptation basées sur l'alimentation en cas de crise ou au-dessus du niveau de crise et 2,7 millions ont signalé des difficultés à accéder aux marchés.⁵

Le projet *Tudienzele* financé par le Bureau of Humanitarian Assistance (BHA) de l'USAID est un projet multisectoriel et pluriannuel qui a pour objectif d'améliorer durablement la sécurité alimentaire, nutritionnelle et économique des ménages vulnérables de la province du Kasai. Le projet sera mis en œuvre d'Octobre 2023 à Septembre 2028 dans 5 des 8 zones de santé du Territoire de Kamonia (Kamonia, Kamwasha, Mutena, Tshikapa, and Kanzala) à travers un consortium mené par Adventist Development and Relief Agency (ADRA) et regroupant 4 organisations internationales (ADRA, Action Contre la Faim, Adam Smith International, Johns Hopkins University Center for Communications Programs), et une organisation locale (Femmes Main Dans La Main Pour Le Développement Intégral). Les activités s'articuleront autour de deux domaines de changements interdépendants : 1) le renforcement des moyens de subsistance et l'augmentation des revenus des ménages vulnérables, en particulier les femmes, les jeunes et les personnes handicapées ; et 2) l'amélioration de l'utilisation d'aliments de qualité parmi les personnes vulnérables, en particulier les femmes, les jeunes et les personnes handicapées.

Afin de renforcer l'impact et la durabilité des actions, le projet intègre par ailleurs une approche de communication pour le changement social et comportemental qui fera l'objet d'une recherche formative en début de projet. En complément de celle-ci, une analyse causale de la malnutrition permettra de comprendre les moteurs de la sous-nutrition spécifiques au contexte du territoire de Kamonia et d'ainsi mieux agir sur eux avec la communauté.

¹ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamwasha, Province Du Kasai'.

² Yehouenou, L and Kakpo, A., 'Desk Review and Market Study in Kasai and Kasai Central Provinces of the Democratic Republic of the Congo (DRC)'.

³ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Sécurité Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Région Du Kasai(EFSA_COVID 19)'.

⁴ 'République Démocratique Du Congo, Analyse IPC de l'Insécurité Alimentaire, Juillet 2023-Juin 2024'.

⁵ WFP, 'HungerMap: Democratic Republic of the Congo Insight and Key Trends'.

Résultats clés

Les analyses entreprises au cours de cette étude Link NCA ont permis de catégoriser 20 facteurs de risque, susceptibles d'avoir l'effet sur la prévalence de la sous-nutrition (malnutrition aigüe et retard de croissance) dans la zone d'étude. Suite à une triangulation de données provenant de sources diverses, cinq (5) facteurs de risque ont été identifiés comme ayant un impact majeur, onze (11) facteurs de risque ont été classés comme ayant un impact important et quatre (4) facteurs de risque ont été considérés comme ayant un impact mineur. Parmi les facteurs de risque majeurs, deux ont été identifiés dans le secteur de la santé, à savoir le faible espacement de naissance, les grossesses précoces, répétitives ou non-désirées et le faible état nutritionnel des femmes, un facteur de risque a été identifié dans le secteur de la santé mentale et pratiques de soins, à savoir les pratiques d'allaitement des enfants 0-6 mois non-optimales, et deux facteurs de risque ont été identifiés dans le secteur de la sécurité alimentaire et les moyens d'existence, à savoir le faible accès aux sources de revenu et les faibles capacités de résilience.

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

En parallèle, le faible accès aux revenus peut déclencher le recours aux stratégies d'adaptation négatives si le ménage épuise d'autres options disponibles au cours des années. Entre autres, les hommes accélèrent l'élargissement de leurs ménages en augmentant un nombre d'épouses et d'enfants, sans toutefois être en mesure de s'occuper d'eux correctement, dans l'espoir que ces derniers puissent contribuer à la génération de revenu nécessaire pour la survie de ménage et leur prise en charge en vieillesse. Ceci se traduit en absence de la planification familiale et le faible espacement de naissances que les femmes ne peuvent pas suffisamment contrôler dû au faible pouvoir de décision.

Il va sans dire que les grossesses et naissances répétitives affaiblissent l'état nutritionnel des femmes qui peuvent procéder au sevrage brusque et précoce des enfants allaités si elles tombent enceintes à nouveau. D'ailleurs, les pratiques d'allaitement maternel non-optimales sont influencées par la surcharge de travail des femmes, dû au faible support accordé aux femmes, qui s'éloignent de leurs foyers dans l'obligation de générer les revenus. Ainsi, les nouveau-nés commencent à consommer de l'eau, souvent non-traitée, depuis les premiers jours après la naissance pour les habituer à la boisson d'autres liquides quand leurs mères s'absentent. Les enfants de bas âge sont donc gardés par d'autres enfants du ménage qui n'ont pas la maturité d'assurer des soins appropriés à l'enfant.

Le faible accès aux revenus débouche aussi sur le faible accès aux services de santé, potentiellement retardant le recours aux soins appropriés en cas de maladies. Celles-ci peuvent être provoquées par l'environnement insalubre, dû aux pratiques d'assainissement et d'hygiène d'environnement non-optimales, qui compromettent la qualité de l'eau potable dans leur milieu et ainsi augmentent un risque des maladies hydriques infantiles.

Cette perception semble s'aligner avec une typologie d'enfant malnutri issue de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis de leurs frères ou sœurs non-malnutris qui a relevé l'effet cumulatif du faible support des femmes et de leur surcharge de travail pendant des périodes prolongées sur leur état nutritionnel et bien-être mental, diminuant progressivement avec chaque nouvelle naissance. Par conséquent, les enfants cadets, de moins de 24 mois,

surtout les garçons, ne bénéficient pas des soins optimaux, exposés aux risques plus élevés des infections et, par conséquent, la malnutrition.

Les associations statistiques par le biais des régressions logistiques et linéaires de données disponibles (EDS 2014 et MICS 2018) ont corroboré les données qualitatives, démontrant l'effet du *faible accès aux revenus* et du *faible espacement de naissances* sur les *pratiques d'allaitement maternel non-optimales*, potentiellement aggravées par le *faible bien-être du donneur de soins* sur l'émaciation et le retard de croissance.

Le score croissant de richesse rural diminuait le risque de l'émaciation ainsi que le retard de croissance. L'âge de l'enfant a naturellement démontré une association inverse pour l'émaciation et le retard de croissance, l'âge croissant étant un facteur de risque pour le dernier mais facteur de protection pour le premier.

Le risque d'émaciation augmentait parmi les enfants nés plus petits que la moyenne, les enfants vivant dans les ménages plus nombreux ainsi que dans les ménages avec un nombre plus élevé des enfants de moins de 5 ans. Les enfants de mères enceintes et/ou de pères plus âgés étaient aussi plus susceptibles d'être émaciés. Le risque d'émaciation était plus élevé parmi les enfants vivants dans les ménages où il a été estimé que la violence est justifiée si la femme sort sans autorisation du mari, si la femme ne prend pas soin des enfants et si la femme refuse des rapports sexuels. Les enfants de moins de 6 mois qui ont bu le bouillon dans les 24 heures précédant l'enquête avaient également un risque plus élevé d'émaciation. Le risque de l'émaciation diminuait avec une valeur croissante de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) de la mère, un nombre croissant de visites prénatales et le niveau d'éducation plus élevé du père de l'enfant.

D'un autre côté, le risque de retard de croissance diminuait avec le niveau croissant d'hémoglobine chez l'enfant, le score croissant du bien-être de la mère et le niveau plus élevé d'éducation de la mère. Les enfants vivants dans les ménages avec l'homme en tant que chef de ménage, les enfants de mères qui ont déclaré d'avoir utilisé les moyens contraceptifs, les enfants qui ont été mis au sein après l'accouchement et les enfants vivants dans les ménages où le lavage de mains a été pratiqué avaient un risque moins élevé de retard de croissance.

Recommandations

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

Faible espacement de naissance, les grossesses précoces, répétitives ou non-désirées

- En impliquant les hommes et les leaders communautaires, renforcer les stratégies de changement social et comportemental centrées sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (par exemple à travers l'approche des couples modèles) afin de faciliter l'accès des femmes et des jeunes filles aux méthodes de contraception pour favoriser l'espacement des naissances, aux consultations pré et postnatales et à l'accouchement dans les structures de santé ;
- Augmenter la disponibilité des moyens contraceptifs dans les structures sanitaires ainsi que les capacités du personnel de santé d'accompagner les femmes et les hommes dans le choix approprié des moyens contraceptifs pour leur couple ;

Faible état nutritionnel des femmes

- Renforcer les stratégies de changement social et comportemental centrées sur la nutrition afin de permettre aux femmes de valoriser les aliments accessibles à eux au cours de l'année pour la meilleure santé nutritionnelle de leurs ménages ;

- Accompagner les femmes et/ou les associations des femmes dans la mise en place des jardins de case et/ou communautaires afin de favoriser la diversification des aliments consommés par les femmes et leurs enfants, surtout pendant la période de grossesse et d'allaitement;

Pratiques d'allaitement des enfants 0-6 mois non-optimales

- Renforcer l'identification des enfants de moins de 6 mois à risque en multipliant les points de contact et en adaptant le parcours de soins pour cette cible afin de pouvoir mettre en place un support et accompagnement adapté pour favoriser un développement optimal pour ces enfants ;
- Renforcer la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) en redynamisant des groupes de soutien ANJE et/ou des groupes de mamans modèles en adressant les barrières à l'appropriation des pratiques optimales, surtout la surcharge de travail des femmes et un faible support des femmes pendant les premiers six mois de vie de l'enfant;

Faible accès aux sources de revenu

- Accompagner les communautés dans la diversification des sources de revenu, notamment en ce qui concerne les activités génératrices de revenu « rapides » qui peuvent permettre aux hommes d'approvisionner leurs ménages à base journalière, en offrant en parallèle des possibilités de formation professionnelle (par exemple menuiserie, cordonnerie) et/ou accompagnement technique aux associations sur la voie d'augmenter leurs capacités de générer les revenus au cours de l'année et de développer des sources de revenu complémentaires pendant les périodes de soudure. Ceci peut inclure la mise en place et/ou renforcement des capacités des associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC) pour permettre aux membres de la communauté d'accéder à des petits prêts et/ou micro-crédits pour démarrer ou développer les AGR;
- Identifier les opportunités de sources de revenus pour les femmes afin de revitaliser certains secteurs et activités (par exemple couture, coiffure, transformation des aliments), tout en minimisant des risques potentiels sur leur charge de travail et leur disponibilité pour les soins d'enfants ;

Faibles capacités de résilience

- Faciliter le dialogue communautaire sur les risques des mariages et/ou des grossesses précoces, en abordant surtout des risques au niveau de ménage qui déclenchent le cycle vicieux ;
- Promouvoir l'encadrement des couples sur les compétences de vie et les responsabilités dans le ménage afin de permettre à tous les membres de s'épanouir et prospérer;

Autres recommandations

- Doter les services de maternités en matériels médico-technique nécessaires pour la réalisation des accouchements de qualité et à moindre risque ;
- Renforcer l'accès à des structures d'eau, d'assainissement et d'hygiène au niveau domiciliaire et communautaire ;

I. INTRODUCTION

Avec une superficie de 2,4 millions de km², une superficie équivalente à celle de l'Europe de l'Ouest, et une population de près de 92,378 millions d'habitants en 2021, la République démocratique du Congo (RDC) est le plus grand pays d'Afrique subsaharienne. La RDC est dotée de ressources naturelles exceptionnelles. Outre sa richesse en minerais (cobalt et cuivre notamment), le pays dispose d'un grand potentiel hydroélectrique, de vastes terres arables, d'une formidable biodiversité et abrite la deuxième plus grande forêt tropicale au monde.

La RDC se classe au 179^e sur 191 pays selon l'indice de développement humain (IDH) des Nations Unies de 2022⁶. L'indice de capital humain de la RDC s'établit à 0,37, en dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne qui se situe à 0,40. Cela signifie qu'un enfant né en RDC aujourd'hui ne réalisera à l'âge adulte que 37 % du potentiel productif qu'il aurait pu atteindre s'il avait bénéficié d'une scolarisation complète et de conditions de santé optimales durant ses premières années de vie.

A la suite de l'éclatement de la province du Kasai-Occidental, le Kasai est depuis 2015 une des provinces de la République démocratique du Congo. Il se situe au centre-ouest du pays au bord de la rivière Kasai, et couvre une surface de 95,631 km² pour une population estimée à 3.2 millions d'habitants en 2019. La province est limitrophe de 6 provinces congolaises et d'une province angolaise au sud. Dans la province du Kasai cohabitent plusieurs ethnies dont principalement les Luba, les Ketes, et les Pendes.⁷ Les principales sources de revenus dans la province du Kasai sont l'agriculture, l'élevage, et l'exploitation minière.⁸

La province du Kasai fait face à des crises multiformes liées à d'importants chocs successifs. La crise engendrée en août 2016 par l'insurrection de la milice Kamuina Nsapu dans l'espace Kasai a occasionné le déplacement interne d'une population estimée à 1,4 millions de personnes. A la faveur de l'accalmie, la majorité d'entre elles sont retourné dans leurs milieux respectifs. A ce retour de déplacés internes, s'est ajoutée depuis octobre 2018, celui de plus de 400 000 ressortissants congolais expulsés de l'Angola dont plus de 300 000 d'entre eux ont été accueillis dans la province du Kasai, avec une forte concentration dans le territoire de Kamonia et la ville de Tshikapa.⁹

L'analyse IPC la plus récente montre que la province du Kasai est en situation de crise, avec plus de 1,1 million personnes en situation d'insécurité alimentaire, dont 534,247 se trouvent dans le territoire de Kamonia.¹⁰ En novembre 2022, 2,5 millions de personnes au Kasai utilisaient des stratégies d'adaptation basées sur l'alimentation en cas de crise ou au-dessus du niveau de crise et 2,7 millions ont signalé des difficultés à accéder aux marchés.¹¹

Le projet *Tudienzele* financé par le Bureau of Humanitarian Assistance (BHA) de l'USAID est un projet multisectoriel et pluriannuel qui a pour objectif d'améliorer durablement la sécurité alimentaire, nutritionnelle et économique des ménages vulnérables de la province du Kasai. Le projet sera mis en œuvre d'Octobre 2023 à Septembre 2028 dans 5 des 8 zones de santé du Territoire de Kamonia (Kamonia, Kamwasha, Mutena, Tshikapa, and Kanzala) à travers un consortium mené par Adventist Development and Relief Agency (ADRA) et regroupant 4 organisations internationales (ADRA, Action Contre la Faim, Adam Smith International, Johns

⁶ Kasa, L., 'Poverty and Malnutrition in the Democratic Republic of the Congo (DRC): Secondary Data Analysis (SDA) Findings from the Provinces of Tanganyika, Kasai, and Kasai Central.'

⁷ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamwasha, Province Du Kasai'.

⁸ Yehouenou, L and Kakpo, A., 'Desk Review and Market Study in Kasai and Kasai Central Provinces of the Democratic Republic of the Congo (DRC)'.

⁹ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Sécurité Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Région Du Kasai(EFSA_COVID 19)'.

¹⁰ 'République Démocratique Du Congo, Analyse IPC de l'Insécurité Alimentaire, Juillet 2023-Juin 2024'.

¹¹ WFP, 'HungerMap: Democratic Republic of the Congo Insight and Key Trends'.

Hopkins University Center for Communications Programs), et une organisation locale (Femmes Main Dans La Main Pour Le Développement Integral). Les activités s'articuleront autour de deux domaines de changements interdépendants : 1) le renforcement des moyens de subsistance et l'augmentation des revenus des ménages vulnérables, en particulier les femmes, les jeunes et les personnes handicapées ; et 2) l'amélioration de l'utilisation d'aliments de qualité parmi les personnes vulnérables, en particulier les femmes, les jeunes et les personnes handicapées.

Les interventions sont conçues pour renforcer la résilience des communautés et des ménages, et pour développer la capacité des communautés à planifier et à atténuer l'impact des chocs. Le renforcement de la capacité des principaux groupes communautaires (par exemple, les Cellules d'Animation Communautaire) à planifier et à mettre en œuvre des activités d'atténuation, l'encouragement du leadership communautaire et une composition plus inclusive contribueront à accroître la résilience de la communauté et sa capacité à maintenir les améliorations.

Afin de renforcer l'impact et la durabilité des actions, le projet intègre par ailleurs une approche de communication pour le changement social et comportemental qui fera l'objet d'une recherche formative en début de projet. En complément de celle-ci, une analyse causale de la malnutrition permettra de comprendre les moteurs de la sous-nutrition spécifiques au contexte du territoire de Kamonia et d'ainsi mieux agir sur eux avec la communauté.

II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

OBJECTIF GLOBAL

Comprendre les mécanismes de la sous-nutrition au niveau local en vue de contribuer à l'amélioration de la pertinence et l'efficacité des stratégies de lutte contre la sous-nutrition et plus largement des programmes de sécurité nutritionnelle dans la zone d'intervention du projet *Tudienzele* dans la province du Kasai en République Démocratique du Congo.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

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

III. METHODOLOGIE

TYPE DE METHODOLOGIE

Une analyse causale de la sous-nutrition (Link NCA) étudie les multiples facteurs responsables de la sous-nutrition. Elle représente un point de départ pour améliorer l'efficacité et la pertinence des programmes de sécurité nutritionnelle dans un contexte donné¹². 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.

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

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

ETAPES CLES

A. Phase préparatoire (Décembre 2023 – Janvier 2024)

La phase préparatoire de l'étude a permis de déterminer les paramètres clés tels que les objectifs spécifiques, la couverture géographique et la faisabilité de l'étude Link NCA. Cette phase a compris également les étapes de préparation et de planning nécessaires à tout type d'étude, c'est-à-dire le développement des Termes de Référence, l'identification et la sécurisation des ressources, ainsi que l'autorisation du Programme National de Nutrition (PRONANUT).

Ensuite, l'Analyste Link NCA a réalisé une revue systématique de la littérature (en utilisant le module Link NCA « *Mécanismes de la sous-nutrition* » et la littérature grise disponible localement) et de données secondaires. La revue de données secondaires a compris plus de 67 documents de multiples domaines (Santé et Nutrition, Santé Mentale et Pratiques de Soins, Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence, Eau, Assainissement et Hygiène, Genre). La revue de données secondaires a été enrichie par les analyses de données disponibles, notamment les données de l'enquête EDS 2014 et MICS 2018.

La synthèse de la revue de données secondaires, y compris les analyses de données secondaires, a été présentée aux parties prenantes et experts techniques lors d'un atelier technique initial qui a eu lieu le 15 Février 2024 à Tshikapa. Les participants de l'atelier ont été sollicités d'apporter leurs contributions par facteur de risque et ensuite de catégoriser les facteurs de risque selon leur appréciation de l'effet de chaque facteur sur la prévalence de la sous-nutrition dans le Territoire de Kamonia.

¹² Pour plus d'informations sur la méthodologie, veuillez consulter www.linknca.org.

B. Analyse de données quantitatives secondaires (Janvier – Février 2024)

De manière générale, l'analyse des données quantitatives secondaires dans le cadre de l'étude Link NCA se focalise sur l'établissement des associations statistiques par le biais des régressions logistiques et linéaires entre l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et différents facteurs de risque évalués à travers des indicateurs individuels et les indicateurs de ménage. Ce type d'analyse permet aussi de différencier entre les facteurs de risque associés à la malnutrition aigüe, le retard de croissance et l'insuffisance pondérale, tout en identifiant des similarités entre ces différentes formes de la sous-nutrition. Dans le cadre de cette étude, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2014 et l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) de 2017-2018 ont été utilisées pour l'analyse de données quantitatives secondaires. Les bases de données respectives ont été requises et obtenues de la part des archives du Programme des Enquêtes Démographiques et de Santé¹³, et des archives MICS de l'UNICEF¹⁴, respectivement.

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

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

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

EDS 2014 : Nombre d'observations pour la Province du Kasai ¹⁵				
Indice	No. enfants avec le déficit nutritionnel	No. enfants sans déficit nutritionnel	Total	Données aberrantes (+/-5 SD)
Poids/Taille	20	313	333	0
Taille/Age	149	184	333	9
Poids/Age	100	233	333	1
Poids/Taille + Taille/Age	7	326	333	0
Hémoglobine	233	96	329	2

Tableau 1 : Résumé des observations disponibles pour la Province du Kasai, République démocratique du Congo, EDS 2014

¹³ <https://dhsprogram.com/Data/>

¹⁴ <https://mics.unicef.org/surveys>

¹⁵ Il est important à noter que les données analysées couvrent l'entièreté de la Province du Kasai avant le découpage administratif de 2015. Ainsi, les données ne s'appliquent pas uniquement à la Province du Kasai actuelle mais aussi à d'autres provinces qui ont fait partie de la Province du Kasai avant cette date, c'est à dire la Province du Kasai Central, Kasai Oriental, Lomami et Sankuru.

MICS 2017-2018 : Nombre d'observations pour la Province du Kasai				
Indice	No. enfants avec le déficit nutritionnel	No. enfants sans déficit nutritionnel	Total	Données aberrantes (+/-5 SD)
Poids/Taille	51	765	816	8
Taille/Age	409	369	778	49
Poids/Age	250	564	814	11

Tableau 2 : Résumé des observations disponibles pour la Province du Kasai, République démocratique du Congo, MICS 2017-2018

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

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

C. Collecte de données qualitatives primaires (Mars – Avril 2024)

La collecte de données qualitatives a duré trois semaines, de 16 Février au 7 Mars 2024. Elle a consisté en une étude approfondie de tous les facteurs de risque identifiés et validés à l'étape précédente par le biais d'entrevues semi-directives et de discussions de groupe, constituant deux méthodes principales de collecte de données.

Cadre d'échantillonnage

L'objectif du cadre d'échantillonnage de l'étude qualitative Link NCA n'est pas d'être statistiquement représentatif de la population cible, mais plutôt d'être qualitativement représentatif des différents segments de la population vivant dans la zone d'étude. Afin que les données qualitatives collectées représentent les réalités de la majorité des ménages, un échantillonnage raisonné a été utilisé pour sélectionner des zones de santé, des aires de santé et des villages. Une attention particulière a été accordée au contexte (urbain vs. rural), moyens d'existence et au mouvement des populations, tenant compte de la représentativité ethnique sur l'ensemble du territoire.

Les lignes directrices de la méthodologie Link NCA préconisent la sélection de quatre localités, généralement jugées suffisantes d'achever la saturation des données par suffisance théorique. Dans le cadre de cette étude, pour des raisons financières, seulement trois localités ont été sélectionnées pour la collecte de données. Cette limitation n'a pas eu l'effet sur la saturation de données pour le développement des schémas causaux applicables pour la zone d'étude. Les zones de santé, les aires de santé et les villages sélectionnés pour la collecte de données qualitatives, y compris la raison de leur sélection, se trouve en Tableau 3 ci-dessous.

ZS	Composition ethnique	Sources de revenu	Aire de santé échantillonnée	Village(s)/ Quartier(s) échantillonné(s)	Commentaires
Kamonia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tshiokwe ▪ Bindiens ▪ Pendé ▪ Luba ▪ Tetela 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agriculture ▪ Commerce ▪ Exploitation artisanale de diamant ▪ Pêche ▪ Elevage 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kamako II 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bandundu ▪ Marche III ▪ Carrière I ▪ Shamashingo 	Contexte de refoulés et de retournés de l'Angola
Kamwasha	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bindiens ▪ Luba ▪ Kuba ▪ Dekese ▪ Tetela 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agriculture ▪ Commerce ▪ Elevage 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mukambu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mukambu 	Contexte rural
Mutena	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bindiens ▪ Luba ▪ Tshokwe ▪ Pendé ▪ Lunda 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agriculture ▪ Commerce ▪ Exploitation artisanale de diamant ▪ Elevage ▪ Pêche 			ZS non accessible par véhicule
Kanzala	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bindiens ▪ Luba ▪ Kuba ▪ Pende ▪ Dekese ▪ Tetela ▪ Tshokwe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Commerce ▪ Exploitation artisanale de diamant ▪ Agriculture ▪ Pêche ▪ Briqueterie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sami 2 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RVA 	Contexte urbain
Tshikapa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bindiens ▪ Luba ▪ Kuba ▪ Pende ▪ Dekese ▪ Tetela ▪ Tshokwe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Commerce ▪ Exploitation artisanale de diamant ▪ Agriculture ▪ Pêche ▪ Briqueterie 			

Tableau 3: Cadre d'échantillonnage pour la collecte de données qualitatives Link NCA, Territoire de Kamonia

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

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

Taille d'échantillon

Zone de santé	Aire de santé	Discussions de groupe / Exercices participatifs	Entretiens semi-directifs	Observations	Restitution comm.	Jours	No. participants (total)	No. participants (fém.)
Kanzala	Sami 2	16	13	5	1	6	122 (+15)	74 (+9)
Kamonia	Kamako 2	14	15	4	1	6	121 (+16)	71 (+6)
Kamwasha	Mukambu	15	15	5	1	6	124 (+18)	86 (+7)
TOTAL		45	43	14	3	18	367 (+49)	231 (+22)

Tableau 4: Résumé des consultations communautaires lors de l'étude qualitative Link NCA, Territoire de Kamonia

L'équipe d'étude qualitative a passé environ 6 jours consécutifs dans chaque village échantillonné. La durée des entretiens semi-structurés ou des discussions de groupe a été limitée à 1h ou 1h15 maximum. Les discussions de groupe ont eu lieu entre 8h du matin et 18h après-midi afin de s'adapter à la disponibilité de la communauté et à son quotidien.

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

Outils de la collecte de données

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

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

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

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

Composition de l'équipe et formation

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

Avant le début de la collecte des données, les membres de l'équipe d'étude qualitative ont suivi une formation de deux jours, qui s'est déroulée à Tshikapa de 12 au 13 Février 2024. La formation comprenait, entre autres, des modules sur la méthodologie Link NCA et les outils de la collecte de données, ainsi qu'une explication des considérations éthiques à respecter lors de l'étude. Une série de simulations a été intégrée dans un processus d'apprentissage afin de vérifier le niveau de compréhension des concepts et des pratiques clés des membres de l'équipe et de garantir un haut niveau de qualité de la collecte des données. La formation a été suivi par un test pilote qui a été organisé le 14 Février 2024 dans l'aire de santé Sami 1, zone de santé Kanzala.

D. Synthèse des résultats (Avril – Mai 2024)

Une fois les données collectées, toutes les données collectées ont été dûment analysées et triangulées afin de catégoriser les facteurs de risque en fonction de leur impact relatif sur la sous-nutrition dans la zone d'étude. La catégorisation des facteurs de risque a pris en compte toutes les sources d'information recueillies au cours de l'étude. Les résultats ont été présentés aux principales parties prenantes et partenaires opérationnels au cours de l'atelier technique final organisé le 13 Juin 2024. L'Analyste Link NCA a également animé un processus participatif autour des recommandations basées sur l'évidence afin d'établir un plan d'utilisation des résultats de l'étude Link NCA pour améliorer la programmation de la sécurité nutritionnelle.

TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

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

CONSIDERATIONS ETHIQUES

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

- a. Le Ministère de la Santé à travers le Programme National de Nutrition, a été tenu informé au préalable de l'objectif et des modalités de l'étude Link NCA. Leur autorisation et leur collaboration ont été requises le 08 novembre 2023 par courrier électronique et accordées le 23 Janvier 2024 lors de la rencontre avec les représentants du PRONANUT à Kinshasa;
- b. Les représentants des autorités sanitaires au niveau de chaque zone de santé/aire de santé échantillonnée 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 zones d'intervention. Leur autorisation et leur collaboration ont été requises et accordées le 16 Février 2024 (Aire de santé Sami 2), le 23 et 24 Février 2024 (Zone de santé Kamonia et Aire de santé Kamako II, respectivement), et le 1 Mars 2024 (Zone de santé Kamwasha et Aire de santé Mukambu);
- c. Les chefs de villages/quartiers ont été informés de la sélection de leur communauté aux fins de l'étude qualitative lors de la réunion initiale, pendant laquelle ils ont reçu un planning détaillé des activités de recherche dans leur village/quartier afin de faciliter le processus de sélection des participants et d'assurer leur disponibilité à des moments définis. La planification détaillée a pu être modifiée si les membres de village/quartier l'exigeaient. L'équipe qualitative s'est adapté à sa routine autant que possible, en tenant compte des contraintes de temps de l'étude;
- d. Les participants ont été sélectionnés de manière équitable et leur consentement éclairé a été recherché afin de s'assurer qu'ils participent volontairement à l'étude ;
- e. Les participants ont pu participer à plus d'une discussion de groupe, s'ils le souhaitaient, mais compte tenu de leur lourde charge de travail, il a été conseillé aux relais communautaires de répartir la sélection des participants sur l'ensemble de village/quartier;
- f. La durée des discussions de groupe a été limitée à 1h15 au maximum. L'équipe qualitative a clôturé toutes les discussions du groupe de discussion à l'heure convenue et organisé des discussions complémentaires avec les participants, si nécessaire ;
- g. L'anonymat des participants a été assuré à toutes les étapes de l'étude (collecte de données, analyse de données et stockage de données). Leurs noms n'ont été ni recueillis ni partagés;
- h. L'équipe qualitative a organisé une discussion de synthèse au cours de la dernière journée de la collecte de données afin de permettre aux communautés de réviser et valider leurs conclusions, de classer les facteurs de risque identifiés et de hiérarchiser les actions à suivre;

LIMITES DE L'ETUDE

- Indisponibilité de certains indicateurs clés standard Link NCA: Bien que l'utilisation de données EDS 2014 et MICS 2018 ait offert un aperçu précieux de la différenciation des facteurs de risque entre les différentes formes de la sous-nutrition, les bases de données n'incluaient pas tous les indicateurs utilisés au cours d'une étude Link NCA impliquant une collecte de données quantitatives primaires. Pour cette raison, certains facteurs de risque n'ont pas pu être suffisamment triangulés en raison d'analyses manquantes. Par conséquent, la catégorisation de ces facteurs de risque a été partiellement impactée car ils se classent généralement plus bas que les autres facteurs de risque, pour lesquels des analyses quantitatives ont pu être menées. Par conséquent, l'interprétation de la catégorisation des facteurs de risque doit être faite avec prudence car l'indisponibilité des données ne suggère pas un manque de contribution d'un facteur de risque respectif à la sous-nutrition dans la zone d'étude. Dans de tels cas, les données qualitatives disponibles doivent être dûment prises en compte pour inspirer des décisions éclairées pour une programmation sensible à la nutrition dans la zone d'étude.
- Associations statistiques: Il est conseillé d'évaluer les associations statistiques avec précaution car les liens observés, y compris quelques liens contre-intuitifs, ne prouvent pas nécessairement la causalité, tandis que les liens non observés ne signifient pas que la causalité n'existe pas. Les corrélations doivent donc être considérées dans un cadre plus large, triangulées avec d'autres sources de données, et à ce titre peuvent être utilisées pour hiérarchiser les interventions actuelles et futures. Dans le cadre de ce rapport, toutes les associations statistiques avec la valeur $p < 0,05$ sont qualifiées comme « significatives » en lien avec le résultat d'intérêt, c'est-à-dire la malnutrition aiguë, le retard de croissance, l'insuffisance pondérale, l'anémie ainsi que la présence de deux déficits nutritionnels, l'émaciation et le retard de croissance à la fois, dans le but d'inspirer de futures recherches sur les relations entre lesdits facteurs de risque et les déficits nutritionnels.
- Variables de confusion: Les analyses statistiques réalisées dans le cadre de cette étude sont basées sur des modèles de régression non ajustés qui ne tiennent pas compte des effets des variables de confusion. Le but de ces analyses est de déterminer les relations entre l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et une variété d'indicateurs individuels et relatifs aux ménages en fonction de leurs associations significatives indépendantes afin d'enrichir la triangulation avec d'autres sources de données. Cependant, ces associations doivent être considérées avec prudence car elles pourraient changer dans les modèles de régression multiple.
- Limitations temporelles: Bien qu'extrêmement précieux, les bases de données EDS 2014 et MICS 2018 utilisées pour les analyses de données quantitatives secondaires pourraient être considérées comme assez obsolètes en raison de changements dramatiques, qui ont été potentiellement causés par l'insurrection de la milice Kamuina Nsapu, la pandémie de Covid-19 et les événements connexes. Considérant qu'il n'a pas été possible d'effectuer des régressions sur des données plus récentes, les associations statistiques présentées dans ce rapport ne tiennent pas compte des changements temporels potentiellement encourus depuis 2018 et, par conséquent, ne peuvent pas témoigner leurs impacts potentiels sur la sous-nutrition dans la zone d'étude.

IV. RÉSULTATS

SOUS-NUTRITION

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Perceptions communautaires des schémas causaux de la sous-nutrition

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

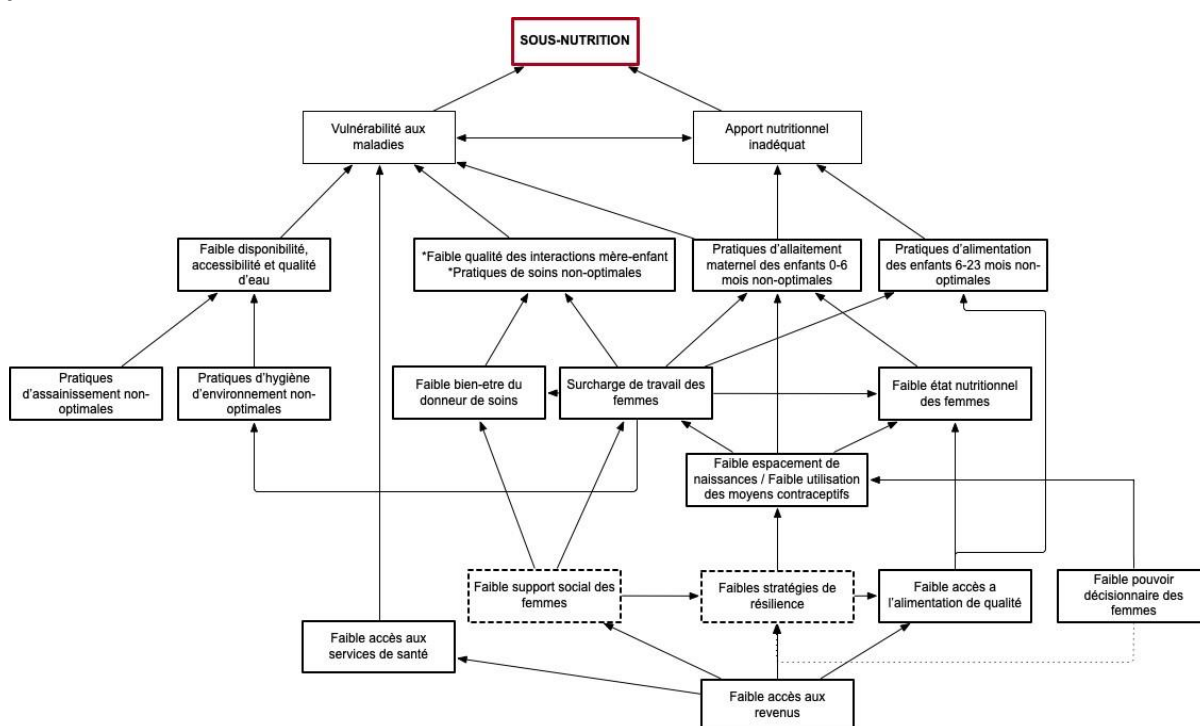


Figure 1: Perceptions communautaires des schémas causaux de la sous-nutrition, Territoire de Kamonia

En parallèle, le faible accès aux revenus peut déclencher le recours aux stratégies d'adaptation négatives si le ménage épuise d'autres options disponibles au cours des années. Entre autres, les hommes accélèrent l'élargissement de leurs ménages en augmentant un nombre d'épouses et d'enfants, sans toutefois être en mesure de s'occuper d'eux correctement, dans l'espoir que ces derniers puissent contribuer à la génération de revenu nécessaire pour la survie de ménage et leur prise en charge en vieillesse. Ceci se traduit en absence de la planification familiale et le faible espacement de naissances que les femmes ne peuvent pas suffisamment contrôler dû au faible pouvoir de décision.

Il va sans dire que les grossesses et naissances répétitives affaiblissent l'état nutritionnel des femmes qui peuvent procéder au sevrage brusque et précoce des enfants allaités si elles tombent enceintes à nouveau. D'ailleurs, les pratiques d'allaitement maternel non-optimales

¹⁶ Les cellules en ligne discontinue représentent les facteurs de risque qui sont applicables seulement pour certaines communautés, surtout celles avec l'accès aux points d'eau non-améliorés. Tous les autres facteurs de risque sont applicables pour toute la zone d'étude.

sont influencées par la surcharge de travail des femmes, dû au faible support accordé aux femmes, qui s'éloignent de leurs foyers dans l'obligation de générer les revenus. Ainsi, les nouveau-nés commencent à consommer de l'eau, souvent non-traitée, depuis les premiers jours après la naissance pour les habituer à la boisson d'autres liquides quand leurs mères s'absentent. Les enfants de tout petit âge sont donc gardés par d'autres enfants dans le ménage qui n'ont pas la maturité d'assurer des soins appropriés à l'enfant.

Le faible accès aux revenus débouche aussi sur le faible accès aux services de santé, potentiellement retardant le recours aux soins appropriés en cas de maladies. Celles-ci peuvent être provoquées par l'environnement insalubre, dû aux pratiques d'assainissement et d'hygiène d'environnement non-optimales, qui compromettent la qualité de l'eau potable dans leur milieu et ainsi augmentent un risque des maladies hydriques infantiles.

MALNUTRITION AIGUE (MA)

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁷

Indicateur %	National	Province du Kasai	Territoire Kamonia	ZS Kamonia	ZS Kanzala	ZS Kamwasha
MAG P/T	6.5 (MICS 2018) 7.9 (EDS 2014)	6.9 (MICS 2018) 7.2 (EDS 2014)		6.8 (SMART 2022)		7.2 (SMART 2022)
MAG P/T et/ou œdèmes			7.5 (SMART 2022) 9.8 (SMART 2018)		10.0 (SMART 2023) 11.5 (SMART 2022)	
MAG PB et/ou œdèmes			9.7 (SMART 2022) 11.4 (SMART 2018)		6.1 (SMART 2023) 10.9 (SMART 2022)	
MAS P/T et/ou œdème			0.9 (SMART 2022) 2.4 (SMART 2018)		2.1 (SMART 2023) 2.4 (SMART 2022)	
MAS PB et/ou œdème			1.8 (SMART 2022)		2.3 (SMART 2023) 3.2 (SMART 2022)	

Facteurs de risque¹⁸: âge (6-23 mois)¹⁹, âge (16-38 mois) (kwashiorkor)²⁰, sexe (garçons)^{21,22}

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

La régression logistique de données EDS 2014 a indiqué que les enfants de moins de 24 mois avaient un risque potentiellement plus élevé d'émaciation ($p=0.066$) (Cf. Annexe A). D'après la régression linéaire de données EDS 2014 et MICS 2018, le risque de l'émaciation a diminué avec l'âge croissant de l'enfant ($p=0.001$ et $p=0.005$, respectivement) (Cf. Annexe B & D). D'après la régression linéaire de données EDS 2014, le risque de l'émaciation a aussi diminué avec la taille croissante de l'enfant ($p=0.017$) (Cf. Annexe B).

¹⁷ Les données incluses dans cette section ne sont pas exhaustives et ne représentent qu'un aperçu de données disponibles au moment de la phase préparatoire de l'étude. Il est possible que les nouvelles sources de données aient été publiées depuis. D'ailleurs, il est important à noter que l'inclusion de ces données dans le rapport Link NCA ne signifie ni l'approbation ni la comparabilité comme certaines données ne sont pas automatiquement comparables. Il est ainsi conseillé d'évaluer ces données avec précaution et se référer aux sources citées pour plus d'information.

¹⁸ Dans le cadre de ce rapport Link NCA, un **facteur de risque** signifie un facteur qui augmente un risque de la sous-nutrition chez l'enfant alors qu'un **facteur de protection** signifie un facteur qui diminue ce risque. Par exemple, d'après les sources citées, les enfants âgés de 6 à 23 mois avaient un risque plus élevé de la malnutrition aigüe.

¹⁹ Action contre la Faim RDC, Enquête Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Méthodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Démocratique Du Congo, Rapport final, Juillet 2022).

²⁰ Kismul, Van Den Broeck, and Lunde, 'Diet and Kwashiorkor'.

²¹ Kismul et al., 'Incidence and Course of Child Malnutrition According to Clinical or Anthropometrical Assessment'.

²² Kismul, Van Den Broeck, and Lunde, 'Diet and Kwashiorkor'.

D'après la régression linéaire de données MICS 2018, l'âge du père de l'enfant a été négativement associé à l'émaciation, c'est-à-dire que les enfants de pères plus âgés étaient plus susceptibles d'être émaciés ($p=0.026$) (Cf. Annexe D). Cependant, d'après la régression linéaire de données EDS 2014, le niveau d'éducation du père de l'enfant a été positivement associé à l'émaciation, c'est-à-dire que le niveau croissant de l'éducation du père de l'enfant a diminué son risque d'être émacié ($p=0.001$) (Cf. Annexe B).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Perceptions communautaires de la malnutrition aigüe

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

La population dans les communautés échantillonnées a fait référence à la malnutrition aigüe en utilisant plus de 10 termes, dont 8 ont été utilisés pour identifier l'émaciation et 2 pour décrire le kwashiorkor. Généralement, la population perçoit le kwashiorkor comme l'état avancé de marasme quand le/s traitement/s entamé/s ne produisent pas des résultats souhaités. La détérioration de l'état de santé de l'enfant sans répit peut conduire à sa mort.

Malnutrition aigüe – émaciation	
<i>Diboba</i>	Malnutrition, « d'être mûr » (comme un fruit) et/ou « d'être cuit » (comme un aliment)
<i>Nsadi wa tshiombe</i> ²³	Maladie suite à la surconsommation du manioc et/ou de fofou à la base de manioc), enfant qui ne mange pas bien mais il défèque beaucoup et il perd du poids en conséquence
<i>Tshibombu</i>	« Celui qui ne marche pas » (atteint de poliomyélite)
<i>Caleb</i>	Enfant dont les parents n'ont pas respecté l'espacement de naissances ; enfant dont la maman est tombée enceinte à quelques mois de sa naissance, priorisant la nouvelle grossesse et abandonnant l'enfant déjà né ; enfant affaibli à cause d'un sevrage ;
<i>Bukusa</i>	Malnutrition dû à la grossesse précoce de la mère
<i>Muana muboba</i>	Enfant malnutri
<i>Muana muniana</i>	Enfant maigre (suite à la surconsommation du manioc)
<i>Kashelele</i>	Enfant malnutri suite au sort jeté ; pleurnicheur, ne tète plus, ne gagne pas de poids
Malnutrition aigüe – kwashiorkor	
<i>Nsadi wa tshibulebule</i> ²⁴	« Maladie de la taupe » qui se manifeste par le gonflement du corps (œdèmes)
<i>Muana muule</i>	Enfant souffrant du gonflement (de visage et de ventre)

Tableau 5: Liste de termes locaux utilisés pour décrire la malnutrition aigüe, Territoire de Kamonia

Étymologiquement, le terme *nsadi* désigne des maladies intestinales causées par des parasites. L'enfant désigné comme souffrant de *nsadi wa tshiombe* manifeste un ventre ballonné qui est associé à la présence des vers intestinaux, combiné avec un manque d'alimentation adéquate. Ainsi, le traitement traditionnel cherche à purger l'enfant, éliminant des pathogènes pouvant être à l'origine de la détérioration de la santé de l'enfant. Les participants aux groupes de discussion ont commenté que tout traitement de l'enfant marasmique au centre de santé doit être précédé par ce traitement traditionnel, autrement le PlumpyNut® ne fournira pas des résultats.

En cas d'échec de traitement traditionnel (après 1 à 2 mois) et/ou quand le traitement est initié tardivement, l'enfant pourrait atteindre l'état de *nsadi wa tshibulebule* qui se manifeste par des œdèmes. L'enfant est considéré d'être dans un état critique avec des plaies externes aussi qu'internes. Le traitement traditionnel cherche toujours à purger l'enfant, en utilisant des recettes similaires qu'en cas moins grave, mais la communauté reconnaît la sévérité de la condition et son incapacité de traiter tel cas. Ainsi, dépendamment des moyens financiers dans

²³ *Tshiombe* = manioc.

²⁴ *Tshibulebule* = taupe

le ménage, l'enfant sera acheminé vers le centre de santé pour les soins modernes. Une fois que l'enfant est sous le traitement moderne, le traitement traditionnel doit être arrêté pour éviter l'intoxication.

L'enfant *caleb* désigne une autre représentation d'un enfant marasmique mais sa maigreur est liée à un non-respect d'espacement de naissances par ses parents. En d'autres mots, l'enfant souffre d'un manque d'alimentation adéquate dû au sevrage précoce et brusque. Le traitement traditionnel cherche à la fois de déconnecter symboliquement l'enfant de sa mère et d'enrichir les repas de l'enfant pour assurer son bon développement.

Dans certains cas, l'enfant marasmique peut être confondu avec l'enfant souffrant de la paralysie dû à la poliomyélite (*tuneka*). Dans ce cas, l'enfant doit être éloigné des autres.

Les enfants atteints de la malnutrition aigüe ainsi que ces parents peuvent être stigmatisés, dépendamment de la perception communautaire de la cause de la maladie chez l'enfant. Les mois de Septembre – Novembre, coïncidant avec la période de semis et la pénurie générale des aliments, ont été remarqués comme la période de plus haute prévalence de la malnutrition aigüe dans leur milieu.

D'après les observations des participants aux échanges communautaires, les enfants les plus vulnérables à la forme marasmique de la malnutrition aigüe sont les enfants de bas âge (moins d'un an), auxquels on a introduit des aliments pendant les premières 1-2 mois de vie, vivant dans les ménages polygames et/ou ménages de grande taille, dont les mères sont enceintes pendant la période d'allaitement. La communauté ne perçoit pas de différence en vulnérabilité entre les filles et les garçons mais estime que les garçons pourraient être légèrement plus vulnérables à cause de leur plus grande vulnérabilité aux infections.

« Il y a des cas spéciaux de malnutrition dans la communauté. Par exemple, il y a une petite fille de 5 mois, née prématurée de 7 mois, dont la mère est décédée deux jours après sa naissance. La fille n'a été jamais allaitée au sein, étant donné que chez nous l'enfant ne peut être allaité que par sa propre mère, autrement la mère morte viendra suivre l'autre enfant. C'est sa grand-mère qui prend soin d'elle, lui donnant à manger tout ce qu'elle peut trouver. »

En effet, la majorité d'enfants dans l'échantillon de l'étude comparative qui a permis d'étudier les différences potentielles entre les enfants malnutris et leurs frères ou sœurs non-malnutris vivant dans le même ménage était les garçons (n=9, N=12). Souvent plus jeunes que leurs frères ou sœurs, l'âge médiane des enfants malnutris était de 24 mois. 50% de mères avaient moins de 26 ans, la majorité (n=9) déclarant d'être en union monogame.

Un résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement de deux formes de la malnutrition aigüe se trouve dans le tableau 6 ci-dessous.

MALNUTRITION AIGÛE – MARASME	
Causes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vers intestinaux ; ▪ Consommation des aliments en quantité et qualité insuffisante dû au manque de ressources financières/sources de revenu, y compris la consommation des aliments (ex. feuilles de manioc) préparés sans l'huile ; ▪ Maladies (fièvre, diarrhée) sans recours aux soins appropriés ; ▪ Faible espacement de naissances ; ▪ Faible état de santé des mères ; ▪ Faible soutien des hommes (surtout financier), combiné avec la surcharge de travail des femmes qui absorbent la responsabilité pour les activités génératrices de revenu pour combler les vides ; ▪ Faibles pratiques de soins, y compris la consommation de l'eau non-potable et les faibles pratiques d'hygiène (personnelle et environnementale) à cause de l'absence des parents / manque de surveillance des enfants ; ▪ Envoutement, mauvais esprit ;
Vulnérabilité	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pas de différence de sexe évidente mais légèrement plus grande vulnérabilité chez les garçons observée ; ▪ Enfants de moins de 1 an ; ▪ Enfants auxquels on a introduit des aliments très tôt (1 à 2 mois) ▪ Enfant d'une mère adolescente (≤18 ans) issus de mariage précoce (12-14 ans) ; ▪ Enfant issu de ménage polygame et/ou le ménages de grande taille ;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfants des mères enceintes (sevrage précoce) ; ▪ Orphelins ;
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicaments, tels que « Super appétit », « Vermouth enfant » pour permettre aux enfants d'évacuer des vers intestinaux et/ou des petits insectes provoquant la détérioration de l'état de santé de l'enfant ; l'enfant aura faim comme conséquence et regagnera sa santé ; ▪ Médicaments pour évacuer des liquides dans le corps à travers l'urine, tels que Furosémide (Lasix) ; ▪ Feuilles de basilic + feuilles de <i>musumbululu</i>²⁵ + feuilles de papaye + savon sans acide, mélanger ensemble et purger l'anus de l'enfant ; ensuite offrir des bons aliments²⁶ à l'enfants pour récupérer sa santé ; ▪ Aliments de bonne qualité (« avec beaucoup de vitamines »), tels que soja, arachides, bananes, haricots, ananas, avocats, huile de palme, gombo, amarante, accompagnés des solutions traditionnelles ; <p><i>« D'abord il faut faire asseoir l'enfant dans la solution traditionnelle des écorces du manguier, piler les feuilles de tomates et de basilic et former une boule qui est introduit dans l'anus de l'enfant. Ensuite, il faut bouillir l'arbre de mutoci²⁷, purger les feuilles de citron, de basilic, et les mettre dans l'anus de l'enfant pour évacuer les microbes. Lorsque l'enfant ne mange pas suffisamment il a des plaies qui se crée dans son organisme. D'où pour bien les traiter il faut commencer par la médecine traditionnelle et amener l'enfant à l'hôpital après pour des soins modernes. »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajouter la poudre de <i>ciena nsadi</i>³¹ + <i>mutoci</i>²⁷ dans les aliments de l'enfant ; ▪ Prière / guérison par les bougies et incantations (« <i>nsanku sala</i> ») ▪ Soins au centre de santé (PlumpyNut®) ; ▪ Pour les enfants sevrés à cause de la nouvelle grossesse de la mère (espacement de naissance pas respecté) : écorces de <i>bukusa</i>²⁸ et <i>ndipake</i>²⁹ pilés en poudre, mélangé avec l'huile rouge et frotté sur le corps de l'enfant et ajouté à sa nourriture aussi ; écorces d'avocatier pilés en poudre, intégré dans les repas de l'enfant ou mélangé avec la solution au sucre grillé ou mélangé avec les œufs crus au lait ; <p><i>« Pour les enfants dans le cas de lesquels qu'on n'a pas respecté l'espacement de naissances, nous allons tisser une corde avec trois branches d'un arbre tamata³⁰ et prendre 16 feuilles de cet arbre pour faire bouillir dans une casserole. Ensuite, le père se met devant la porte et la mère reste à l'intérieur. L'enfant sera lavé avec l'eau de feuilles tamata³⁰ et la corde sera attachée à ses hanches. Ensuite la mère jettera l'eau de bain à l'extérieur, le papa récupérant l'enfant dans ses bras. Ceci symbolise que l'enfant sera désormais attache à son père. Le traitement sera terminé quand la corde tombe des hanches de l'enfant. »</i></p>
MALNUTRITION AIGÛE – KWASHIORKOR	
Causes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vers intestinaux ; ▪ Manque d'alimentation pendant plusieurs jours (3+) et/ou la consommation excessive de manioc et des aliments sans l'huile ; ▪ « Manque de sang » et/ou excès d'eau dans l'organisme de l'enfant ; ▪ Mère de l'enfant s'est croisée avec un fantôme ;
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mousse de feuilles de basilic + le savon le coq pour purger l'enfant ; ▪ Faire s'asseoir l'enfant dans un récipient de l'eau avec <i>ciena nsadi</i>³¹, ce qui facilitera l'évacuation des excréments contenant des vers/larves. Le traitement doit être répété pendant une semaine, mais pas chaque jour. ▪ Ecorce de manguier, gingembre et feuilles de piment (« <i>ndunga</i> ») ; ▪ Poudre d'une plante (inconnue) mélangé avec l'huile (à boire) pour fondre des œdèmes ; ▪ Soins au centre de santé (PlumpyNut®) ;

Tableau 6: Résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement des deux formes de la malnutrition aigüe, Territoire de Kamonia

²⁵ Vernonie commune, *Vernonia amygdalina*.

²⁶ Par exemple, l'alimentation de cet enfant devrait inclure le thé le matin pour vider son estomac. Il devrait consommer le repas principal au plus à 14h, composé de fofou à base de farine de maïs, amarante et aubergines avec beaucoup de l'huile, feuilles de manioc avec beaucoup de l'huile, accompagné de la viande, des poissons, chenilles, fretins, suivi du riz avec les haricots. » Il est à noter que la description de ce repas s'aligne avec une description du repas régulièrement consommé 2017 (Cf. K. Faible accès à l'alimentation de qualité.)

²⁷ Nom scientifique indisponible au moment de la rédaction du rapport.

²⁸ Écorces d'une plante utilisée pour le traitement de la malnutrition causée par le faible espacement de naissances ;

²⁹ Nom scientifique indisponible au moment de la rédaction du rapport.

³⁰ Nom scientifique indisponible au moment de la rédaction du rapport.

³¹ Arbre qui pousse au long des rivières, nom scientifique indisponible au moment de la rédaction du rapport.

■ RETARD DE CROISSANCE (RC)

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁷

Indicateur %	National	Province du Kasai	Territoire de Kamonia	ZS Kamonia	ZS Kanzala	ZS Kamweshia	ZS Mutena
MCG T/A	41.8 (MICS 2018) 42.7 (EDS 2014)	47.4 (MICS 2018) 51.7 (EDS 2014)	47.7 (SMART 2022) 48.2 (SMART 2018)	34.7 (SMART 2022)	31.7 (SMART 2022)	53.5 (SMART 2022)	52.5 (SMART 2022)

Facteurs de risque¹⁸: Sexe de l'enfant (masculin)³², enfant vivant en milieu rural³³

Facteurs de protection¹⁸: âge de l'enfant (<12 mois)³⁴

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

Les régressions linéaires des données EDS 2014 et MICS 2018 ont indiqué que l'âge de l'enfant était négativement associé au retard de croissance, c'est-à-dire que l'âge croissant de l'enfant a augmenté son risque de retard de croissance ($p=0.000$, les deux) (Cf. Annexe B & D). De la même manière, la régression logistique des données EDS 2014 a indiqué que les enfants de moins de 24 mois avaient un risque moins élevé de retard de croissance ($p=0.010$) (Cf. Annexe A).

Les régressions linéaires de données EDS 2014 et MICS 2018 ont aussi démontré que le poids de l'enfant était positivement associé au retard de croissance ($p=0.002$ et $p=0.000$, respectivement), c'est-à-dire que le poids croissant de l'enfant a diminué son risque de retard de croissance (Cf. Annexe B & Annexe D). D'ailleurs, d'après la régression linéaire de données EDS 2014, le niveau d'hémoglobine chez l'enfant a été positivement associé au retard de croissance ($p=0.009$), c'est-à-dire que le niveau croissant d'hémoglobine chez l'enfant a diminué son risque de retard de croissance (Cf. Annexe B).

D'après la régression logistique de données MICS 2018, les enfants vivants dans les ménages avec l'homme en tant que chef de ménage avaient un risque moins élevé de retard de croissance ($p=0.002$) (Cf. Annexe C).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Perceptions communautaires de retard de croissance

La population dans les communautés échantillonnées a fait référence au retard de croissance en utilisant 2 termes. Généralement, la population a associé le retard de croissance de l'enfant à sa taille inférieure par rapport aux autres enfants de sa catégorie d'âge, souvent dû à une alimentation inadéquate. Aucun terme n'a été associé à une connotation négative avec l'objectif de stigmatiser et/ou se moquer des enfants ou de leurs parents.

Retard de croissance	
<i>Bukusa</i>	Malnutrition dû à la grossesse précoce de la mère
<i>Mushawuka</i>	Enfant qui souffre du retard de croissance (<i>dishawuka</i>), il mange beaucoup mais il n'est pas en mesure de bien digérer et ainsi n'arrive pas bien développer.

Tableau 7: Liste de termes locaux utilisés pour décrire le retard de croissance, Territoire de Kamonia

De manière générale, le retard de croissance ne représente pas une préoccupation majeure de santé pour les communautés étudiées. Les enfants atteints de cette condition sont traités semblablement aux enfants atteints de marasme et/ou kwashiorkor avec l'accent sur la

³² Kandala et al., 'Malnutrition among Children under the Age of Five in the Democratic Republic of Congo (DRC)'.

³³ Kandala et al.

³⁴ Kandala et al.

guérison des plaies internes, suivi de l'alimentation riche en vitamines. Un résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes du retard de croissance se trouve dans le tableau 8 ci-dessous.

RETARD DE CROISSANCE	
Causes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consommation de fofou trop solide → du fait que l'enfant est encore petit, il n'est pas en mesure de le digérer et le fofou restera longtemps dans son estomac avec des conséquences sur sa croissance ; ▪ Transport des grandes charges sur la tête de l'enfant (4 ans+), par exemple les bidons d'eau, à des grandes distances ; ▪ Espacement de naissances → grossesse précoce de la mère avant que l'enfant allaité soit sevré ;
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tétracycline (pour guérir les plaies internes) ▪ Aliments riches en vitamines pour récupérer la santé.

Tableau 8: Résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement du retard de croissance, Territoire de Kamonia

▪ INSUFFISANCE PONDÉRALE (IP)

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁷

Indicateur %	National	Province du Kasai	Territoire de Kamonia	ZS Kamonia	ZS Tshikapa	ZS Kanzala	ZS Kamwasha	ZS Mutena
IP P/A	23.1 (MICS 2018) 22.6 (EDS 2014)	27.4 (MICS 2018) 30.5 (EDS 2014)	28.8 (SMART 2022) 24.4 (SMART 2018)	21.8 (SMART 2022)		21.7 (SMART 2022)	36.3 (SMART 2022)	23.1 (SMART 2022)

Facteurs de risque¹⁸: âge (6-23 mois)³⁵

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

La régression linéaire des données MICS 2018 a indiqué que l'âge de l'enfant était négativement associé à l'insuffisance pondérale, c'est-à-dire que l'âge croissant de l'enfant a augmenté son risque d'insuffisance pondérale ($p=0.000$) (Cf. Annexe D). D'après la régression linéaire de données EDS 2014, le risque d'insuffisance pondérale a aussi diminué avec la taille croissante de l'enfant ($p=0.000$) ainsi que son niveau d'hémoglobine ($p=0.016$) (Cf. Annexe B). D'ailleurs, le niveau d'éducation du père de l'enfant a été positivement associé à l'émaciation, c'est-à-dire que le niveau croissant de l'éducation du père de l'enfant a diminué son risque d'avoir le sous-poids ($p=0.001$) (Cf. Annexe B).

▪ ANÉMIE

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasai
Anémie (Hb < 8 g/dl) Enfants 6-59 mois	6.9 (MICS 2018) 6.2 (EDS -2014)	6.7 (MICS 2018) 10.4 (EDS 2014)

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

Les données EDS 2014 n'ont pas démontré des associations statistiques significatives entre l'anémie et autres indicateurs disponibles (Cf. Annexe A & B). Les données MICS 2018 n'ont

³⁵ Action contre la Faim RDC, 'Enquete Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Democratique Du Congo, Juillet 2022'.

³⁶ La revue de données secondaires a compris la compilation systématique des indicateurs au niveau national, provincial ainsi qu'au niveau des zones de santé dans le Territoire de Kamonia pour pouvoir observer des différences entre les différents niveaux. Dû à la non-disponibilité de données au niveau ZS, les colonnes respectives ont été effacées du tableau dans la présente version du document pour faciliter l'appréciation des données disponibles.

pas inclut l'indicateur relatif au taux d'hémoglobine afin de permettre à mener les analyses respectives (Cf. Annexe C & D).

SANTÉ ET NUTRITION

MALADIES INFANTILES

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasai
Diarrhée <i>Enfants 0-59 mois</i>	14.0% (MICS 2018)	17.9% (MICS 2018)
	16.8% (EDS 2014)	24.1% (EDS 2014)
IRA <i>Enfants 0-59 mois</i>	3.4% (MICS 2018)	1.6% (MICS 2018)
	6.7% (EDS 2014)	4.8% (EDS 2014)
Fièvre <i>Enfants 0-59 mois</i>	28.1% (MICS 2018)	34.5% (MICS 2018)
	29.5% (EDS 2014)	37.9% (EDS 2014)
Paludisme (goutte épaisse positive) <i>Enfants 6-59 mois</i>	30.9% (MICS 2018)	48.9% (MICS 2018)
	22.6% (EDS 2014)	32% (EDS 2014)

Facteurs de risque¹⁸: diarrhée (MA)³⁷, anémie (MA)³⁸, déshydratation (MA)³⁹, retard de croissance (MA)⁴⁰, diarrhée, paludisme, IRA^{41 42}

- Croyances culturelles : les explications des maladies empruntent couramment à de multiples registres explicatifs simultanément : religieux, normatif, sorcier, médico-scientifique. Selon les habitants et les soignants traditionnels, herboristes et “*nganga*”⁴³, les causes des maladies sont souvent à rechercher du côté du comportement de certaines personnes, par exemple le non-respect des tabous ancestraux, la jalousie, le refus de solidarité, l'infidélité, la méchanceté.⁴⁴
- Konzo, une condition fortement associée à la malnutrition, est une forme de paralysie spastique irréversible due à la consommation du manioc non ou insuffisamment roui, associée à un régime pauvre en acides aminés soufrés. La condition affecte toutes les provinces du pays avec une prévalence moyenne de 1%, mais dans certains villages du Grand Kasai des prévalences de 30% ont été relevées.⁴⁵
- Pratiques préventives : les jeunes bébés, considérés comme particulièrement vulnérables, pas tant aux maladies naturelles qu'aux mauvais sorts et autres influences néfastes font l'objet de pratiques de protection préventives, comme le fait de nouer une cordelette protectrice autour de leurs hanches ou le massage.⁴⁶

³⁷ Kismul, Van Den Broeck, and Lunde, 'Diet and Kwashiorkor'.

³⁸ Kismul, Van Den Broeck, and Lunde.

³⁹ Kismul, Van Den Broeck, and Lunde.

⁴⁰ Kismul, Van Den Broeck, and Lunde.

⁴¹ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

⁴² Pas d'association statistique, les facteurs ont été catégorisés comme “majeur” et/ou “important” après la triangulation de données de diverses sources lors de l'étude.

⁴³ Soignants traditionnels, “guérisseurs”, le terme *nganga* est parfois aussi pris dans un sens plus négatif, celui de “sorcier”.

⁴⁴ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

⁴⁵ PRONANUT, 'PNDS Volet Nutrition 2011-2015'.

⁴⁶ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

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

D'après les données MICS 2018, les enfants qui ont eu la toux et/ou les difficultés respiratoires au cours de deux semaines précédant l'enquête avaient un risque plus élevé d'insuffisance pondérale ($p=0.040$ et $p=0.029$, respectivement) (Cf. Annexe C & D). Malgré la disponibilité d'indicateurs relatifs aux maladies infantiles, d'autres associations statistiques significatives avec quel que soit la forme de la sous-nutrition n'ont pas été observées ni dans les données EDS 2014 ni dans les données MICS 2018 (Cf. Annexe A - D).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës sont les maladies les plus courantes chez les enfants de moins de 5 ans. La communauté observe aussi des nombreux cas de la rougeole, la varicelle et la roséole, potentiellement dû au non-respect du calendrier vaccinal (Cf. B. Faible utilisation des services de santé).

La lecture de symptômes et/ou de causes des maladies infantiles récurrentes est majoritairement correcte et les communautés disposent de savoir des plantes médicinales à les traiter. De manière générale, la médecine traditionnelle représente un premier recours aux soins pour le traitement de ces maladies. Si le traitement ne délivre pas des résultats souhaités dans le délai de 3-5 jours, les communautés exploitent d'autres options, y compris le recours au centre de santé. Pourtant, les soins modernes ne sont pas recherchés en cas de maladies qui, d'après la population, ne peuvent pas être traitées dans les structures sanitaires. Ceci inclut la *kakela*, une pathologie de voie respiratoire, caractérisée par les signes qui se marient à l'épiglottite⁴⁷. Les enfants atteints de *kakela* souffrent d'un « gorge fermé » dû à l'excédent d'une matière muqueuse dans la gorge de l'enfant qui peut causer le vomissement et/ou la diarrhée de l'enfant, potentiellement étant à l'origine de marasme chez certains enfants. Le traitement consiste en frottement d'un mélange de l'ail brûlé, du bicarbonate, du piment et de Vicks Menthol sur la gorge de l'enfant pour faciliter l'ouverture de la voie. Alternativement, une solution de l'ail, du sel et de l'huile de palme peut être utilisée. Parfois, *kakela* peut être perçue comme une maladie diabolique, causée par des mauvais esprits, surtout chez les enfants plus âgés de 4 ans, ce qui suscite le traitement par la prière.

Un résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et traitement des maladies infantiles récurrentes se trouve dans le tableau 9 ci-dessous.

Maladie	Cause	Traitement	Informations complémentaires
Paludisme XX	*Moustiques *Non-respect des pratiques d'hygiène d'environnement (l'environnement insalubre)	*Recours aux soins traditionnels *Recours au CdS	Racines du piment (« <i>ndunga</i> »), feuilles de <i>musumbulu</i> ²⁵ , feuilles de <i>konga bululu</i> ⁴⁸ bouillies et administrées deux fois par jour pendant 5 jours. Enfant qui subit plusieurs épisodes de malaria développe les convulsions (<i>koyi</i>) ⁴⁹ .
Fièvre <i>Mubidi kapia</i>	*Paludisme ; *Toux ; *Grippe	*Automédication (Paracétamol, Dolaren, ACT ⁵⁰) *Recours aux soins traditionnels *Recours au CdS en cas d'échec du traitement (après 3-4 jours)	Basilic + ail + sel pillés et frottés sur la gorge de l'enfant ; basilic + eau ; massage du corps de l'enfant avec l'huile de palme
Diarrhée <i>Diupa</i>	*Consommation des aliments non-adaptés à l'âge de l'enfant *Consommation du lait maternel « fermenté » (après l'absence	* Recours aux soins traditionnels * Achat des produits vermifuge (<i>Vermox</i> , <i>Décaris</i>)	Infusion de graines de papaye bouillies (à boire); jus extrait de feuilles de <i>kakange</i> ⁵³ ,

⁴⁷ <https://ijssass.com/index.php/ijssass/article/view/178/275>.

⁴⁸ Nom scientifique indisponible au moment de la rédaction du rapport.

⁴⁹ Si les convulsions apparaissent du a un mauvais esprit, la communauté imbibe les feuilles d'une plante *kanga bakishi* (« barrer fantôme/mauvais esprit », nom scientifique indisponible au moment de la rédaction du rapport.) dans l'eau froide et applique sur l'ensemble du corps de l'enfant.

⁵⁰ Thérapie combinée à base d'artémisinine, utilisé dans le cas de paludisme simple (Artemisinin-based combination therapy).

⁵³ Nom scientifique indisponible au moment de la rédaction du rapport.

	prolongée de la mère au cours de la journée sans avoir allaité l'enfant) *Consommation de la terre/du sable (vers intestinaux) *Consommation des aliments mal lavés ou stockés ; *Consommation de l'eau non-potable ⁵¹ ; *Consommation excessive de <i>nyimu</i> ⁵² d'arachides, de manioc bouilli, de fofou de manioc et/ou de feuilles de manioc sans huile, parfois sans sel (dû à la carence d'aliments pendant les mois de Septembre - Novembre)	*Automédication (<i>Anaflam, Tétracycline, Loperamide, Sulfate de Zinc, Métronidazole, Clarithromycine</i>) * Recours au CdS en cas d'échec du traitement (après 3-5 jours)	<i>dikundikundi</i> ⁵⁴ et <i>mudundu/mumvumu</i> ⁵⁵ pillées (à boire) ; solution de racines de papayer + écorces du manguier bouillies (à boire); feuilles de basilic bouillies avec le sucre (à boire) ; jus extrait des feuilles d'haricots pillées (à boire une cuillère par heure) ; <i>diyukakuka</i> ⁵⁶ pillé et frotté à l'anus, au cou, et dans les aisselles de l'enfant, jus de feuilles de tomates + <i>luba mutoshi</i> ⁵⁷ , feuilles d'avocatier bouillies et administrées en cas de maux de ventre
Constipation <i>Tshinyengu</i>	*Consommation excessive des arachides, haricots et du maïs sans horaires (pendant les mois de Décembre - Février)		Purge à la base de la mousse du savon le coq + feuilles du papayer ou basilic
Vomissement <i>Diluke</i>	*Vers intestinaux	*Recours aux soins traditionnels *Recours au CdS en cas d'échec du traitement traditionnel	Racines de <i>tshidiata bamba</i> ⁵⁸ et <i>lukunda bajanyi</i> ⁵⁹ pilées, le jus extrait mélangé avec le sel et donné à l'enfant à boire.
Infections respiratoires/ Toux <i>Lukosu</i>	*Inhalation de la terre/du sable *Froid	*Recours aux soins traditionnels	Feuilles de faux basilic (« <i>tshidibuluenyi</i> ⁶⁰ ») + sel
Amygdalite <i>Lukungu</i>		*Recours aux soins traditionnels	Poudre de <i>lukunga</i> (ail + oignon frits à l'huile de palme, broyés et mélangés avec le sel indigène (« <i>mukela musunsima</i> ») appliqué au fond de la bouche de l'enfant pour prévenir l'amaigrissement

Tableau 9: Résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement des maladies infantiles, Territoire de Kamonia

La communauté constate que la prévalence des maladies infantiles a augmenté avec le temps, surtout après la rébellion Kamuina Nsapu en 2017 quand l'accès des populations aux services de santé, l'accès à l'eau et aux aliments a été sévèrement perturbé. Au cours de l'année, la diarrhée est plus prévalente pendant la saison pluvieuse, surtout pendant les mois de Septembre à Novembre dû à la carence générale des aliments et l'augmentation de la consommation du manioc qui est perçue comme une cause de la diarrhée chez les enfants. Les infections respiratoires aiguës, accompagnées de la fièvre, sont plus prévalentes pendant la saison sèche, c'est-à-dire à partir de mois de Mai jusqu'à Aout quand la température est à la baisse par rapport le reste de l'année. Le paludisme est observé toute l'année.

⁵¹ Prévention par la consommation de l'eau traitée, si la situation économique du ménage le permet.

⁵² Variété locale de pistache ayant des plantes de la dimension de celles d'arachides et produisant les pistaches en dessous du sol, de forme ovale, à la dimension de noix de palme et enveloppé dans une écorce. Préparés, ces pistaches ont un gout approximatif à celui des haricots jaunes.

⁵⁴ Hérisson rouge, *Urena labata*.

⁵⁵ Abugon à feuilles en losange, *Sida rhombifolia*.

⁵⁶ Nom scientifique indisponible au moment de la rédaction du rapport.

⁵⁷ Nom scientifique indisponible au moment de la rédaction du rapport.

⁵⁸ Punarnava, *Boerhavia diffusa*.

⁵⁹ Séné occidental, Gros indigo sauvage, *Cassia (Senna) occidentalis*.

⁶⁰ Faux basilic, *Ocimum gratissimum*.

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

Tableau 10: Calendrier saisonnier pour les morbidités infantiles, Territoire de Kamonia

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, une majorité d'enfants malnutris (n=8) dans l'échantillon (N=12) a souffert des maladies pendant la période d'allaitement. D'après le rappel de leurs mères, les enfants ont souffert de la fièvre, de la diarrhée et/ou des infections respiratoires. Leur santé a été généralement décrit comme « moins bien » en comparaison avec leurs frères ou sœurs non-malnutris.

A. FAIBLE ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires (EDS 2014 & MICS 2018)</i>	++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	++
Interprétation globale	++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasai
Problèmes d'accès aux soins de santé – obtenir la permission	32.6% (EDS 2014)	46.2% (EDS 2014)
Problèmes d'accès aux soins de santé – obtenir l'argent	68.6% (EDS 2014)	77.6% (EDS 2014)
Problèmes d'accès aux soins de santé – distance	38.9% (EDS 2014)	44.3% (EDS 2014)
Problèmes d'accès aux soins de santé – ne veut pas y aller seule	26.5% (EDS 2014)	37.7% (EDS 2014)

- Barrières géographiques : inexistence de centres de santé/nutrition dans certains villages impliquant de longues distances à parcourir pour se faire soigner^{63,64,65}

⁶¹ Basé sur le module Link NCA « Mécanismes de la sous-nutrition »

⁶² Dans le cas ou des études transversales avec des associations statistiques sont disponibles pour la zone d'étude. Sinon, force hypothétique de l'association, si elle est basée sur les valeurs de prévalence.

⁶³ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Sécurité Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Région Du Kasai (EFSA_COVID 19)'.

⁶⁴ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

⁶⁵ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamwasha, Province Du Kasai'.

- Barrières financières : coût des soins de santé et/ou du transport^{66,67,68}, manque de moyens financiers pour se prendre en charge (acheter à manger) durant le traitement de l'enfant à l'hôpital^{69,70}
- Barrières temporelles : manque de temps/ charge de travail élevée des femmes⁷¹
- Barrières socio-culturelles : recours à la médecine traditionnelle, absence de permission du conjoint perception de la malnutrition comme causée par des forces surnaturelles et recours aux églises du réveil, causes premières de la maladie liées à une intention d'origine sociale (par exemple due aux ancêtres qui, en tant que garants du respect des normes, ont puni les contrevenants en les rendant malades, eux ou leurs familles, en diffusant le malheur dans leurs vies).^{72,73,74,75}
- Barrières liées à la qualité des soins : insuffisances en infrastructures et équipement (pas de bons bâtiments, pas de matériels complets pour assurer les interventions chirurgicales et autres, pas de laboratoires, manque de kits d'énergie pouvant alimenter les centres de santé), insuffisances et ruptures de stock en médicaments, manque de personnel qualifié, faible rémunération du personnel^{76,77,78}
- Itinéraires thérapeutiques : face à la barrière financière les familles privilégient l'automédication ou la médecine traditionnelle (les "ngangas", soignants traditionnels ou chefs coutumiers vont conduire les présumés coupables à avouer leur faute et ce faisant, à faire disparaître le mal), ou emmènent le malade aux groupes de prières. "Ordalies" : les suspects devront se soumettre à une épreuve dont le dénouement sera considéré comme la preuve de leur culpabilité ou de leur innocence. La cure consiste non seulement à identifier le coupable mais également à "réparer" la faute. Ceci peut se faire de différentes manières : par des sacrifices et/ou des châtiments publics et/ou des bannissements. Ce sont les chefs coutumiers qui, le plus souvent, sont responsables du règlement de ces situations.⁷⁹ Si l'état de santé du malade ne s'améliore pas, une stratégie d'adaptation sera mise en place pour obtenir l'argent nécessaire au paiement des soins de santé.^{80,81,82,83,84} La médecine traditionnelle recourt par ailleurs à des tisanes/ décoctions pour soigner la malnutrition (tisane à base de sucre et de plantes pour « renforcer le sang »).⁸⁵

⁶⁶ Commission Européenne, et al., 'La République Démocratique Du Congo Profil Genre Pays'.

⁶⁷ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

⁶⁸ Action contre la Faim RDC, 'Enquete Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Démocratique Du Congo, Juillet 2022'.

⁶⁹ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

⁷⁰ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshwa, Province Du Kasai'.

⁷¹ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

⁷² Commission Européenne, et al., 'La République Démocratique Du Congo Profil Genre Pays'.

⁷³ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

⁷⁴ Mubanga Labeng, 'L'interprétation de La Malnutrition Dans Les Eglises de Réveil à Kinshasa. Cas Des Enfants Sorciers'.

⁷⁵ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasai, RDC'.

⁷⁶ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Sécurité Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Région Du Kasai(EFSA_COVID 19)'.

⁷⁷ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

⁷⁸ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshwa, Province Du Kasai'.

⁷⁹ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

⁸⁰ Commission Européenne, et al., 'La République Démocratique Du Congo Profil Genre Pays'.

⁸¹ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshwa, Province Du Kasai'.

⁸² Action contre la Faim RDC, 'Enquete Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Démocratique Du Congo, Juillet 2022'.

⁸³ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

⁸⁴ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

⁸⁵ Daniel Arnoldussen.

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

D'après les données EDS 2014, les enfants dont les donneurs de soins ont eu problèmes d'accéder aux soins de santé liés à l'obtention de la permission d'y se rendre avaient un risque plus élevé d'émaciation ($p=0.017$) (Cf. Annexe A). D'autres associations statistiquement significatives avec quel que soit la forme de la sous-nutrition n'ont pas été observées (Cf. Annexe A & B). Les données MICS 2018 n'ont pas inclut les indicateurs pour évaluer les liens statistiques entre l'accès aux services de santé et les déficits nutritionnels (Cf. Annexe C & D).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Barrières d'accès aux services de santé

Barrières géographiques

Comparativement aux années antérieures, l'accès géographique aux services de santé est perçu plus positivement vu l'établissement de nouvelles structures sanitaires à plus grande proximité des populations desservies. Dans les centres urbains, la population peut avoir l'accès aux multiples structures sanitaires à petits pas l'un de l'autre, surtout comme à part des structures étatiques, il existe aussi des structures privées comblant des besoins en services de santé.

« A l'époque les hôpitaux et centres de santé étaient plus éloignés alors qu'actuellement les centres de santé sont plus proches. Par exemple, auparavant les références des malades se faisaient soit à Tshikapa, soit à Kananga alors qu'actuellement elles se font à Kamweshu. »

Pourtant, les populations vivant dans le contexte rural peuvent toujours faire face aux barrières géographiques si leur domicile se trouve à plusieurs heures à pied de la structure sanitaire la plus proche, surtout pendant la saison pluvieuse. Certaines femmes de ces localités accouchent sur la route du centre de santé.

Barrières financières

Un manque de ressources financières du ménage a été cité comme une barrière principale à l'accès aux services de santé. Alors que la faible disponibilité de ressources financières peut être perçue au cours de l'année, les ménages en sont plus exposés pendant la période de soudure (Septembre – Novembre) au moment où les ressources sont prioritairement dirigées vers l'agriculture en tant qu'un investissement pour la prochaine saison.

Le coût des services de santé est généralement perçu comme élevé – et d'une manière imprévisible. Malgré la gratuité de certains services⁸⁶ dans les structures sanitaires de l'Etat, les soins de santé sont généralement « imputables ». En plus des frais de médicaments - qui devraient normalement être disponibles gratuitement mais qu'ils doivent être achetés dans les pharmacies dû aux ruptures dans les structures sanitaires, les participants aux groupes de discussion ont mentionné que le personnel de santé demande des « primes de motivation » vu qu'ils ne sont pas payés régulièrement.

« Dans le centre de santé tout est payable. Les infirmiers demandent souvent une motivation pour les soins qui devraient être gratuits. Le montant dépend de la gravité de la maladie. Premièrement, il faut payer la fiche et si les médicaments ne sont pas disponibles, ils te donnent une ordonnance pour chercher des médicaments dans les pharmacies. »

Ainsi, la population peut se trouver dans l'obligation de mobiliser au moins 20.000 FC pour accéder aux soins pour des maladies récurrentes, y compris les frais des fiches de consultation à 1.000 – 2.000 FC, les examens à 10.000 FC, le traitement de paludisme simple à 5.000-8.000 FC, diarrhée simple à 20.000 – 30.000 FC. A ceci s'ajoutent des frais de transport dont les coûts dépendent de la distance entre le village et la structure sanitaire. Les participantes aux groupes de discussion ont regretté l'absence de flexibilité de paiement dans les structures de

⁸⁶ Accouchements eutociques, prise en charge des enfants 0-1 mois, vaccination, planning familial.

santé qui existe cependant chez le tradipraticien (paiement en versements partiels) pour leur permettre d'accéder aux soins à temps.

« Chez le tradipraticien il faut juste donner un petit montant de démarrage pour débiter des soins. Ce petit montant est considéré comme signe de bonne volonté de la part du malade. Quand le malade recevra les soins et sera guéri, il reviendra compléter le reste avec probablement des cadeaux fait au tradipraticien pour les soins reçus. »

Vu que cette option n'est pas disponible, les femmes apportent le maïs ou hypothèquent leurs propres vêtements à l'infirmier en échange des soins⁸⁷. Si l'infirmier refuse le pague, les femmes cherchent à l'hypothéquer auprès d'autres personnes pour mobiliser la somme nécessaire. Souvent, ceci pourrait durer une semaine avant que les soins puissent être entamés. Si le traitement nécessite d'autres interventions et/ou médicaments à payer, il risque d'être suspendu vu qu'elles ne sont pas en mesure de mobiliser plus de fonds.

Barrières socio-culturelles

La population recourt prioritairement aux soins traditionnels et/ou à l'automédication, et ne recherche des soins de santé modernes qu'en cas d'échec de traitement de ces premiers (Cf. Maladies infantiles). Cette tendance est liée aux barrières financières, expliquée ci-dessus, ainsi qu'aux perceptions socio-culturelles. Certains participants aux groupes de discussion ont mentionné qu'ils se soignent par la nature comme *« c'est la première ressource que Dieu leur a donnée »*. Ne pas recourir à cette ressource, en priorisant les soins de santé modernes, serait irrationnel. D'ailleurs, certaines maladies de l'origine maléfique, *« les maladies des mains des gens »*, ne peuvent être soignées que chez le guérisseur traditionnel et/ou à l'église. Dans ces cas, il faut identifier les causes des maladies, telles que les disputes familiales, les traiter et/ou enlever le sort jeté.

« La cause des « maladies des mains des gens » est kuenda kubi, c'est-à-dire « marcher mal » qui signifie de se mal comporter dans la société, de poser des actes prohibés par les coutumes et mœurs. »

D'après la compréhension des communautés, parmi ces maladies figurent le *mbasu*, un gonflement d'un membre, suivi d'une éruption cutanée, qui ne peut être soigné à l'aide des antibiotiques qu'après l'extraction du pouvoir maléfique utilisant des feuilles traditionnelles ; *la hernie wa midima* ou la *« hernie des ténèbres »*, c'est-à-dire une augmentation anormale du volume des testicules, qui peut aussi être soigné utilisant le traitement semblable (extraction du pouvoir maléfique et antibiotiques), ou le syphilis (*« masasa »*).

D'ailleurs, les participants aux groupes de discussion dans la zone de santé Kamwasha ont mentionné que certains malades préfèrent être référés à Dibala, un hôpital secondaire, plutôt qu'à l'hôpital générale de Kamwasha pour bénéficier des soins d'un médecin qui a un don de vision qu'il aurait reçu de William Marrion Branham, un pasteur évangélique américain ayant été influent au sein des églises pentecôtistes.

Barrières de qualité de soins

La population distingue entre la qualité de soins dans les structures sanitaires de l'Etat et dans les centres de santé privés, les derniers étant préférés à cause de la disponibilité du personnel, du matériel et des médicaments mais moins accessibles dû à la barrière financière. Les infrastructures inappropriées et les ruptures fréquentes de médicaments figuraient parmi des barrières de qualité de soins les plus citées dans les structures sanitaires de l'Etat. La population regrette un manque des *« médicaments forts »*, c'est-à-dire les médicaments injectables, dans le paquet de services gratuits qui les oblige de payer pour des soins appropriés en cas de besoin.

« Un bon traitement passe impérativement par une injection alors que celle-ci coûte très cher. Les comprimés peuvent être offerts gratuitement mais elles ne sont pas assez fortes et elles prennent du temps pour agir alors l'effet est très rapide

⁸⁷ Un pague coûte 20.000 FC en moyenne.

avec les injections. Certaines enfants refusent carrément les comprimés et il faut chercher des moyens de les cacher dans le fufou. »

B. FAIBLE UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires (EDS 2014 & MICS 2018)</i>	++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	+
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+
Interprétation globale	+

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasai	Territoire de Kamonia	ZS Kanzala
Soins recherchés en cas de fièvre	52.0% (MICS 2018) 55.3% (EDS 2014)	50.0% (MICS 2018) 55.5% (EDS 2014)		
Soins recherchés en cas de diarrhée	51.9% (MICS 2018) 37.3% (EDS 2014)	53.0% (MICS 2018) 39.0% (EDS 2014)		
Supplémentation en Vit. A <i>Enfants 6-59 mois</i>			82.1% (SMART 2022)	48.9% (SMART 2022)
Déparasitage <i>Enfants 12-59 mois</i>			83.5% (SMART 2022)	43.5% (SMART 2022)
Tous les vaccins de base <i>Enfants 12-23 mois</i>	37.5% (MICS 2018) 45.3% (EDS 2014)	17.1% (MICS 2018) 42.7% (EDS 2014)		
Vaccination rougeole <i>Enfants 9-59 mois</i>			83.1% (SMART 2022)	57% (SMART 2022)
CPS <i>Enfants 0-59 mois</i>			36.6% (SMART 2022)	
CPN	83.0% (MICS 2018) 88.4% (EDS 2014)	46.9% (MICS 2018) 88.6% (EDS 2014)		
CPN 4+	42.9% (MICS 2018)	19.1% (MICS 2018)		
Accouchement dans un établissement de santé	81.5% (MICS 2018) 79.9% (EDS 2014)	63.7% (MICS 2018) 84% (EDS 2014)		
Pas d'examen postnatal <i>Mère</i>	93.2% ⁸⁸ (MICS 2018) 51.5% (EDS 2014)	93.4% (MICS 2018) 51.1% (EDS 2014)		
Pas d'examen post-natal <i>Enfant</i>	88.0% (MICS 2018) 90.3% (EDS 2014)	93.0% (MICS 2018) 88.6% (EDS 2014)		

Facteurs de risque¹⁸: lieu de naissance (en dehors d'un hôpital) (RC)⁸⁹

- Vaccination et activités préventives (CPS, CPN, et CPO, supplémentation en vitamine A et le déparasitage au Mébendazole) : barrières liées à la charge horaire des parents, les

⁸⁸ Correspond à l'indicateur standard "examens postnatals" = visite séparée par un prestataire de santé pour vérifier la santé de la mère et fournir des services de soins préventifs ; n'incluent pas les bilans de santé après la naissance dans l'établissement ou à la maison.

⁸⁹ Kandala et al., 'Malnutrition among Children under the Age of Five in the Democratic Republic of Congo (DRC)'.

manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI), la présence de certaines sectes religieuses⁹⁰

- Accouchement dans les structures sanitaires : accouchements à domicile dus à la barrière financière et à l'éloignement des centres⁹¹
- La temporalité du recours aux soins sera différente selon le genre de l'enfant, la fille est vue plus faible que le garçon, de ce fait, lorsque la fille tombe malade, elle sera possiblement emmenée plus rapidement au centre de santé que le garçon.⁹²

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

D'après la régression linéaire de données EDS 2014, un nombre de visites prénatales était positivement associé à l'émaciation, c'est-à-dire le nombre croissant de visites prénatales a diminué le risque de l'émaciation chez l'enfant ($p=0.025$) (Cf. Annexe B). Malgré la disponibilité d'autres indicateurs relatifs à l'utilisation des services de santé dans les bases de données EDS 2014 et MICS 2018, les associations statistiques significatives avec quel que soit la forme de la sous-nutrition n'ont pas été observées (Cf. Annexe A - D).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Les structures sanitaires offrent un éventail des services de santé, parmi lesquels les consultations prénatales et les accouchements assistés sont les plus utilisés et les services de de planning familial et les consultations postnatales sont moins utilisés. L'utilisation de service de vaccination peut varier selon les croyances religieuses des communautés en question. Les raisons respectives sont détaillées dans les sous-sections ci-dessous.

Services curatifs

Traitement des morbidités infantiles récurrentes

La lecture de symptômes et de causes des morbidités infantiles est essentiellement un point décisif dans l'identification des soins appropriés. Alors que les participantes aux groupes de discussion ont majoritairement démontré la facilité de les déterminer correctement, le premier recours aux soins demeure le recours à la médecine traditionnelle et/ou l'automédication – surtout dû à la barrière financière d'accès aux services de santé. Par conséquent, les structures sanitaires peuvent représenter le dernier recours aux soins après que les autres options ne parviennent pas d'améliorer l'état de santé de l'enfant (Cf. Maladies infantiles).

Accouchement

Contrairement aux années antérieures, le taux d'accouchements à domicile est en baisse mais il peut être toujours considérable dans le contexte rural où l'accès géographique aux structures sanitaires est problématique. Les participants aux consultations communautaires évoquent les infrastructures et équipements inappropriés (pas de table d'accouchement, pas de lit de repos) ce qui démotive un bon nombre de femmes d'accoucher dans telles conditions, en préférant d'accoucher dans l'intimité de leur domicile.

« Nous attendons à la maison jusqu'à nous sommes prêtes à accoucher, jusqu'à nous saignons un peu et puis nous partons au centre de santé. Pour cette raison, certaines femmes accouchent en route mais nous évitons vraiment d'y arriver très tôt comme le centre de santé ne dispose pas de cadre confortable. Nous accouchons par terre sur un morceau de carton. Il y a des trous dans le mur à travers lesquels les curieux nous regardent avec les jambes écartées, notre sexe exposé. Après quelques heures d'accouchement, nous payons et précipitons de rentrer chez nous comme il n'y a pas d'espace pour nous reposer, juste ce carton sur lequel on vient d'accoucher. »

⁹⁰ Action contre la Faim RDC, 'Enquête Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Democratique Du Congo, Juillet 2022'.

⁹¹ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamwasha, Province Du Kasai'.

⁹² Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

Les femmes dans le contexte urbain préfèrent d'accoucher dans les centres de santé, souvent accessibles à petits pas de leurs habitations. Parmi les contraintes mentionnées domine l'obligation d'y rester 4 à 7 jours après l'accouchement, jusqu'à que le cordon ombilical se détache. D'après les participantes aux groupes de discussion, ce règlement a été introduit en 2009/2010 pour prévenir les décès par le tétanos néonatal. Cependant, multiples jours en dehors de leur domicile leur posent des problèmes au niveau de la prise en charge des enfants à la maison, surtout quand les maris ne se soucient pas pour les épauler pendant cette période.

Les accouchements dans les centres de santé soutenus par les organisations non-gouvernementales sont offerts gratuitement. Dans les autres établissements, la prime d'assistance – qui varie pour les naissances féminines et masculines – peut être demandée.

« Chez nous, l'accouchement d'un garçon coûte 5 000 FC alors que celui d'une fille coûte 4 000 FC. En ville, ils demandent 9 000 FC. »

Bien qu'en voie de disparition, les pratiques traditionnelles utilisées après l'accouchement incluent l'application d'une plante *tshidiata bamba*⁵⁸ pour protéger l'enfant contre les mauvais esprits et/ou les mauvaises intentions des personnes qui viennent le voir ou l'exposition de l'enfant à l'éclat du soleil le matin (à la levée du soleil) et le soir (à la couchée du soleil) pour prévenir que des mauvaises personnes touchent l'enfant avec des maladies.

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, la majorité des femmes (n=8) dans l'échantillon (N=12) n'a pas constaté des complications lors de l'accouchement, déclarant l'accouchement le même ou plus facile que dans les cas d'enfants aînés. La médiane de la durée de repos après l'accouchement était de 6.5 jours.

Services préventifs

Soins anténataux

Ensemble avec les accouchements assistés, les consultations prénatales figurent parmi les services les plus utilisés aux structures sanitaires. Dès l'apparition de signes de la grossesse (aménorrhée, fatigue, nausée et vomissement, manque d'appétit et/ou désir de manger des aliments aigres, maux de tête/dos), les femmes se rendent au centre de santé pour confirmer la grossesse et assurer le bon développement de fœtus. Un groupe de femmes a révélé que certaines femmes tombent enceintes avant le retour de leurs menstrues après l'accouchement (*ntumba wa mulu*). Elles suivent les consultations prénatales selon le rendez-vous, souvent 3 à 4 fois jusqu'à l'accouchement. Les femmes en faible état nutritionnel, telles que les femmes anémiques ou les femmes en sous-poids, sont demandées de se présenter plus souvent. D'après les participantes aux groupes de discussions elles présentent des symptômes, tels que la fatigue, les lèvres sèches, le gonflement des pieds, des joues et/ou des yeux. Dans le passé, les femmes ont protégé leurs grossesses contre les mauvais esprits en attachant, par exemple, une corde tissée avec des poudres de plantes traditionnelles autour de leur ventre au niveau de hanches. Ces pratiques ont progressivement disparu et ont été remplacées par la bénédiction des pasteurs à l'église.

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, la majorité des femmes (n=10) dans l'échantillon (N=12) a suivi des consultations prénatales dans une structure sanitaire. Quatre femmes ont indiqué qu'elles ont suivi les consultations moins rigoureusement dû aux maladies et la charge de travail élevée.

Soins postnataux

De manière générale, les femmes ne recourent aux consultations postnatales qu'en cas des complications. Les femmes qui accouchent en route pour le centre de santé peuvent choisir de se rendre au centre de santé pour la consultation postnatale si elles se trouvent plus proches du centre de santé que leur domicile. Autrement, elles retournent chez elles et ne recourent

pas aux soins de santé si elles ou leurs nouveau-nés ne subissent pas des complications. En cas d'accouchement aux structures sanitaires, les femmes et les nouveau-nés sont examinés et déchargés le même jour si aucune complication soit détectée avec l'exception des centres de santé dans le contexte urbain où les décharges ne sont autorisées qu'après le détachement du cordon ombilical. Les consultations supplémentaires le 3^{ème} jour, entre le 7^{ème} et 14^{ème} jour et au cours de la 6^{ème} semaine après la naissance ne sont réalisées qu'en cas de maladie de l'enfant et/ou de la mère.

Vaccination

L'utilisation de service de vaccination varie selon les croyances culturelles et religieuses de la population. Dans une communauté, certains enfants peuvent suivre le calendrier vaccinal prescrit contre le tétanos, la rougeole, la fièvre jaune et la poliomyélite alors que d'autres enfants ne peuvent être vaccinés du tout. Par exemple, selon les cultes et/ou sectes *Malemba* et *Bapostolo* (baba), le vaccin est à la base de beaucoup de maladies et ils préfèrent d'utiliser l'eau chaude et l'huile de palme à sa place. Ils croient que le Dieu protège les enfants et ainsi la vaccination en soit n'est pas nécessaire. Les *Bapostolo*, l'*Eglise de Frères et Salut* refusent les soins modernes aux centres de santé en général. Les Témoins de Jéhovah refusent quel que soit l'introduction des liquides externes au corps humain par l'injection, y compris la transfusion sanguine et la vaccination.

Pour les personnes adhérant à la vaccination, le suivi du calendrier vaccinal peut être influencé par les déplacements en dehors de lieu de domicile et/ou d'autres préoccupations de ménage prioritaires.

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, la majorité d'enfants (n=8) dans l'échantillon (N=12) a été déclaré vacciné par leurs mères. Pourtant, le suivi du calendrier vaccinal a été indiqué « moins rigoureux » que dans les cas des enfants ainés.

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

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (EDS 2014 & MICS 2018)	+++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	+++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	++
Interprétation globale	+++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasai
Taille de ménage	5.2 (MICS 2018) 5.3 (EDS 2014)	5.2 (MICS 2018)
Nombre idéal d'enfants <i>Femmes 15-49 ans</i>	6.1 (EDS 2014)	7.6 (EDS 2014)
Age médian au 1 ^{er} rapport sexuel <i>Femmes 20-49 ans</i>	16.8 (EDS 2014)	16.8 (EDS 2014)
Age médian à la 1 ^{ère} union <i>Femmes 20-49 ans</i>	18.8 (EDS 2014)	17.7 (EDS 2014)
Age médian à la 1 ^{ère} naissance <i>Femmes 20-49 ans</i>	19.9 (EDS 2014)	19.4 (EDS 2014)
<i>Femmes 15-19 ans</i> avec une naissance vivante	17.9% (MICS 2018)	22.8% (MICS 2018)

Abstinence post-partum (mois)	3.7 (EDS 2014)	4.1 (EDS 2014)
Index Synthétique de Fécondité <i>Femmes 15-49 ans</i>	6.2 (MICS 2018) 6.6 (EDS 2014)	7.8 (MICS 2018) 8.2 (EDS 2014)
Intervalle intergénérisique	30.4 (EDS 2014)	30 (EDS 2014)
Utilisation des moyens contraceptifs <i>Femmes 15-49 ans en union</i>	28.1% (MICS 2018) 20.4 (EDS 2013)	16.3% (MICS 2018) 23.5 (EDS 2013)

- Taille de ménage ZS Kanzala : 6.3 personnes⁹³
- Faible prévalence de l'utilisation de moyens contraceptifs chez les femmes de 15 à 49 ans en union (16,3%)⁹⁴. Barrières à l'utilisation de moyens contraceptifs : faible pouvoir décisionnel des femmes (les maris ont tendance à considérer l'espacement des grossesses comme un problème qui ne les concerne pas, et les femmes n'arrivent pas à négocier leurs droits sur ces questions)⁹⁵, méconnaissance sur les méthodes, avoir beaucoup d'enfants est une volonté partagée par les hommes et les femmes ⁹⁶
- Espacement de naissances : traditionnellement, la méthode d'espacement des naissances dans la zone consistait à ce qu'à l'accouchement, la belle-mère vienne dormir avec la nouvelle mère jusqu'à ce que l'enfant marche. Le mari était alors interdit de rapports sexuels avec sa femme. Cependant, dans les dernières décennies, cette méthode a été abandonnée, certaines femmes ont expliqué craindre que leurs maris trouvent une nouvelle femme pendant ce temps ou que leurs maris ne pourraient plus accepter cette pratique d'abstinence⁹⁷.
- Dans le territoire de Kamonia, pendant les vacances scolaires, de nombreuses jeunes filles tombent enceintes ou s'engagent dans des activités entraînant des grossesses ou des mariages précoces qui conduisent à l'abandon scolaire. Ces activités sont souvent le résultat d'une relation transactionnelle avec des garçons pour satisfaire un besoin financier ou le résultat d'une mauvaise planification et d'un manque de connaissances en matière de santé sexuelle.⁹⁸
- Intervalle inter-générisique médian en RDC est beaucoup plus court chez les jeunes femmes de 15-19 ans (25,5 mois) que chez les autres, mais globalement varie peu en fonction du sexe de l'enfant, du milieu de résidence de la mère, de son niveau d'instruction ou du statut socio-économique du ménage.⁹⁹

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

D'après la régression logistique de données EDS 2014, les enfants de mères enceintes au moment de l'enquête avaient un risque plus élevé de l'émaciation ($p=0.038$). Les enfants de mères allaitantes au moment de l'enquête avaient un risque plus élevé de retard de croissance ($p=0.027$) (Cf. Annexe A).

D'après la régression linéaire de données MICS 2018, un nombre de membres de ménage a été négativement associé avec l'émaciation ($p=0.003$) et l'insuffisance pondérale ($p=0.059$), c'est-à-dire un nombre croissant de membres de ménage a augmenté un risque de ces déficits nutritionnels chez les enfants (Cf. Annexe D). D'ailleurs, d'après les données EDS 2014 et MICS 2018, un nombre d'enfants de moins de 59 mois dans le ménage a été négativement associé à

⁹³ Action contre la Faim RDC (last), 'Enquete Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Democratique Du Congo'.

⁹⁴ 'Enquete Par Grappes a Indicateurs Multiples, MICS Palu, Rapports de Resultats de l'Enquete, 2017-2018'.

⁹⁵ Commission Européenne, et al., 'La République Democratique Du Congo Profil Genre Pays'.

⁹⁶ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

⁹⁷ Luc.

⁹⁸ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasai, RDC'.

⁹⁹ 'EDS 2013-2014'.

l'émaciation ($p=0.078$ et $p=0.016$, respectivement), c'est-à-dire un nombre plus élevé des enfants de moins de 5 ans dans le ménage a augmenté, potentiellement ou significativement, un risque d'émaciation chez ces enfants (Cf. Annexe B & D).

D'après la régression logistique de données MICS 2018, les enfants de mères qui ont déclaré avoir utilisé les moyens contraceptifs avaient un risque moins élevé de retard de croissance ($p=0.020$) et d'insuffisance pondérale ($p=0.036$) (Cf. Annexe C).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Taille de ménage

« Nous sommes les Africains, nous sommes les Kasaiens, nous aimons avoir beaucoup d'enfants. Nous mettons au monde comme des rats car c'est notre culture. »

La taille de ménage dans le territoire de Kamonia est à la fois régie par des croyances culturelles ainsi que par des stratégies de résilience. Les participants aux groupes de discussion disent d'avoir « hérité » un concept d'une grande famille, nourri par le principe « *enfant est une richesse* », de leurs ancêtres. L'enfant représente une « assurance de vieillesse » dans le contexte où l'Etat n'offre pas des moyens de survie à la population ayant dépassé l'âge de travail actif. Cependant, de nos jours, l'enfant représente aussi un mécanisme de survie pendant les années actives de ses parents qui n'arrivent plus de subvenir aux besoins de ménage sans aide. Ainsi, les ménages s'élargissent dans l'espoir que les enfants contribueront à la génération de revenu pour le ménage dès le bas âge, sans nécessairement bénéficier d'un investissement au préalable, en forme d'une alimentation et d'une éducation adéquate, pour leur permettre de réussir ce défi. Paradoxalement, les parents aspirent toutefois qu'au moins quelques de leurs enfants décrochent des grands postes dans la fonction publique pour augmenter leur estime sociale.

« Les couples mettent au monde beaucoup d'enfants mais ils n'ont pas des moyens de leur permettre manger à leur faim ou d'étudier. Les garçons sont censés d'aider les parents à faire le champ, les filles aident les parents à faire les travaux ménagers, elles travaillent dans les champs et un jour elles seront mariées pour permettre aux parents de bénéficier de la dot. »

Si dans le passé les ménages ont atteint 7 à 8 enfants en moyenne¹⁰⁰, aujourd'hui il s'agit de 9 à 12 enfants alors que les ressources disponibles dans les ménages se sont substantiellement réduites (Cf. K. Faible accès aux revenus). Les hommes évoquent une responsabilité d'agrandir leur clan et/ou tribu, surtout en produisant des héritiers males qui continueront à agrandir la tribu à leur tour. Les filles contribueront à la progression du clan de leur époux et ainsi leurs naissances ne sont pas autant valorisées bien que leur dot prenne l'importance ces dernières années (Cf. M. Faibles stratégies de résilience). Un groupe de participants aux groupes de discussion a associé l'agrandissement de ménages au découpage de groupements dans les années 1980. Pendant cette période, un groupement ne pourrait être prononcé qu'en cas des clans peuplés qui a apparemment déclenché une reproduction accélérée afin d'assurer que les clans soient éligibles d'être déclarés les groupements si toutefois un nouveau découpage soit organisé. D'ailleurs, la communauté a aussi mentionné des interventions d'une organisation non-gouvernementale dans le secteur de nutrition, à savoir la prise en charge de la malnutrition aigüe, qui a « *poussé la population de faire plus d'enfants pour pouvoir accéder à l'aide offerte* ». D'après les explications, il s'agissait de PlumpyNut® qui a été erronément confondu avec l'aide alimentaire.

L'accélération de la reproduction a été aussi liée à la compétition dissimulée parmi les hommes d'avoir plus de femmes et/ou d'enfants que d'autres hommes dans leur entourage, ainsi qu'à leur oisiveté, dû à un manque d'activités génératrices de revenu et d'activités de détente, qui favorise la poursuite des rapports sexuels pour se décontracter et donner le sens à la journée.

¹⁰⁰ Repartis entre 2 femmes, c'est à dire 3-4 enfants par femme.

Cependant, les hommes concernés n'ont pas distingué entre la sexualité et la procréation, non soutenant l'utilisation des moyens contraceptifs pour à la fois assouvir leur appétit sexuel et maîtriser les conséquences. Certains se sont manifestement détachés de leur responsabilité de prendre ses familles en charge, argumentant que la vie de leurs enfants dépend de Dieu et de l'Etat congolais comme « *la terre et les hommes appartient à l'état.* » Les femmes, de leur côté, regrettent cette déperdition de la prise en charge par les hommes.

« Ils nous prennent pour des chèvres qui vont se débrouiller toutes seules. Les enfants sont comme le bétail qu'il faut multiplier. Les hommes sont devenus des femmes et les femmes sont devenues des hommes, en portant une grande charge sur leurs épaules. »

La situation semble particulièrement alarmante parmi les jeunes générations qui précipitent d'accumuler les femmes et/ou les enfants à la plus grande vitesse que leurs moyens ne permettent.

« Auparavant, les hommes épousaient plus d'une femme, mais ils le faisaient après beaucoup de temps. Mais actuellement, à peine la femme a son premier enfant, l'homme épouse déjà une deuxième femme. Maintenant les jeunes changent des femmes régulièrement et ils se contentent de compter un nombre des enfants sans nécessairement avoir des moyens. »

Il est important à noter que les hommes retiennent le pouvoir décisionnaire sur un nombre d'enfants nés dans le ménage et un refus de la femme d'accoucher plus d'enfants peut être puni par un divorce et/ou une arrivée de la nouvelle épouse dans le ménage. Par conséquent, les femmes se sentent obligées de continuer à donner naissance à des enfants par peur que leur réputation et/ou position dans le ménage soit compromise (Cf. S. Faible pouvoir de décision des femmes).

Espacement de naissances

En comparaison avec les années antérieures, la communauté constate un raccourcissement de la période entre deux naissances, passant de 2-3 ans dans le passé à moins d'un an de nos jours. Auparavant, les couples ont observé la séparation de lits, c'est-à-dire une abstinence, pendant une année après l'accouchement. Ceci a permis à la femme de reprendre ses forces et assurer la prise en charge optimale de l'enfant. De nos jours, la séparation de lits ne se pratique plus, à l'exception de petites poches de communautés traditionalistes. Ce changement est lié à l'oisiveté des hommes qui ne partent plus autant pour travailler en dehors de lieu de leur domicile et ainsi ils peuvent continuellement réclamer des rapports sexuels. D'après les anciennes générations, ils manquent de la discipline pour s'abstenir ainsi que de la maîtrise de cycle menstruel de la femme pour limiter des rapports sexuels pendant la période féconde. Si toutefois la femme essaie d'éviter les rapports sexuels après l'accouchement, pendant ses règles et/ou la période féconde, cela peut déclencher des suspicions chez le mari qu'elle entretienne des relations sexuelles avec un autre homme et/ou résulter en violence physique envers elle comme le pouvoir de décision sur cette question appartient à l'homme (Cf. S. Faible pouvoir de décision des femmes).

D'ailleurs, les femmes évoquent que la taille de maison actuelle – qui est plus petite que les maisons dans le passé - ne permet plus la séparation de lits dû à un manque d'espace (une seule pièce pour toute la famille). La peur d'être abandonnée et/ou remplacée – interprétée comme la jalousie par les hommes – contribue également de manière importante à la motivation des femmes de maintenir des rapports sexuels fréquents avec leurs maris quel que soit l'inconvénient. Etant donné que les hommes cherchent à assouvir leurs besoins chez les autres femmes – qui peut conduire à la répartition de ressources financières déjà faibles et/ou un nouveau mariage, les épouses précipitent de les satisfaire malgré un risque d'une grossesse précoce dans l'espoir que l'homme se contentera d'eux. La nouvelle naissance présente une opportunité de recevoir un nouveau pagne ou chaussures qui peut en soit inciter une nouvelle grossesse.

« Les femmes après l'accouchement sont jalouses. Elles ne veulent pas que nous allions voir autres femmes alors elles se proposent pour les rapports sexuels même si elles savent que ce n'est pas bien pour l'enfant. »

En outre, les femmes affirment aussi de ne pas être suffisamment informées du fonctionnement du cycle menstruel, indiquant le début de la période féconde entre 5 jours après les règles jusqu'à 15 jours après les règles. Cependant, elles observent un retour précoce des menstrues qui varie de 2 à 5 mois après l'accouchement en contraste avec un an ou plus dans le passé. Ainsi, elles se trouvent en plus grand risque de grossesse précoce si elles entament et/ou elles sont imposées d'entamer des rapports sexuels avant le temps.

« Parfois nous tombons enceintes sans le savoir parce que nous n'avons pas eu notre menstruation et nous ressentons déjà les signes de la nouvelle grossesse. Dans ces cas, nous recourons à la médecine traditionnelle, nous pilons les feuilles de kapulay¹⁰¹ en les mélangeant avec le sel pour former des boules que nous utilisons pour arrêter la menstruation pendant la grossesse. »

Moyens contraceptifs

Malgré des années de sensibilisation sur la question, les moyens contraceptifs modernes ne jouissent pas l'acceptabilité générale pour des raisons variées. Les hommes sont plus préoccupés avec l'expansion de leur ménage et l'estime associée (Cf. Taille de ménage) alors que les femmes désapprouvent l'utilisation de moyens contraceptifs modernes plutôt par peur des effets secondaires. Les implants contraceptifs sont des moyens les plus utilisés mais aussi les plus redoutés. De manière générale, les femmes craignent des saignements abondants, irréguliers, longs et/ou la disparition des menstrues avec des conséquences sur leur capacité de concevoir au moment voulu (infertilité). Elles mentionnent aussi des vertiges, douleurs, infections des plaies (autour de lieu d'incision) ainsi que la migration et/ou la disparition d'un implant du lieu il a été inséré. Parmi d'autres moyens contraceptifs, la durée d'utilisation de 10 ans décourage l'application des dispositifs intra utérin (DIU). Les préservatifs ne sont pas appréciés car ils diminuent le plaisir sexuel et peuvent se trouver alors que la contrainte de consommer les comprimés journalièrement à la même heure limite leur appropriation. D'ailleurs, la prise de comprimés doit être accompagnée par l'alimentation régulière qui ne peut pas être toujours assurée dans une plupart de ménages dans la zone. L'injection est une méthode la moins utilisée comme elle ne peut pas être arrêtée et/ou enlevée si la femme change d'avis et/ou ses circonstances l'exigent. Quelques femmes ont confirmé d'avoir tombées enceintes lors de l'utilisation des moyens contraceptifs modernes ce qui a diminué l'adhésion à l'utilisation parmi leur entourage. A ce niveau, il est important à noter que les expériences défavorables de quelques individus dressent l'opinion de la population sur les risques de l'utilisation des moyens contraceptifs alors que les informations de prestataires de services ne s'adressent pas suffisamment à ces craintes et/ou elles n'offrent pas une marge de manoeuvre aux couples de prendre une décision éclairée sur le moyen d'espacement de naissances le plus approprié pour eux.

« Le personnel du programme de planification familiale ne nous instruit pas, souvent ils nous présentent juste le contraceptif à utiliser - sans nous expliquer comment ça fonctionne et quels sont les avantages et désavantages de l'utilisation. »

D'ailleurs, un avis défavorable du mari sur le sujet représente une barrière de non-utilisation majeure, si toutefois les femmes tenteraient d'utiliser les moyens contraceptifs en cachette. L'utilisation de moyens contraceptifs ne comprend qu'un risque de colère du mari, liée aux accusations d'infidélité, mais aussi un risque de divorce. Les participantes aux discussions de groupe ont partagé des anecdotes des femmes qui ont choisi de cacher leurs implants dans les mollets pour éviter leur découverte par les maris qui ont tendance de tâter leurs bras et les emmener au centre de santé de les enlever.

¹⁰¹ Nom scientifique indisponible au moment de la rédaction du rapport.

Dans certaines communautés religieuses, les méthodes contraceptives peuvent être interdites dans leur intégralité, soi-disant allant à l'encontre de la parole de Dieu. Dans les autres, certaines méthodes peuvent être autorisées pour espacer – mais pas limiter – les naissances. Cependant, le sujet de contraception est rarement abordé à l'église, les pasteurs ayant honte d'en parler. La discussion est souvent renvoyée uniquement aux assemblées de femmes alors que les hommes détiennent un pouvoir ou l'influence de décision sur le sujet. Les sensibilisations dans le contexte laïc sont aussi restreintes aux femmes. Les jeunes sont souvent exclus sous prétexte que cette question ne leur concerne pas et/ou que les informations partagées pourraient promouvoir la promiscuité.

Globalement, la communauté ne reconnaît pas des méthodes contraceptives traditionnelles à part de séparation de lits, soit l'abstinence, qui ne se pratique presque plus (Cf. Espacement de naissances). Le coït interrompu n'est utilisé que rarement. Seulement quelques participants aux groupes de discussion ont mentionné la limitation des rapports sexuels à la deuxième moitié du cycle menstruel de la femme.

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, les mères ont confirmé en moyenne 4-5 naissances, trois mères déclarant 7 à 9 naissances. L'âge médiane des mères lors du premier accouchement était de 20 ans, deux femmes déclarant la première naissance avant l'âge de 18 ans. La durée d'espacement entre l'enfant malnutri et son frère ou sœur non-malnutris a varié de 11 à 62 mois, avec la médiane de 27 mois. Curieusement, dans les multiples cas il s'agissait d'une sœur aînée, suivie par un frère cadet qui est devenu malnutri.

D. PETIT POIDS A LA NAISSANCE

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires (EDS 2014 & MICS 2018)</i>	++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	+
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+
Interprétation globale	+

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasai
Enfants <2.5kg déclarés	7.1% (MICS 2018)	10.7% (MICS 2018)
	7.1% (EDS 2014)	3.1% (EDS 2014)
Enfant à la naissance plus petit que la moyenne	8.9% (EDS 2014)	9.6% (EDS 2014)

- La proportion d'enfants pesés à la naissance est seulement de 46.4% au Kasai contre 73% au niveau national.¹⁰²

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

D'après la régression logistique de données MICS 2018, l'enfant né plus petit que la moyenne avait un risque plus élevé d'émaciation ($p = 0.005$) (Cf. Annexe C). Les données EDS 2014 n'ont pas inclut les indicateurs pour évaluer les liens statistiques entre le poids de l'enfant à la naissance et les déficits nutritionnels (Cf. Annexe A & B).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

¹⁰² 'Enquete Par Grappes a Indicateurs Multiples, MICS Palu, Rapports de Resultats de l'Enquete, 2017-2018'.

Lors des échanges communautaires le petit poids à la naissance n'a été repéré comme un facteur de risque de la sous-nutrition dans la zone d'étude par aucun interviewé. En outre, ni le personnel de santé n'a constaté un nombre important d'enfants nés à petit poids dans leurs structures sanitaires. D'après leurs témoignages, les femmes mettent au monde les enfants avec un poids de naissance moyen. En effet, lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, une majorité d'enfants (n=9) dans l'échantillon (N=12) était né en bonne santé avec leur poids décrit comme moyen ou plus élevé que le moyen.

E. FAIBLE ÉTAT NUTRITIONNEL DES FEMMES

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (EDS 2014 & MICS 2018)	+++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+++
Interprétation globale	+++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasai	Territoire de Kamonia
PB<230mm Femmes 15-49 ans			19.3 (SMART 2022)
PB<230mm Femmes enceintes			19.7 (SMART 2022)
PB<230mm Femmes allaitantes			23.8 (SMART 2022)
Anémie Femmes 15-49 ans	38.4% (EDS 2014)	46.9% (EDS 2014)	
IMC <18.5	14.4% (EDS 2014)	15% (EDS 2014)	
MDD-W (5/10 groupes)		14.1% (EFSA 2020)	7.0% (EFSA 2020)
Nombre de groupes d'aliments consommés		3.1 (EFSA 2020)	2.6 (EFSA 2020)
Prévalence VIH Femmes 15-49 ans	1.6% (EDS 2014)	0.8% (EDS 2014)	

- Pratiques nutritionnelles pendant la grossesse influencée par la pauvreté, l'accès insuffisant à une variété d'aliments, ^{103,104} les pratiques traditionnelles, les tabous alimentaires et le recours tardif à la CPN.¹⁰⁵ **Interdits alimentaires pour la femme enceinte** : œuf (*elle pourrait mettre au monde un enfant chauve*), viande de singe (*l'enfant ressemblerait à un singe*), viande de vache (*augmente le risque d'hémorragie à l'accouchement*), viande de porc (*donne la force à l'enfant qui rendrait le travail à l'accouchement plus difficile*) ; les haricots, bananes, patates douces et ananas sont également déconseillées aux femmes enceintes (*aliments pleins de « vitamines » ferait grossir le fœtus et rendrait l'accouchement très difficile*). Cependant, d'après les témoignages recueillis, ces interdictions seraient de moins en moins respectées.¹⁰⁶
- En raison des mauvaises conditions de vie depuis le conflit, certains ménages ont dû recourir à des mécanismes négatifs d'adaptation alimentaire tels que la réduction de la

¹⁰³ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

¹⁰⁴ Maykondo et al., 'A Qualitative Study to Explore Dietary Knowledge, Beliefs, and Practices among Pregnant Women in a Rural Health Zone in the Democratic Republic of Congo'.

¹⁰⁵ Maykondo et al.

¹⁰⁶ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

qualité et de la quantité de la nourriture. Lorsque la nourriture est rare, les femmes sont les premières à manger moins, mais continuent néanmoins à assumer leur lourde charge de travail domestique.¹⁰⁷

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

D'après la régression linéaire de données EDS 2014, l'Indice de Masse Corporelle (IMC) de la mère a été positivement associé à l'émaciation ($p=0.006$) et l'insuffisance pondérale ($p=0.011$), c'est-à-dire qu'une valeur croissante de l'IMC de la mère a diminué un risque de déficits nutritionnels chez l'enfant (Cf. Annexe B). D'après la régression logistique de données EDS 2014, les enfants des mères enceintes au moment de l'enquête avaient un risque plus élevé de l'émaciation ($p=0.038$) (Cf. Annexe A). Les données MICS 2018 n'ont pas inclus les indicateurs pour évaluer les liens statistiques entre l'état nutritionnel des femmes et les déficits nutritionnels de leurs enfants (Cf. Annexe C & D).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

« Si la femme n'est pas bien alimentée, cela contribuera à la détérioration de la santé de l'enfant. »

Lors des échanges communautaires les participants ont lié l'état nutritionnel de l'enfant avec celui-ci de sa mère, surtout pendant la période d'allaitement. Les femmes les plus vulnérables sur le plan nutritionnel sont les femmes qui accouchent pendant la période de semis au cours des mois de Septembre – Novembre. C'est une période marquée par la carence générale des aliments qui demande néanmoins la présence continue des femmes dans les champs pour rassurer la survie de ménage à travers la prochaine récolte. Ainsi, enceintes ou allaitantes, elles travaillent des longues heures sans manger, avec des conséquences potentielles sur leur état nutritionnel, le bien-être mental ainsi que leurs capacités d'allaiter les enfants exclusivement pendant les 6 premiers mois de leur vie.

« Les femmes travaillent beaucoup pour faire survivre leurs familles. Elles ne reçoivent aucun support de leurs maris, ce qui défavorise leur état nutritionnel, c'est ce qui explique pourquoi les femmes n'allaitent pas les enfants comme ça se doit, elles travaillent durement et mangent mal, elles sont fatiguées, d'où elles n'ont pas la force de mettre longtemps au sein leurs enfants. »

En ce qui concerne le régime alimentaire, les femmes enceintes sont déconseillées de consommer les haricots (afin d'éviter les saignements lors de l'accouchement), l'oseille (afin de prévenir que les jambes de la femme tremblent lors de l'accouchement), l'avocat, les œufs et les patates douces (afin de prévenir que l'enfant prenne beaucoup du poids, ce qui pourrait entraîner des complications lors de l'accouchement et/ou la mort de la mère), les plantains (pour prévenir que le nombril de l'enfant soit difficile à se détacher).

Les femmes allaitantes sont recommandées de consommer l'amarante, les chenilles, le poisson frais et/ou les sardines (en boîte), la pâte d'arachides, le lait et l'huile de palme pour stimuler la production du lait maternel. Les œufs crus avec le sucre peuvent aussi être recommandés. Parmi les boissons, l'eau et le thé rouge, tel que *tshikuyi*¹⁰⁸ et *moringa*¹⁰⁹, sont reconnus d'avoir les effets favorables sur la montée laiteuse. Pour stimuler la production du lait après l'accouchement, les femmes sont conseillées de boire le vin de palme, en mettant l'enfant au sein jusqu'à que le lait commence à couler.

La promotion de la consommation des feuilles de manioc (et/ou autres feuilles vertes¹¹⁰) par les femmes allaitantes semble être mitigée. Alors que dans certaines communautés, les feuilles vertes (feuilles d'haricots, oseille) sont recommandées pour faciliter la production du lait maternel – dès les premières heures après l'accouchement, elles peuvent être proscrites dans

¹⁰⁷ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamwasha, Province Du Kasai'.

¹⁰⁸ Moracée, *Moraceae*.

¹⁰⁹ *Moringa oleifera*.

¹¹⁰ Courge, haricots/niébé, oseille.

d'autres communautés (notamment les feuilles de manioc) afin d'éviter la diarrhée et/ou le retard de guérison des plaies internes après l'accouchement.

« Quand la femme accouche, elle ne peut pas manger les feuilles de manioc ni les feuilles de patates douces pour éviter la diarrhée et les plaies internes après l'accouchement. »

Autrement, les communautés ne semblent pas observer les interdits alimentaires pour les femmes allaitantes étant donné que les femmes « mangent tout pour assurer la bonne santé d'elles-mêmes et de leurs bébés ». Pourtant, dans une communauté, les aliments fermentés semblaient être déconseillés pour éviter que l'enfant fasse la diarrhée. Les mamans des enfants nés avec la hernie (ombilicale) sont déconseillées de consommer les feuilles de patates douces et le *mutshilu/misili*¹¹¹ afin d'éviter l'inconfort du bébé.

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, une majorité de mères dans l'échantillon (N=12) a jugé qu'elles n'ont pas consommé des aliments en quantité et qualité suffisantes ni pendant la période de grossesse ni pendant la période d'allaitement de l'enfant malnutri. Pourtant, d'après leur appréciation, leur régime alimentaire n'a pas substantiellement changé par rapport la période de grossesse et/ou d'allaitement de l'enfant ainé. Une moitié des femmes a constaté des symptômes typiques de la grossesse, tels que la fatigue, la nausée et/ou la perte d'appétit, parfois accompagnés par les douleurs du corps. La fatigue et les douleurs du corps ont été aussi fréquemment mentionnés par les femmes allaitantes. Seulement trois entre eux ont décrit leur état de santé comme « bon ».

V. SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS

F. BIEN-ETRE DU DONNEUR DE SOINS

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (EDS 2014 & MICS 2018)	+++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	++
Interprétation globale	++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasai
Femmes 15-49 ans satisfaites de leur vie en général	51.4% (MICS 2018)	47.9% (MICS 2018)
Femmes de 15-49 ans qui pensent que leur vie s'est améliorée durant l'année passée	36.1% (MICS 2018)	21.2% (MICS 2018)
Femmes de 15-49 ans qui pensent que leur vie sera meilleure dans un an	80.8% (MICS 2018)	87.5% (MICS 2018)
Femmes 15-49 ans qui ont subi violence physique au cours des derniers 12 mois	27.2% (EDS 2014)	35.4% (EDS 2014)
Femmes 15-49 ans qui ont subi violence sexuelle au cours des derniers 12 mois	16.3% (EDS 2014)	23.5% (EDS 2014)
Femmes 15-49 ans qui ont subi violence physique pendant la grossesse	12.5% (EDS 2014)	14.2% (EDS 2014)
Femmes 15-49 ans en union qui ont subi violence émotionnelle	36.6% (EDS 2014)	40.9% (EDS 2014)
Femmes 15-49 ans qui pensent que se faire battre par son mari est justifié pour au moins une raison	61.5% (MICS 2018) 74.8% (EDS 2014)	71.2% (MICS 2018) 85.2% (EDS 2014)

¹¹¹ Nom scientifique indisponible au moment de la rédaction du rapport.

Femmes 15-49 ans qui pensent qu'il est justifié qu'un mari batte sa femme si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui	39.1% (MICS 2018) 43.5% (EDS 2014)	51.8 (MICS 2018) 61,4% (EDS 2014)
Femmes 15-49 ans dont le mari est jaloux quand elles parlent à d'autres hommes	68.9% (EDS 2014)	72.9% (EDS 2014)
Femmes 15-49 ans dont le mari insiste de savoir où elles sont à tout moment	63.0% (EDS 2014)	61.0% (EDS 2014)
Femmes 15-49 ans dont le mari n'a exercé aucun type de contrôle	17.3% (EDS 2014)	15.6% (EDS 2014)

- Dépression maternelle : 20.6% des femmes enquêtées présentent des symptômes de dépression modérée ou sévère (WHO-5). Ceci peut s'expliquer par la surcharge de travail de la mère qui la rend moins disponible émotionnellement et physiquement pour s'occuper de son enfant, la grande vulnérabilité sociale des femmes (faible statut et pouvoir de décision de la femme), et la prévalence non négligeable de violence faites aux femmes.¹¹²
- Les violences domestiques sont aussi répandues qu'elles sont silencieuses. Elles se fondent sur les inégalités de genre et nuisent gravement à la santé physique et psychologique des victimes. Elles sont par ailleurs responsables de nombreuses grossesses non désirées, le consentement de la femme n'étant pas sollicité avant des rapports sexuels. Les violences domestiques sont souvent considérées comme justifiées. Par ailleurs, quand une femme ose porter plainte, il n'est pas rare que celle-ci soit refusée par les agents de police qui soit considèrent que c'est une affaire privée, soit estiment la réaction du mari justifiée.^{113,114}
- Sentiment d'insécurité chez les femmes et les filles en raison de la récurrence des violences basées sur le genre dans la zone,^{115 116}risques de violence sont associés à la collecte de bois pour la cuisson, en raison de la distance à parcourir pour en trouver.¹¹⁷
- Mutilations génitales féminines (MGF) : la pratique persiste dans les provinces du Kivu, du Kasai et du Katanga et dans la région de Kinshasa, en particulier dans les régions rurales.¹¹⁸

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

Malgré la disponibilité d'indicateurs relatifs au bien-être de donneur de soins, dans les bases de données EDS 2014, les associations statistiques significatives avec quel que soit la forme de la sous-nutrition n'ont pas été observées (Cf. Annexe A - B).

D'après la régression logistique de données MICS 2018, les enfants vivants dans les ménages où il a été estimé que la violence est justifiée si la femme sort sans autorisation du mari et si la femme refuse de rapports sexuels avaient un risque plus élevé d'émaciation ($p=0.048$, les deux). Les enfants vivants dans les ménages où il a été estimé que la violence est justifiée si la femme ne prenne pas soin des enfants avaient un risque plus élevé d'être émacié et d'être à la fois émacié et petit¹¹⁹ ($p=0.018$ et $p=0.050$) (Cf. Annexe C).

D'après la régression linéaire de données MICS 2018, le score du bien-être de la femme a été positivement associé au retard de croissance ($p=0.019$) et l'insuffisance pondérale ($p=0.002$), c'est-à-dire le score croissant du bien-être de la femme a diminué un risque de ces déficits

¹¹² Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

¹¹³ Commission Européenne, et al., 'La République Démocratique Du Congo Profil Genre Pays'.

¹¹⁴ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

¹¹⁵ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamwasha, Province Du Kasai'.

¹¹⁶ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

¹¹⁷ Luc.

¹¹⁸ Commission Européenne, et al., 'La République Démocratique Du Congo Profil Genre Pays'.

¹¹⁹ Enfant souffrant de deux déficits nutritionnels (émaciation et retard de croissance) simultanément, correspondant à un terme en anglais "concurrent wasting and stunting (WaSt) ; traduction en français suggérée par les membres de Groupe d'Intérêt Technique sur Emaciation et Retard de Croissance (WaSt TIG, Wasting and Stunting Technical Interest Group, <https://www.ennonline.net/ourwork/researchandreviews/wast/wasttigmembers>).

nutritionnels chez l'enfant (Cf. Annexe D). D'ailleurs, les enfants de mères qui ont déclaré de se sentir en sécurité quand elles marchent pendant la nuit avaient un risque moins élevé d'être à la fois émacié et petit.¹¹⁹

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

« Malgré tous nos efforts d'avancer, nous ne faisons que reculer. »

D'après les participants aux discussions de groupe, la charge mentale des femmes aussi que des hommes est surtout liée aux difficultés quotidiennes d'approvisionnement du ménage pour assurer sa survie. Le stress se manifeste par la fatigue, l'anxiété (« *nerfs tendus* »), le « *tourbillon constant des pensées dans la tête* », l'insomnie ainsi que par des douleurs physiques (maux de tête, maux d'estomac, maux de dos). Ils réfèrent à cet état comme continu qui ne peut être que légèrement atténué par les analgésiques (Diclofénac ou Dolaren), les solutions traditionnelles (infusions du café, *kalumba*, *kakuluayi* et *dintangi*¹²⁰) ou l'alcool, vu que les sources de stress persistent. La charge mentale est perçue comme très élevée avec une tendance de s'augmenter dans le temps depuis la rébellion *Kamuina Nsapu* comme les ménages n'arrivent pas se stabiliser et ils épuisent progressivement les stratégies d'adaptation qui sont leur disponibles.

« Avant la guerre, nous n'avions pas beaucoup de soucis. Nous vivions bien, sans difficultés. Pendant la guerre c'était une grande souffrance qui a légèrement diminué après avec l'aide des certaines organisations. Maintenant nous sommes presque au même niveau de la souffrance sans espoir que ça améliorera bientôt. Ça influence beaucoup des choses sur le plan relationnel. Les gens vivent sans joie, sans sourire, sans bonne humeur. »

Un manque de ressources financières pour l'achat des aliments, lié à un faible accès aux sources revenu et/ou la sous-exploitation des sources de revenu disponibles, est aussi un facteur prédominant des conflits conjugaux qui augmente davantage la charge mentale des personnes concernées.

« J'en ai des enfants à nourrir, je n'arrive pas à ne pas en penser. Ça me donne des maux de tête, maux d'estomac, je réfléchis toujours qu'est-ce que je pourrais faire pour mobiliser quelques francs pour mettre quelque chose à la table. Et si j'interpelle l'homme pour m'aider, il se fâche et menace de partir à l'Angola. Ça me stresse davantage parce que j'ai peur de me retrouver toute seule alors je lui demande de me pardonner. »

Les hommes ont avoué qu'ils n'arrivent plus à absorber la charge de leurs ménages et que cela représente une source de stress quotidien. Paradoxalement, ils continuent de les agrandir dans l'espoir que leur progéniture leur aidera dans le futur (Cf. C. Faible espacement des naissances / grossesses précoces/non désirées). Entre temps, la perception du stress constant peut déboucher sur les violences conjugales.

« Beaucoup d'hommes boivent pour oublier leurs soucis et puis ils oublient leurs responsabilités à la maison. Ils tabassent facilement les femmes quand elles leur demandent quelque chose. »

Néanmoins, les violences conjugales sont souvent banalisées même par les femmes victimes de ces délits, surtout quand elles sont préoccupées par la survie de leurs enfants. Pourtant, les femmes admettent que les moments du stress élevé les paralysent et préviennent d'octroyer des soins optimaux à leurs enfants.

« Quand je suis stressée, je n'arrive pas à allaiter mon enfant. S'il pleure, je lui repousse tout simplement. Et s'il continue pleurnicher, je peux même lui taper comme je ne supporte pas ses pleurs. »

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, une majorité de mères (n=9) dans l'échantillon (N=12) a admis de subir des difficultés de bien-être mental pendant la période de grossesse et/ou la période d'allaitement. Les femmes ont fait référence à la perception de la tristesse, anxiété, apathie et/ou troubles de sommeil. Néanmoins, d'après leurs observations, leur bien-être mental n'a pas substantiellement changé

¹²⁰ Nom scientifique indisponible au moment de la rédaction du rapport.

par rapport la période de grossesse et/ou d'allaitement de l'enfant ainé, signalant potentiellement le stress chronique.

G. PRATIQUES D'ALLAITEMENT NON OPTIMALES

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires (EDS 2014 & MICS 2018)</i>	+++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	++
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+++
Interprétation globale	+++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasai	Territoire de Kamonia
Initiation précoce à l'allaitement	46.9 (MICS 2018) 51.9 (EDS 2014)	41.4 (MICS 2018) 60.1 (EDS 2014)	90.5 (SMART 2022)
Allaitement Maternel Exclusif <i>Enfants 0-6 mois</i>	53.5 (MICS 2018) 47.6 (EDS 2014)	30.1 (MICS 2018)	41.9 (SMART 2022)
Durée médiane de l'allaitement maternel exclusif (en mois)	2.8 (MICS 2018) 2.2 (EDS 2014)	1.1 (MICS 2018) 1.2 (EDS 2014)	
Allaitement au sein prédominant <i>Enfants 0-6 mois</i>	70.4 (MICS 2018)	59.3 (MICS 2018)	
Durée médiane de l'allaitement prédominant (en mois)	4.3 (MICS 2018) 5.6 (EDS 2014)	3.8 (MICS 2018) 4.4 (EDS 2014)	
Allaitement continu à 1 an	88.2 (MICS 2018)	94.8 (MICS 2018)	
Allaitement continu à 2 ans	50.1 (MICS 2018)	66.7 (MICS 2018)	
Durée médiane de l'allaitement (en mois)	21.1 (MICS 2018) 21.8 (EDS 2014)	23.1 (MICS 2018) 23.6 (EDS 2014)	

- Barrières à l'allaitement maternel exclusif : a) reprise précoce (1 à 3 mois après l'accouchement) des travaux de champs, petit commerce ambulante dans les mines de diamant, transport des graviers dans les mines artisanales de diamant et autres activités génératrices ^{121,122} et, par conséquent, nourrissons laissés pendant la journée (8h-16h) sous la garde d'un enfant plus âgé (à partir de 4 ans) ou d'une grand-mère ;^{123 124} b) jeunes enfants non emmenés dans les champs en brousse en raison de la dangerosité perçue : présence d'animaux et d'insectes (notamment les fourmis), risque accru d'attaques sorcières et de présence morbide d'entités surnaturelles comme les esprits ;¹²⁵ alors que le temps passé par les mères hors de la concession a tendance à augmenter en raison du recul des parcelles considérées comme fertiles (c'est à dire, dans les forêts fraîchement brûlées

¹²¹ Action contre la Faim RDC, 'Enquete Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Democratique Du Congo, Juillet 2022'.

¹²² Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

¹²³ Daniel Arnoldussen.

¹²⁴ Action contre la Faim RDC, 'Enquete Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Democratique Du Congo, Juillet 2022'.

¹²⁵ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

- où on cultive mieux);¹²⁶ c) introduction précoce de l'eau soit pour calmer leurs pleurs (pleurs du bébé perçus comme signe de faim)¹²⁷ ou soit en signe de bienvenue/bénédictio au nouveau-né;¹²⁸ d) perception de l'insuffisance du lait maternel; ¹²⁹ e) nouvelle grossesse et la perception que l'allaitement doit être arrêté si la mère allaitante ne mange pas bien ;¹³⁰ f) méconnaissance de la durée recommandée de l'AME¹³¹ ; g) influence de la famille ;¹³²
- Fréquence et durée de l'allaitement maternel: absences maternelles ont aussi des conséquences sur la fréquence de l'allaitement, qui se réduit à quelques moments, insuffisants sur le plan nutritionnel. Le sevrage complet intervient vers 2-3 ans.¹³³

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

D'après la régression logistique de données EDS 2014, les enfants qui ont été mis au sein dans la première heure après la naissance avaient un risque moins élevé d'anémie ($p=0.012$) (Cf. Annexe A). D'après les données MICS 2018, les enfants qui ont été mis au sein dans la première heure après la naissance avaient un risque moins élevé de retard de croissance ($p=0.028$) (Cf. Annexe C). D'après la régression linéaire de mêmes données, le temps de mettre l'enfant au sein après l'accouchement a été négativement associé avec l'insuffisance pondérale ($p=0.030$), c'est-à-dire le temps plus élevé de mettre l'enfant au sein après l'accouchement a augmenté son risque de ce déficit nutritionnel (Cf. Annexe D). D'ailleurs, d'après la régression logistique de données MICS 2018, les enfants de moins de 6 mois qui ont bu le bouillon dans les 24 heures précédant l'enquête avaient un risque plus élevé de l'émaciation ($p=0.024$). Les enfants de moins de 6 mois qui ont bu les suppléments de vitamines avaient un risque plus élevé d'insuffisance pondérale ($p=0.051$) (Cf. Annexe C).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

« Grandir en bonne santé dépend d'un enfant à l'autre, cela ne dépend pas de l'allaitement maternel exclusif, il y a des enfants dans la communauté qui ont bien grandi sans allaitement maternel exclusif. »

Les communautés dans le territoire de Kamonia observent majoritairement l'allaitement prédominant. L'allaitement maternel exclusif devient de plus en plus inaccessible pour les femmes dans les ménages plus vulnérables qui sont obligées de reprendre leurs activités génératrices de revenu dans la/les première(s) semaine(s) après l'accouchement. Vu que la durée de repos après l'accouchement s'est raccourcie par rapport le passé (la femme pourrait se reposer environ 3 mois, maintenant 1 semaine à un mois), l'introduction de l'eau dans les premières heures après la naissance joue un rôle pratique avec les mères préparant le bébé pour la consommation de l'eau quand elles s'absentent du foyer.

« Quand nous reprenons nos activités, l'enfant reste avec un enfant aîné ou la grand-mère qui le surveille. Comme nous ne sommes pas là pour allaiter, ils lui donnent de l'eau pour calmer les pleurs. Pour que ça se passe bien, on habitue l'enfant à l'eau dès sa naissance. »

L'administration de l'eau soulage aussi les mères qui observent une diminution de la production de lait maternel et/ou la production du lait après l'accouchement soit retardée (ex. le lait ne

¹²⁶ Daniel Arnoldussen.

¹²⁷ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

¹²⁸ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

¹²⁹ Action contre la Faim, 'Rapport CAP Multisectorielle Finale, Zone de Santé de Kalonda Ouest, Province Du Kasai, République Démocratique Du Congo'.

¹³⁰ Action contre la Faim.

¹³¹ Action contre la Faim.

¹³² Action contre la Faim.

¹³³ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

commence couler que le 3^{ème} jour après l'accouchement¹³⁴). Une perception de la faible production du lait maternel stimule également une introduction des aliments semi-solides avant que l'enfant achève ses premiers 6 mois de vie (Cf. H. Pratiques d'alimentation des enfants 6-23 mois non-optimales).

« Certaines mères n'arrivent pas satisfaire leurs enfants par manque d'une bonne alimentation. C'est ainsi qu'elles doivent commencer à donner d'autres liquides et aliments à leurs enfants avant 6 mois. »

De manière générale, les femmes allaitent aussi souvent qu'elles peuvent. La fréquence d'allaitement varie dépendamment de leur charge de travail. Vu qu'elles s'éloignent du foyer pour une bonne partie de la journée, l'enfant est allaité le matin avant la sortie et ensuite le soir après son retour. Certaines femmes estiment qu'elles allaitent jusqu'à 8-10 fois par jour, autres pas plus que 3-5 fois par jour. La fréquence d'allaitement diminue pendant la période de semis (Septembre - Novembre) quand les femmes sont extrêmement occupées avec les travaux champêtres.

Les femmes allaitent les enfants jusqu'à 2 ans à l'exception des femmes qui tombent à nouveau enceintes. Dans ce cas, les femmes sevrèrent l'enfant brusquement, dû au changement de la couleur du lait dans le sein, ce qui est associé au risque de maladies pour l'enfant allaité. D'ailleurs, elles estiment qu'elles ne mangent pas suffisamment pour faire grandir le nouveau fœtus dans leur utérus et allaiter d'autre enfant au même temps. Les femmes dont les besoins nutritionnels soient satisfaits peuvent choisir de continuer à allaiter l'enfant et le sevrer progressivement.

« Lorsque les femmes sont enceintes, elles s'attachent plus au bébé dans le ventre et elles arrêtent d'allaiter le bébé qu'elles ont déjà. Aussi, une fois que la mère est enceinte, son lait change la couleur et cela peut causer la diarrhée chez l'enfant si elle continue de l'allaiter. »

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, une majorité d'enfants malnutris (n=9) dans l'échantillon (N=12) n'a pas été allaité exclusivement, recevant d'autres liquides et solides avant l'âge de 6 mois. Sept mères ont toujours allaité leurs enfants au moment de l'étude, y compris deux enfants dont les mères étaient enceintes à nouveau. L'âge moyen de ces enfants allaités était de 17 mois. Parmi les enfants sevrés (n=5), la durée d'allaitement a varié de 12 à 23 mois, souvent ne dépassant pas 18 mois.

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

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires (EDS 2014 & MICS 2018)</i>	++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	++
Interprétation globale	++

¹³⁴ Dans certaines communautés, l'enfant peut être allaité par une autre femme pendant les premiers 1 à 2 jours avant que le lait de sa mère commence à excréter.

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasai	Territoire de Kamonia
Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous <i>Enfants 6-8 mois</i>	81.9% (MICS 2018)		96.5% (SMART 2022)
MDD (≥4 groupes) <i>Enfants 6-23 mois</i>	15.2% (MICS 2018) 19.9% (EDS 2014)	10.3% (MICS 2018) 22.2% (EDS 2014)	11.6% (SMART 2022) 20.2% (EFSA 2020)
Fréquence de repas minimum <i>Enfants 6-23 mois</i>	34.1% (MICS 2018) 34.6% (EDS 2014)	28.6% (MICS 2018) 30.0% (EDS 2014)	55.6% (SMART 2022) 6.5% (EFSA 2020) ¹³⁵
Minimum Alimentaire Acceptable	8.0% (MICS 2018) 8.4% (EDS 2014)	4.2% (MICS 2018) 7.9% (EDS 2014)	8.9% (SMART 2022) 2.2% (EFSA 2020)

Facteurs de risque¹⁸: faible ou absence de consommation de patates douces, papaye et « autres légumes » (kwashiorkor)¹³⁶

- Dans le contexte d'hyper investissement des femmes dans les travaux champêtres, les jeunes enfants sont invités à développer leur autonomie très rapidement. L'enfant est incité à imiter les pratiques alimentaires familiales, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant n'est donc pas distincte de l'alimentation familiale. Le plus rapidement possible, avec les enfants d'1 ou 2 ans, on coupe de plus petits morceaux de fofou pour en faciliter l'ingestion. L'enfant est incité à mettre la main au plat pour saisir de lui-même les morceaux de fofou et les tremper dans les légumes et/ou la sauce, parfois sous la surveillance d'un adulte. Selon les témoignages récoltés, le sevrage complet intervient vers 2-3 ans.¹³⁷
- Introduction d'aliments solides ou semi-solides¹³⁸ à partir de 3 mois, lorsque la maman se remet à travailler aux champs, on allonge souvent le fofou avec de l'eau pour le rendre plus facile à ingérer, plus souple, un peu comme une bouillie. On commence également à donner de l'eau et/ou du thé au bébé.¹³⁹ La bouillie enrichie de fruits, farines spéciales (niébé, soja, poisson séché etc.) - ou d'autres décoctions - ne se prépare que lorsque l'enfant est malade. Perçue plus comme un "aliment- médicament" que comme un "aliment-nourriture", elle est utilisée à titre curatif plutôt qu'à titre préventif.^{140,141,142}
- Composition de repas : la plupart des repas de l'enfant sont composés de fofou (généralement 80-90% Manioc/20-10% Mais) et de feuilles de manioc. L'huile, les condiments, la viande ou le poisson sont ajoutés à la préparation en fonction des ressources du ménage. Les fruits (avocat, ananas, bananes, mangues, papaye) et les arachides ne sont pas donnés aux enfants hors de la période de récolte. Ils ont trop de valeur pour être donnés aux enfants et sont gardés pour être vendus.¹⁴³ Rareté de la consommation de produits protéinés, en particulier la viande (utilisée dans un cadre festif exclusivement). Le lait en poudre acheté sur le marché n'est pas donné aux enfants dans la grande majorité des ménages, mais consommé par le chef de famille et les aînés. Le lait

¹³⁵ 6 - 11 mois (13.1%), 12-17 mois (3.9%), 18-23 mois (3.2%).

¹³⁶ Kismul, Van Den Broeck, and Lunde, 'Diet and Kwashiorkor'.

¹³⁷ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

¹³⁸ Action contre la Faim, 'Rapport CAP Multisectorielle Finale, Zone de Santé de Kalonda Ouest, Province Du Kasai, République Democratique Du Congo'.

¹³⁹ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

¹⁴⁰ Daniel Arnoldussen.

¹⁴¹ Action contre la Faim RDC, 'Enquete Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Democratique Du Congo, Juillet 2022'.

¹⁴² Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

¹⁴³ Luc.

animal n'est pas consommé malgré le grand nombre de ménages qui possèdent des chèvres.^{144,145,146} Interdits alimentaires : les œufs sont interdits dans toutes les régions pour les jeunes enfants par des croyances des parents ou des gardiens d'enfant (convulsions, ne pas parler)¹⁴⁷

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

D'après la régression logistique de données EDS 2014, les enfants qui ont consommé des poissons avaient un risque moins élevé de retard de croissance ($p=0.024$) (Cf. Annexe A). Les données MICS 2018 ont produit des multiples associations statistiques contre-intuitives qui ne se triangulent pas avec d'autres sources de données. Pour cela, elles ne figurent pas parmi des résultats de l'étude (Cf. Limitations) mais peuvent être consultées dans l'Annexe C pour inspirer la future recherche.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Les femmes commencent à introduire des aliments semi-solides et solides à partir de 2^{ème} ou 3^{ème} mois, soit 3 ou 4 mois plus tôt que dans le passé. Les femmes infèrent que l'introduction des aliments est liée à la reprise de travail et que la situation actuelle ne leur permet pas de rester à la maison jusqu'à que l'enfant atteigne l'âge de 6 mois. Ainsi, la reprise précoce des activités génératrices de revenu entraîne l'introduction précoce des aliments pour assurer que l'enfant « *ne pleure pas de faim* » quand la mère est absente. Certaines femmes ajoutent que la surcharge de travail des femmes couplée avec un moindre accès aux aliments de qualité conduit à la dégradation de qualité du lait maternel qui ne parvient pas à satisfaire les besoins de l'enfant¹⁴⁸ et ainsi elles introduisent des aliments semi-solides et solides pour combler ces besoins.

« Nous travaillons beaucoup et mangeons moins bien que dans le passé. Même si on allaite l'enfant, le lait est léger et l'enfant pleure beaucoup. Ainsi, nous sommes obligées d'introduire des aliments à partir de 2^{ème} mois pour le calmer. »

Parmi les premiers aliments introduits à l'enfant figurent la bouillie à la base de farine de manioc, le fofou (maïs/manioc) avec des feuilles vertes et/ou l'eau salée, le pain, et le thé (rouge). Les communautés n'observent pas des interdits alimentaires pour les enfants, sauf dans les cas où l'enfant présente des symptômes de l'allergie.

Plus qu'à l'introduction précoce des aliments, les participantes aux groupes de discussion ont accordé l'importance à un changement de qualité de repas servis aux nourrissons et aux jeunes enfants dû à la diminution de sources de revenu de ménage. D'après elles, les enfants mangent des aliments de moindre qualité et quantité que dans le passé et ainsi ils sont plus vulnérables aux infections et/ou la sous-nutrition.

« Avant quand on avait des moyens financiers, nos enfants mangeaient deux ou trois fois par jour soit- le matin ils mangeaient les beignets avec le thé et pendant la journée le fofou avec le poisson ou les fretins et le soir encore la même chose. Maintenant nous ne sommes pas en mesure de leur en offrir. »

D'ailleurs, les participantes aux groupes de discussion notent l'irrégularité de repas offerts aux enfants. Etant donné que les femmes travaillent et approvisionnent le ménage à base journalière, les enfants ne mangent pas jusqu'au retour de la mère à la maison. Au plus tôt, les

¹⁴⁴ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

¹⁴⁵ UNICEF, 'Recensement et l'Evaluation de La Qualité Nutritionnelle Des Aliments de Complément Pour Les Enfants de 6 à 23 Mois En République Démocratique Du Congo (RDC)'.

¹⁴⁶ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

¹⁴⁷ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Sécurité Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Région Du Kasai (EFSA_COVID 19)'.

¹⁴⁸ A noter que cela est une perception communautaire alors que le corps féminin est capable de produire le lait maternel en qualité et quantité suffisante pour nourrir le bébé.

enfants peuvent manger leur premier (et dernier) repas de la journée à 14h, le plus souvent vers 17h ou 18h.

« Tout au long de la journée les enfants restent affamés jusqu'à ce que la mère ne revienne pour préparer le fofou. Quand le repas est préparé, les enfants n'ont plus d'appétit et soit ils mangent un peu ou pas du tout et ils dorment à ventre vide. »

Dans les ménages où le fofou de la journée précédente reste, ceci peut être servi aux enfants le matin refroidi comme les femmes ne maîtrisent pas comment et/ou n'ont pas le temps de le réchauffer.

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

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	+
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (EDS 2014 & MICS 2018)	-
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	+
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	++
Interprétation globale	+

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasai
Nombre moyen d'activités avec le père <i>Enfants 24-48 mois</i>	0.7 (MICS 2018)	0.9 (MICS 2018)
Nombre moyen d'activités avec la mère <i>Enfants 24-48 mois</i>	1.9 (MICS 2018)	2.2 (MICS 2018)
Enfants avec qui le père s'est engagé dans 4 ou plus activités ¹⁴⁹	6.7% (MICS 2018)	9.4% (MICS 2018)
Enfants avec qui la mère s'est engagée dans 4 ou plus activités	18.3% (MICS 2018)	18.3% (MICS 2018)
Score de l'indice de développement du jeune enfant <i>Enfants 36-48 mois</i> ¹⁵⁰	56.7% (MICS 2018) 65.5% (EDS 2014)	37.4% (MICS 2018) 39.8% (EDS 2014)
<i>Enfants <5 ans</i> laissés sous garde inadéquate durant la semaine dernière (laissés seules ou sous la garde de l'enfant <10 ans)	46.6% (MICS 2018) 49.1% (EDS 2014)	59.3% (MICS 2018) 60.0% (EDS 2014)
Méthode de discipline violente (agression psychologique, châtement physique) <i>Enfants 1-14 ans</i>	88.8% (MICS 2018) 81.6% (EDS 2014)	78.4% (MICS 2018) 78.3% (EDS 2014)
Répondants qui pensent qu'un enfant a besoin d'être physiquement puni	37.8% (MICS 2018) 27.1% (DES 2014)	22.9% (MICS 2018) 22.9% (EDS 2014)

- La distance qui sépare le village et les champs contraint les femmes à de longs déplacements et de longues absences, de plusieurs jours parfois. Les mères sont obligées de laisser leurs enfants se débrouiller seuls, parfois mais pas toujours sous la supervision du père, pour assurer leur alimentation. Les filles aînées, dès leur plus jeune âge (5 ou 6 ans), sont alors chargées de veiller à l'alimentation des plus petits et de leur prodiguer les soins qu'ils réclament. Elles participent fortement à l'éveil de l'enfant et à son soutien affectif. Elles excèdent largement ce que l'on pourrait attendre de grandes sœurs et semblent, a priori, jouer un rôle de quasi-mères pendant l'absence des mamans. Pourtant,

¹⁴⁹ Lire des livres ou regarder des images, raconter des histoires, chanter, emmener les enfants hors du foyer, de la concession ou de la cour, jouer avec les enfants et passer du temps avec les enfants à nommer, compter ou dessiner des choses.

¹⁵⁰ Inclut 4 domaines : lecture et calcul, développement physique, développement socio-affectif et apprentissage.

elles n'ont ni la maturité, ni les compétences pour assurer des soins et une alimentation adéquate à leurs cadets et cadettes. Elles ont parfois la garde de nombreux jeunes enfants, lorsqu'elles gardent les enfants de plusieurs mères.^{151,152}

- 83,4 % des interactions entre les mères (ou donneurs de soin principal) et les enfants ont été jugées inappropriées.¹⁵³
- Différences dans les pratiques de soins apportées aux enfants selon leur genre : dès la naissance de l'enfant, il est possible que les pratiques d'éducation et de soins, définies par des projections sociales, diffèrent selon le genre de l'enfant : « *on aime plus les filles, si la fille grandit bien, elle va avoir une bonne dot, c'est une richesse dont il faut prendre soin* ». En effet nous pouvons supposer que la fille, considérée comme un « *investissement* » pour une « *richesse futur* » (dot) avec des caractéristiques sociales plus propices à l'attachement des parents (« *docile* », « *jolie* ») bénéficie de plus de soins de la part de ses parents que le garçon (« *têtu* ») qui doit apprendre à être un homme et être fort, et donc plus élevé « *à la dure* »).¹⁵⁴

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

Les données EDS 2014 et MICS 2018 n'ont pas inclut les indicateurs relatifs aux interactions entre l'enfant et le donneur de soins (Cf. Annexe A - D).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

« Nous laissons nos enfants seuls quand nous allons au champ parce que chez nous, tout le monde doit travailler. Si l'un de deux parents reste à la maison, le ménage aura une grande difficulté, les travaux champêtres n'évolueront pas du tout parce qu'une seule personne ne saura pas travailler un grand terrain [nécessaire pour nourrir tout le ménage]. »

De manière générale, les interactions entre l'enfant et le donneur de soins (mère) sont extrêmement limitées dû à l'indisponibilité physique et psychique de parent. En effet, en plus de l'absence de la mère dans le ménage au cours de la journée dû à son engagement dans les activités génératrices de revenu, ces dernières présentent des symptômes de détresse psychologique, causée par des préoccupations économiques du ménages et/ou des conflits conjugaux (Cf. F. Bien-être du donneur de soins). Ainsi, les enfants passent une grande partie de la journée surveillés par leurs sœurs ou frères aînés (« *ndeji* »), même si ce rôle est plus souvent accordé aux filles. Les bébés de moins de 3 mois sont confiés aux adultes et/ou les jeunes expérimentés alors que les enfants de plus de 3 mois peuvent être confiés aux enfants dès l'âge de 7 ans. Un groupe des participants aux discussions de groupe dans le contexte urbain a déclaré qu'elles sont parfois obligées de laisser les petits sous garde des enfants de 3 ans si toute autre personne n'est pas disponible de leur apporter l'aide. Dans le contexte rural, les enfants peuvent être parfois amenés au champ si la mère n'a personne pour les surveiller au cours de la journée (et le champ ne présente pas le risque à la fois sécuritaire et à la fois sanitaire) ou si la mère a un autre enfant pour surveiller le petit pendant qu'elle travaille (pour protéger l'enfant des chutes d'arbres, piqures des insectes, etc.). Ceci représente un changement de pratique par rapport au passé quand les enfants, attachés au dos, ont accompagné les mères au cours de la journée. De nos jours, les femmes se sentent fatigués de marcher avec l'enfant toute la journée (Cf. E. Etat nutritionnel des femmes) alors que l'enfant au dos limite aussi le volume de bois de chauffe ou autre qu'elles sont capables de transporter si l'enfant n'est pas présent. D'ailleurs, le faible espacement de naissance contribue aux faibles interactions entre l'enfant et le donneur de soins vu que la mère a tendance de se concentrer plus sur le bien-être de nouveau fœtus que l'enfant déjà né.

¹⁵¹ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

¹⁵² Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

¹⁵³ Luc.

¹⁵⁴ Luc.

« Quand la mère reconnaît les signes de la nouvelle grossesse, elle se déconnecte de l'enfant déjà né quel que soit son âge - pas seulement en termes de son alimentation mais aussi en termes d'affection. Certaines peuvent même commencer à maltraiter l'enfant, en le tapant, notamment s'il demande constamment l'attention de sa mère/. »

Les observations lors de l'étude qualitative ont révélé que les enfants sont le plus souvent surveillés par les filles de 5 à 12 ans, suivi par les garçons de même âge ainsi que les jeunes femmes et hommes de 12 à 18 ans. Les mères elles-mêmes et/ou autres femmes >18 ans ont été observées de surveiller les enfants seulement au début et à la fin de la journée après qu'elles ont approvisionné le ménage pour préparer le repas de jour. Si elles étaient présentes, les mères ont parfois gardé l'enfant à portée de vue alors que les interactions avec l'enfant (parler, jouer, chanter) pour favoriser son développement n'ont été observé que rarement. Le plus souvent, les interactions d'apprentissage ainsi que les démonstrations d'affection ont été fournies par les enfants à qui les petits ont été confiés. La punition physique par la mère (frapper, donner une fessée et/ou crier) n'a été observée que parfois. D'après les participantes aux discussions de groupe, la mère peut commencer à maltraiter quand elle tombe enceinte, donnant une préférence affective au fœtus. Si l'enfant a été observé d'être physiquement puni par une autre personne, le plus souvent il s'agissait des membres de ménage masculins, surtout les garçons de 5-12 ans.

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS D'EXISTENCE

Le Kasai a un climat humide (tropical) et sec (savane), ce qui lui confère un grand potentiel de production agricole. La province compte environ dix mois de pluie, divisés en deux saisons. La première saison des pluies s'étend de la mi-août à la mi-janvier et la seconde de la mi-janvier à la mi-juin. La saison sèche s'étend de la mi-juin à la mi-août. En moyenne, le Kasai reçoit environ 1100 mm de précipitations par an. La température quotidienne moyenne au Kasai varie entre environ 21°C et 31°C. Le Kasai est couvert par la forêt dense humide (ou équatoriale) au nord, la savane au sud et la forêt subéquatoriale dans les autres parties de la province. L'hydrographie est principalement composée de la rivière Kasai, elle-même alimentée par plusieurs affluents. Le sol de la province est riche et fertile et se prête bien à la culture de produits de base tels que le maïs, le riz, le niébé, le manioc et les légumes.¹⁵⁵

J. FAIBLE ACCES A UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la littérature scientifique ⁶¹	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la revue des données secondaires pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des analyses de données secondaires (EDS 2014 & MICS 2018)	-
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+++
Interprétation globale	++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁷

Indicateur %	National	Province du Kasai	ZS Kamonia	ZS Tshikapa	ZS Kanzala	ZS Kamwasha	ZS Mutena
Insécurité alimentaire (modérée ou sévère)		73.6% H: 72.6/ F: 82.3% (EFSA 2020)	88.5% (EFSA 2020)	73.2% (EFSA 2020)	62.9% (EFSA 2020)	87.5% (EFSA 2020)	70.4% (EFSA 2020)
Insécurité alimentaire (sévère)		H : 23.6% F : 35.6% (EFSA 2020)	35.4% (EFSA 2020)	22.1% (EFSA 2020)	14.4% (EFSA 2020)	40.3% (EFSA 2020)	34.6% (EFSA 2020)

¹⁵⁵ Yehouenou, L and Kakpo, A., 'Desk Review and Market Study in Kasai and Kasai Central Provinces of the Democratic Republic of the Congo (DRC)'.

Score de Consommation Alimentaire (pauvre ou limite)		H : 52,7% F : 66,3% (EFSA 2020)	69,9% (EFSA 2020)	52,6% (EFSA 2020)	40,1% (EFSA 2020)	76,4% (EFSA 2020)	54,4% (EFSA 2020)
Score de diversité alimentaire		H : 5,0 F : 4,8 (EFSA 2020)	5,0 (EFSA 2020)	5,2 (EFSA 2020)	5,7 (EFSA 2020)	4,9 (EFSA 2020)	5,6 (EFSA 2020)
Échelle d'insécurité alimentaire (faim sévère)		H : 3,2% F : 6,7% (EFSA 2020)	6,2% (EFSA 2020)	2,1% (EFSA 2020)	2,3% (EFSA 2020)	10,4% (EFSA 2020)	2,5% (EFSA 2020)

- Le problème d'insécurité alimentaire est tant conjoncturel que structurel. Les systèmes de production, basés sur une agriculture et un élevage de subsistance, ne parviennent pas à couvrir les besoins alimentaires d'une population en croissance rapide. D'ailleurs, pendant que la croissance démographique est en hausse, le volume des productions agricoles est en baisse.¹⁵⁶
- Profil des ménages en insécurité alimentaire : ménages ayant moins de sources de revenu, ménages dirigés par les chefs ayant un faible niveau d'instruction, ménages dirigés par les femmes, ménages dirigés par un veuf.ve, ménages ayant au moins quatre membres en leur sein, ménages ayant subi au moins un choc dans le mois qui a précédé l'enquête.¹⁵⁷ Les populations rurales et les populations urbaines à très faibles revenus demeurent les plus vulnérables à l'insécurité alimentaire.¹⁵⁸
- Vulnérabilités spécifiques exacerbant l'insécurité alimentaire : enfants orphelins (victimes de stigmatisation, souvent traités de sorciers et vivent de la mendicité), enfants en situation de séparation familiale, femmes et adolescentes enceintes ou allaitantes, personnes âgées, personnes vivant avec handicap ou maladie chronique, personnes déplacées. Au niveau de la communauté, les bénéficiaires de l'assistance alimentaire peuvent faire l'objet des menaces et de vol de ration extorqué par les bandes de garçons organisés.¹⁵⁹
- Panier alimentaire typique des ménages du Kasai : constitué principalement de céréales et tubercules, pauvre en protéines d'origine animale ;^{160 161 162} L'aliment de base reste le manioc, le plus souvent pilé et mélangé avec la farine de maïs pour faire du fofou, accompagné des feuilles de manioc. La consommation de la viande, des poissons, fretins ou soit des chenilles dépend du revenu du ménage et de la disponibilité saisonnière.¹⁶³ Les autres aliments de base incluent les légumineuses (y compris niébé, arachides et autres haricots secs dans une moindre mesure), bananes plantains, riz et l'huile de palme. Les pommes de terre et les patates douces sont cultivées mais ne font pas partie intégrante des habitudes alimentaires des habitants.¹⁶⁴ La poule est réservée pour des occasions, cérémonies (mariages, naissances, échangé contre soins chez le guérisseur, vente quand choc) tandis que la chèvre est considérée comme un investissement destiné à la revente

¹⁵⁶ FAO, 'Politique Nationale de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle, Plan d'Action Opérationnel 2021-2025'.

¹⁵⁷ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Sécurité Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Region Du Kasai (EFSA_COVID 19)'.

¹⁵⁸ FAO, 'Politique Nationale de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle, Plan d'Action Opérationnel 2021-2025'.

¹⁵⁹ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshwa, Province Du Kasai'.

¹⁶⁰ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Sécurité Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Region Du Kasai (EFSA_COVID 19)'.

¹⁶¹ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

¹⁶² UNICEF, 'Recensement et l'Evaluation de La Qualité Nutritionnelle Des Aliments de Complément Pour Les Enfants de 6 à 23 Mois En République Démocratique Du Congo (RDC)'.

¹⁶³ Action contre la Faim RDC, 'Enquete Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Democratique Du Congo, Juillet 2022'.

¹⁶⁴ Yehouenou, L and Kakpo, A., 'Desk Review and Market Study in Kasai and Kasai Central Provinces of the Democratic Republic of the Congo (DRC)'.

ou à la dote d'une femme.¹⁶⁵ Le maïs est aussi utilisé pour la fabrication de boisson alcoolisée « *tshitshampa* » quel que soit la période de soudure ou d'abondance.¹⁶⁶

- Sources d'aliments : l'achat (58,3 %), la propre production (32 %), la chasse, cueillette et pêche (5,5 %)¹⁶⁷ Les femmes jouent un rôle intégral dans l'approvisionnement des ménages en produits alimentaires, en assumant diverses fonctions liées à la production, à la transformation et à la commercialisation des aliments.¹⁶⁸
- Dépenses alimentaires : 47% des ménages dans le territoire de Kamonia allouent au moins 65% de leurs revenus mensuels à l'achat de la nourriture, sacrifiant certaines dépenses non-alimentaires essentielles comme la santé et l'éducation.¹⁶⁹ Le « désengagement des hommes » a été identifié comme cause de la « mauvaise santé des enfants » dû à l'utilisation des ressources du ménage à d'autres fins que celles de subvenir aux besoins de leurs familles (notamment en priorisant l'achat d'alcool, de vêtements, de cigarettes/chanvre, de tôles pour le toit de la maison, l'achat de nouveaux animaux, la dote d'une nouvelle femme ou le recours à la prostitution.¹⁷⁰
- Nombre de repas par jour : deux repas par jour pendant la période d'abondance, un repas par jour pendant la période de soudure.
- Distribution de repas est effectuée selon l'âge et le sexe. Les meilleurs morceaux de viande, les légumes, et la plus grosse part de fufou est réservée au chef de famille. Vient ensuite les fils aînés, puis la répartition est effectuée en fonction de l'âge des enfants avec l'idée communément admise que les plus jeunes ont des plus petits besoins en termes de quantité et de qualité. Les coutumes veulent que les filles mangent et préparent avec leurs mères à la cuisine, tandis que les garçons (à partir de 3-5 ans) mangent dans une autre pièce. De ce fait il est possible que les filles bénéficient de plus de surveillance et de soins de leur mère.¹⁷¹
- L'alimentation n'est pas toujours pensée comme un "projet dinatoire", planifié. La plupart du temps, en ce qui concerne les accompagnements du fufou, les menus sont composés sur base de ce que les femmes, rentrant des champs, vont pouvoir collecter sur le chemin du retour, en fonction des disponibilités saisonnières. C'est particulièrement le cas en période de disette, lors des soudures, lorsque les jardins sont vides et les produits peu disponibles. La disette fait également partie d'une journée normale, puisque les aliments ne sont disponibles dans la famille que le soir. Naturellement, lorsque la faim fait partie de l'ordinaire, manger devient un acte qui sert à calmer la sensation de faim, plutôt qu'à se nourrir d'une façon qui prendrait en compte des besoins nutritionnels. Au village, la boule de fufou doit "remplir le ventre". On l'avale d'ailleurs sans la mâcher car c'est une boule "souple" et on affirme pouvoir en consommer 2 ou 3 en un repas. Le volume des boules est notoirement plus important qu'en ville. Les accompagnements sont accessoires, souvent négligés.¹⁷²
- Le régime alimentaire tant en qualité qu'en quantité est tributaire à la fois des obligations sociales incontournables (participation au paiement d'une compensation matrimoniale, contribution à un deuil, etc.) et d'événements imprévus dispendieux (maladies, accidents,

¹⁶⁵ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

¹⁶⁶ Action contre la Faim RDC, 'Enquete Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Democratique Du Congo, Juillet 2022'.

¹⁶⁷ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Securite Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Region Du Kasai (EFSA_COVID 19)'.

¹⁶⁸ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshu, Province Du Kasai'.

¹⁶⁹ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Securite Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Region Du Kasai (EFSA_COVID 19)'.

¹⁷⁰ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

¹⁷¹ Luc.

¹⁷² Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

etc.). Dans ces circonstances, l'alimentation passe au second plan, elle diminue en quantité comme en qualité et sert de tampon qui permet d'absorber les dépenses inattendues.¹⁷³

- Les mois de soudure (Septembre - Novembre) sont les mois où les ménages manquent le plus de nourriture, avec une grande partie des productions de l'année précédente ayant été vendue après leurs récoltes et les réserves ne suffisent pas à alimenter la famille jusqu'à la période des nouvelles récoltes.^{174,175,176}

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

Les données EDS 2014 et MICS 2018 n'ont pas inclus les indicateurs relatifs à l'accès à une alimentation de qualité (Cf. Annexe A - D).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Le régime alimentaire de ménages varie en fonction de la saison et des ressources financières disponibles. De manière générale, les ménages consomment un à deux repas par jour¹⁷⁷ pendant la période de récolte – quand les aliments sont facilement disponibles - et un repas par jour pendant la période de soudure – quand les ménages ne parviennent plus à manger à leur faim. Le temps de repas dépend largement des capacités de ravitaillement de la mère, le plus souvent dans les heures d'après-midi ou le soir. Ceci représente un changement par rapport le passé où les ménages ont pu consommer jusqu'à 3 repas par jour.

Une synthèse des plats consommés pendant la période de récolte et la période de soudure se trouve dans le tableau 11 ci-dessous. Une plus grande différence entre l'alimentation pendant les deux périodes consiste en qualité de fufou (préparé à la base de maïs et de manioc (plus apprécié) vs. préparé à la base de manioc (moins apprécié¹⁷⁸) et l'accompagnement d'une variété des feuilles vertes (feuilles de manioc/patates douces) avec ou sans l'huile. Les feuilles vertes préparés sans l'huile ne sont pas autant appréciées et elles sont associées à la souffrance. Le repas souhaité devrait inclure le fufou, accompagné de protéine animale (chenilles, poisson, poulet, viande rouge) mais sans feuilles vertes comme il est estimé qu'ils les consomment autant déjà qu'ils sont « *tout vert à l'intérieur.* »

	Période de récolte	Période de soudure	Repas souhaité
<i>Petit déjeuner</i>	– Fufou de jour précédent	– Pas de repas	– Thé au lait + pain/banane plantain + avocat et/ou œufs ou riz + haricots
<i>Déjeuner</i>	– Pas de repas	– Pas de repas	– Fufou + chenilles/ poisson/ poulet/ viande rouge
<i>Dîner</i>	– Fufou + feuilles vertes + piment + différentes variétés de fretins + gombo (parfois)	– Fufou + feuilles vertes (très souvent les feuilles de manioc (« <i>pondu</i> »))	– Fufou + chenilles/ poisson/ poulet/ viande rouge

Tableau 11: Résultats de l'exercice participative sur la composition des repas, Territoire de Kamonia

La communauté constate un changement de régime alimentaire après la rébellion *Kamuina Nsapu* en 2017. Les repas ont été réduits en qualité, en quantité mais aussi en fréquence. D'après la description des participants aux groupes de discussion, les repas consommés dans le passé étaient plus diversifiés, composés de fufou ou du riz avec l'accompagnement des haricots, chenilles, fretins, poisson frais, et feuilles vertes préparés avec l'huile, arachides, amarante et aubergines. En effet, la composition de repas avant 2017 a beaucoup ressemblé

¹⁷³ Daniel Arnoldussen.

¹⁷⁴ Action contre la Faim RDC, 'Enquete Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Democratique Du Congo, Juillet 2022'.

¹⁷⁵ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

¹⁷⁶ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Securite Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Region Du Kasai(EFSA_COVID 19)'.

¹⁷⁷ Ceci peut inclure le reste de repas du jour precedent.

¹⁷⁸ Contient beaucoup d'eau et d'acide et peut causer des blessures internes.

à la description de repas désiré dans le tableau ci-dessus. Actuellement, une diversification des aliments est peu accessible pour une majorité de ménages pour des raisons financières. Les participants aux groupes de discussion ont expliqué qu'avant 2017 ils étaient capables de mobiliser 10 USD, soit 9000 FC par jour et avec ce montant ils pourraient se procurer le maïs à 2500 FC, riz à 800 FC, niébé à 2000 FC, poulet à 1500 FC, poisson à 500 FC, arachides à 500 FC, l'huile à 1000 FC et feuilles vertes à 500 FC pour constituer des repas équilibrés au cours de la journée. Actuellement, ils ont besoin de mobiliser au moins 2 USD, soit 5000 FC pour se procurer de maïs à 2000 FC, manioc à 1500 FC, feuilles vertes à 500 FC et l'huile à 1000 FC. Alors que ceci peut être difficile certains jours, cette somme ne les permet pas d'acheter d'autres aliments qu'ils avaient habitude de s'offrir. Le riz, les légumineuses et les produits d'origine animale n'entrent plus dans leurs budgets limités.

« De nos jours, je pourrais juste avoir 3000 FC par jour et si cela arrive, je peux emprunter le reste pour nous offrir le repas de base ou je suis obligée de couper les feuilles vertes et l'huile et manger le fufou avec l'eau salée. »

A part de l'augmentation des prix des aliments sur le marché, la diminution d'accès aux aliments a été liée à la baisse de la production agricole, la perte des animaux domestiques (qui ont joué leur rôle de caisse) ainsi que le faible support des maris.

« A l'époque du président Mobutu, on mangeait bien, le régime alimentaire a commencé à changer à partir de 2001, après le changement du pouvoir, suivi de l'instabilité de la monnaie. Puis avec l'évènement Kamuina Nsapu, la production agricole a baissé, on n'élève plus des animaux comme avant aussi. Avant, on pouvait vendre les bêtes et s'approvisionner. »

D'ailleurs, le prix de certains produits alimentaires varie aussi au cours de l'année, dépendamment de leur disponibilité saisonnière. Par exemple, lors de la période de semis de maïs (Avril - Mai, Septembre - Novembre), son prix peut augmenter deux à trois fois par rapport d'autres mois de l'année (1200 FC vs. 2400 - 3600 FC/mesurette) dû à la grande demande (semis + consommation) mais l'offre limitée. De l'autre côté, la disponibilité des feuilles vertes est plus restreinte pendant la période sèche (Mai - Aout), augmentant son prix de 100 FC à 300 FC.

En termes de préférences, les participants aux groupes de discussion avaient tendance de choisir les aliments qui les ressaisissent, qui sont disponibles toute l'année et peuvent être procurés à un prix abordable. Par exemple, la population apprécie le gout d'arachides mais le produit est considéré très couteux et ainsi consommé rarement. Le poisson, la viande rouge et les œufs semblent d'être plus préférés que le poulet alors que les chenilles triomphent parmi toutes les sources de protéine animale.

La synthèse des perceptions des bienfaits des aliments catégorisés comme « bons pour la santé », leur disponibilité et le prix au moment de l'étude qualitative se trouve dans le tableau 12 ci-dessous.

Aliment	Perception des bienfaits	Disponibilité	Prix actuel
Lait	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la tension artérielle ; - Récupération de l'eau perdu pendant l'accouchement (en cas de la femme qui a donné naissance); - Renforcement de l'état nutritionnel 	- Toute l'année	500 FC (cuillère)
Œufs	- Augmentation du sang ;	- Toute l'année	500 FC
Poulet	-	- Toute l'année	10000 - 15000 FC
Poisson frais	- Augmentation rapide du sang (en cas de l'enfant anémique)	- Toute l'année, surtout pendant la période sèche	4000 - 6000 FC (poisson sec 2000 - 10000 FC)
Chenilles fraîches ou séchées	- Riche en vitamines ;	- Avril / Aout	3000 - 7000 FC

Viande rouge	–	– Toute l'année	5000 - 35000 FC ¹⁷⁹
Haricots/niébé	– Riche en vitamines ; – Augmentation du sang ; – Favorise la prise du poids ;	– Haricots : Février, Niébé : Avril - Décembre	4000 – 8000 FC (niébé 6000 FC)
Arachides	– Augmentation de la force ;	– Avril - Décembre	3000 – 6000 FC
Gombo	– Augmentation du sang ; – Fortification du corps ;	– Mai - Aout	100 – 200 FC
Champignons	–	– Octobre	200 FC
Mais	–	– Janvier / Avril	2000 FC
Patates douces	–	– Février ?	500 FC
Bananes plantains	– Augmentation de la force ; – Favorise la prise du poids ;	– Juin-Juillet	500 FC
Feuilles vertes	– Riche en vitamines ; – Fortification du corps	– Toute l'année, mais la quantité diminue pendant la période sèche	100 FC
Fruits	–	–	200 – 300 FC

Tableau 12: Perceptions des bienfaits, de disponibilité et de prix des aliments disponibles dans le Territoire de Kamonia

Autres aliments consommés (et disponibles dans leur milieu) incluent le taro, igname, oseille, aubergine, tomate, chou, oignon et épinards.

Les repas ne sont préparés que par les femmes et/ou les jeunes filles. Ils sont repartis parmi tous les membres de ménage, une meilleure partie étant réservée aux hommes, car ils ont doté la femme. Si le repas se compose de fofou avec les feuilles vertes, les membres de ménage peuvent manger ensemble. Mais si l'homme demande un repas spécial, y compris la protéine animale, il mange séparément. De manière générale, environ 40% de repas est réservé aux parents, 35% aux enfants garçons et 25% aux enfants filles. Dans certains ménages, les filles et les garçons reçoivent des portions égales mais ils mangent séparément malgré tout.

K. FAIBLE ACCÈS AUX SOURCES DE REVENUS

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (EDS 2014 & MICS 2018)	+++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+++
Catégorisation par l'équipe qualitative	+++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+++
Interprétation globale	+++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasāi	Territoire de Kamonia
Quintile de bien-être économique – le plus bas	20.0% (MICS 2018)	51.3% (MICS 2018)	
Possession de terres agricoles (ménage)	52.6% (MICS 2018) 59.9% (EDS 2014)	70.6% (MICS 2018)	
Possession des animaux (ménage)	30.3% (MICS 2018) 46.8% (EDS 2014)	30.7% (MICS 2018)	
Possession d'un moyen de transport – bicyclette (ménage)	18.6% (MICS 2018) 24.1% (EDS 2014)	8.1% (MICS 2018)	
Possession de la télévision (ménage)	19.4% (MICS2018) 15% (EDS 2014)	0.2% (MICS 2018)	3.0% (AHRE 2022)

¹⁷⁹ Dépendamment de la quantité et qualité de la viande.

Possession d'un téléphone portable (ménage)	51.8% (MICS 2018 39.1% (EDS 2014))	33.2% (MICS 2018)	19.5% ¹⁸⁰ (AHRE 2022)
Accès à l'électricité (ménage)	19.6% (MICS 2018) 13.5% (EDS 2014)	0.0% (MICS 2018)	10.4% (AHRE 2022)
Revêtement du sol - terre/nature/ bouse	71.6% (MICS 2018) 81.8% (EDS 2014)	96.5% (MICS 2018)	
Combustible utilisé dans la cuisine - bois	58.7 (MICS 2018) 71.3% (EDS 2014)	83.8 (MICS 2018)	
Endettement de ménage - ont contracté une dette dans les 3 mois avant l'enquête		54.5% (EFSA 2020)	43.4% (EFSA 2020)
Instruction (aucune) Hommes 15-49 ans	4.7 (MICS 2018)	4.6 (MICS 2018)	
Instruction (primaire) Hommes 15-49 ans	17.6 (MICS 2018)	23.7 (MICS 2018)	

Facteurs de risque¹⁸: ménage pauvre (RC)¹⁸¹ / **Facteurs de protection**¹⁸: ménage riche (RC)¹⁸²

- L'agriculture est la principale source de revenus de la plupart des ménages du Kasai, suivie de l'élevage et de la pêche. Certains ménages du Kasai sont également impliqués dans l'extraction de diamants et l'exploitation des ressources forestières.¹⁸³ Depuis la découverte des premiers diamants vers le début des années 1900, l'engagement des hommes dans l'activité agricole a fortement diminué au profit de l'activité minière et du commerce des diamants.¹⁸⁴
- Agriculture : la grande partie des productions agricoles (manioc, maïs, millet, soja, arachide, niébé et les produits maraichers) est vendue pour subvenir aux besoins des ménages et le reste est destiné à l'autoconsommation. Une importante partie de maïs est aussi utilisée localement dans la fabrication de boisson alcoolisée. Le mauvais état des routes de dessertes agricoles ne permet pas aux producteurs et aux commerçants d'acheter les produits de récolte pour les acheminer vers les grands centres urbains de consommation. D'autres part, le prix d'achat de ces produits vivriers est bas pour motiver les cultivateurs à produire plus et de vendre leurs excédents à des prix rémunérateurs.¹⁸⁵
- L'accès à la terre reste régi par les règles du droit foncier coutumier qui disposent que tout homme appartenant à l'un des lignages présents dans un village est légitimement admis à en cultiver la terre. Les allochtones se trouvent, cependant, dans une position nettement moins avantageuse. Ils doivent solliciter l'autorisation du chef pour construire leur habitation dans le village et y cultiver des terres. L'accord du chef nécessite un don initial de nature symbolique et, dans certains cas, le paiement d'un tribut (redevance) annuel. Étant donné qu'ils ne possèdent aucun droit sur le terroir villageois, les agriculteurs étrangers sont contraints de louer les champs des natifs pour mener des activités agricoles. Ils paient un loyer en nature ou en monnaie, avant ou après la récolte, selon les cas. Leur situation reste incertaine et précaire puisqu'ils ne peuvent cultiver les terres du village que

¹⁸⁰ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasai, RDC'.

¹⁸¹ Kandala et al., 'Malnutrition among Children under the Age of Five in the Democratic Republic of Congo (DRC)'.

¹⁸² Kandala et al.

¹⁸³ FAO, 'Politique Nationale de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle, Plan d'Action Opérationnel 2021-2025'.

¹⁸⁴ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshu, Province Du Kasai'.

¹⁸⁵ Action contre la Faim RDC, 'Enquete Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Democratique Du Congo, Juillet 2022'.

tant qu'ils y sont acceptés comme habitants.^{186,187,188} D'ailleurs, le droit de propriété sur les terres sont dévolus exclusivement aux membres masculins. En effet, la coutume au Kasai étant patrilinéaire, les femmes sont en principe exclues d'héritages relatifs aux terres et cultivent pour la majeure partie les terres qui leur sont attribuées à titre précaire. Il semble néanmoins qu'il existe des exceptions à cette règle, notamment lorsqu'un père ou un frère fait explicitement don d'une terre à sa fille ou à sa sœur.^{189,190,191}

- Le terroir agricole est organisé en cercles concentriques qui assurent des fonctions particulières. Les jardins situés à proximité des maisons comportent des espèces végétales très variées. On y rencontre une variété importante de productions végétales qui apportent des compléments alimentaires indispensables : des fruits (mangue, avocat, papaye, banane, cocotier...), des feuilles vertes (amarante, épinards, feuilles de patate douce), des tubercules (patate douce, taro...), des graines (niébé, haricots...), des légumes et condiments (tomate, aubergine, gombo, oignon, piments...), des noix de palme. On y trouve également des plants de tabac et des caféiers. Viennent ensuite des champs défrichés de longue date sur lesquelles poussent les aliments de base (maïs, manioc, arachides) et quelques autres espèces végétales (bananiers, palmier à huile, courge, taro...) en quantités réduites. Une proportion importante de cet espace est laissée en friche afin que la terre appauvrie puisse se régénérer. La fumure des champs n'est pas pratiquée. A plus grande distance, se trouvent les champs fraîchement essartés qui ont la réputation d'être particulièrement fertiles. On y pratique la culture sur brûlis (maïs, arachide, riz, manioc...) qui conduit à une inexorable déforestation. La pression anthropique est telle que la forêt n'a pas le temps de se régénérer. Ces champs sont distants, les villageois ont donc tendance à y rester plusieurs jours. C'est pour cette raison qu'ils y construisent des abris qui servent également de lieu de stockage des récoltes. Enfin, aux confins du territoire villageois, subsistent des reliquats forestiers de tailles variables qui fournissent un ensemble d'aliments issus de la collecte (champignons, fruits, noix, chenilles, miel...) et de la chasse (céphalophe, porc-épic, aulacode, pangolin...). L'exploitation des produits forestiers fait l'objet d'une division sexuée des rôles. La cueillette des végétaux et la collecte des insectes sont des activités typiquement féminines alors que la chasse (piégeage, chasse au fusil, chasse collective avec des chiens) est réservée aux hommes qui sont également chargés de la récolte du miel.¹⁹²
- Principales causes de la faible productivité agricole : faible disponibilité des semences et d'autres intrants agricoles.^{193,194,195} faible fertilité du sol, pollution de la rivière

¹⁸⁶ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

¹⁸⁷ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshu, Province Du Kasai'.

¹⁸⁸ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasai, RDC'.

¹⁸⁹ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshu, Province Du Kasai'.

¹⁹⁰ Commission Européenne, et al., 'La République Démocratique Du Congo Profil Genre Pays'.

¹⁹¹ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

¹⁹² Daniel Arnoldussen.

¹⁹³ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshu, Province Du Kasai'.

¹⁹⁴ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Sécurité Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Région Du Kasai (EFA_COVID 19)'.

¹⁹⁵ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasai, RDC'.

Kasaï^{196,197,198}, les maladies et infestations d'insectes^{199,200,201}, destruction des cultures par les bêtes : les bêtes ravagent les champs qui se trouvent à proximité des villages, obligeant les villageois à cultiver à une longue distance du village²⁰², le manque de main d'œuvre²⁰³, les conflits de pouvoirs coutumiers, fréquents dans la zone, peuvent également avoir une influence sur la production agricole, en devenant un conflit foncier, dès lors que les terres disputées sont abandonnées et non cultivées jusqu'à la résolution du conflit.^{204,205}, absence de système d'irrigation²⁰⁶ Pertes post récolte dans la plupart de contrées où les marchés sont distants et où il y a moins de présence des collecteurs (acheteurs ambulants), et en lien avec de mauvaises conditions de stockage.^{207,208}

- L'élevage : pratique a une échelle réduite²⁰⁹, les principales espèces élevées sont les volailles, les gros et petits bétails. Très peu de ménages (moins de 1,3% au Kasaï) possèdent des bovins ;²¹⁰ 19% des ménages dans le territoire de Kamonia possède des petits ruminants, 47% de la volaille.²¹¹ Le nombre d'animaux possédés par les ménages pauvres est nettement inférieur au nombre d'animaux possédés par les ménages non pauvres.²¹² Les produits de l'élevage sont en général considérés comme capital pour faire face aux divers besoins tels que les frais scolaires, les soins médicaux, conflits familiaux, dot etc.) et sont rarement consommés dans les ménages.²¹³ Les bêtes sont très rarement vaccinées contre les épidémies et les produits vétérinaires très peu accessibles dans la zone.²¹⁴ Obstacles principaux à l'élevage : manque d'accès aux aliments pour animaux et fourrage, maladies infectieuses, vaccins et médicaments, manque d'accès au crédit.²¹⁵
- La pêche (nasse, ligne ou poisson) comme la chasse fait l'objet d'une spécialisation ethnique et d'une division sexuée des tâches. Les Tetela pratiquent abondamment la pêche au contraire d'autre groupes. Les hommes pêchent à la ligne ou à l'aide de nasses alors que la

¹⁹⁶ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasaï Occidental, République Démocratique Du Congo'.

¹⁹⁷ Mercy Corps, 'Kasaï Conflict Assessment: February-March 2019'.

¹⁹⁸ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasaï, RDC'.

¹⁹⁹ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Securite Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Region Du Kasaï (EFSA_COVID 19)'.

²⁰⁰ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasaï Occidental, République Démocratique Du Congo'.

²⁰¹ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasaï, RDC'.

²⁰² Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasaï Occidental, République Démocratique Du Congo'.

²⁰³ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Securite Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Region Du Kasaï (EFSA_COVID 19)'.

²⁰⁴ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasaï Occidental, République Démocratique Du Congo'.

²⁰⁵ Mercy Corps, 'Kasaï Conflict Assessment: February-March 2019'.

²⁰⁶ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasaï, RDC'.

²⁰⁷ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Securite Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Region Du Kasaï (EFSA_COVID 19)'.

²⁰⁸ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasaï'.

²⁰⁹ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasaï, RDC'.

²¹⁰ Kasa, L., 'Poverty and Malnutrition in the Democratic Republic of the Congo (DRC): Secondary Data Analysis (SDA) Findings from the Provinces of Tanganyika, Kasaï, and Kasaï Central.'

²¹¹ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasaï, RDC'.

²¹² Kasa, L., 'Poverty and Malnutrition in the Democratic Republic of the Congo (DRC): Secondary Data Analysis (SDA) Findings from the Provinces of Tanganyika, Kasaï, and Kasaï Central.'

²¹³ Action contre la Faim RDC, 'Enquete Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasaï, République Democratique Du Congo, Juillet 2022'.

²¹⁴ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasaï Occidental, République Démocratique Du Congo'.

²¹⁵ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasaï, RDC'.

pêche au poisson semble être une activité féminine. Les Tshokwe ont la réputation d'être particulièrement habiles à la chasse.^{216,217}

- Les activités artisanales et commerciales: abattage d'arbres et sciage pour produire des planches ; transformation de produits agricoles (cueillette de régimes de noix de palme et production d'huile, d'alcool de maïs/manioc (*tshitshampa*), farine de maïs et de manioc, café, tabac à priser ; production de savon à base d'huile de palme et de soude caustique ; transporteurs qui poussent leur marchandise sur des vélos (*muyanda*, sing., *bayanda*, plur.) ; restaurants destinés aux Bayanda mais aussi aux villageois ; commerces de détail ; couture ; fabrication de mortiers et de pilon, transport des graviers dans les mines de diamant, manutention et transbordement, vente de l'eau par vélos, gardiennage, salons de coiffures et de beauté, hôtellerie etc. Un tribut (redevance, droit) est réclamé par le chef de village aux autochtones qui développent des activités artisanales ou commerciales dans le village.^{218,219} Kanzala est un grand centre de commercialisation de produits en provenance de Kinshasa, Kananga et de la République d'Angola.²²⁰
- L'exploitation des diamants : l'attrait de gains faciles a entraîné un désintérêt et un abandon des activités agricoles, cette activité est faite artisanalement dans des carrières minières L'exploitation de diamant est devenue moins rentable qu'auparavant suite à cette pierre précieuse qui devenue rare à trouver.^{221,222,223}
- Profil des ménages pauvres : ménages dirigés par une femme, ménages vivant dans une maison avec des matériaux de couverture précaires (par exemple, toits en tôle), ménages utilisant des produits dérivés du bois comme combustible de cuisson, pratiquant la défécation à l'air libre sans accès à un système de lavage des mains. Les ménages pauvres du Kasai sont également moins susceptibles que les ménages non pauvres d'utiliser du pétrole pour éclairer leur logement malgré l'absence d'accès à l'électricité. Ils sont également moins susceptibles que les ménages non pauvres de posséder du bétail et la plupart des biens primaires non agricoles, y compris des bicyclettes, des radios ou des téléphones portables.²²⁴

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

D'après la régression linéaire de données EDS 2014, le score de richesse de ménage a été potentiellement positivement associé à l'insuffisance pondérale ($p=0.059$), c'est-à-dire le score croissant de richesse de ménage a potentiellement diminué un risque de ce déficit nutritionnel chez l'enfant (Cf. Annexe B). D'après les données MICS 2018, le score de richesse rural a été significativement positivement associé à l'émaciation ($p=0.025$), au retard de croissance ($p=0.000$) et à l'insuffisance pondérale ($p=0.000$), c'est-à-dire le score croissant de richesse rural a diminué un risque de ces déficits nutritionnels chez l'enfant (Cf. Annexe D). D'ailleurs, les enfants vivants dans les ménages qui possédaient un terrain avaient un risque plus élevé d'insuffisance pondérale ($p=0.045$) (Cf. Annexe C). Toutefois, ce résultat est inhabituel et doit

²¹⁶ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

²¹⁷ Action contre la Faim RDC, 'Enquete Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Democratique Du Congo, Juillet 2022'.

²¹⁸ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

²¹⁹ Action contre la Faim RDC, 'Enquete Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Democratique Du Congo, Juillet 2022'.

²²⁰ Action contre la Faim RDC.

²²¹ Action contre la Faim RDC.

²²² Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Securite Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Region Du Kasai(EFSA_COVID 19)'.

²²³ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasai, RDC'.

²²⁴ Kasa, L., 'Poverty and Malnutrition in the Democratic Republic of the Congo (DRC): Secondary Data Analysis (SDA) Findings from the Provinces of Tanganyika, Kasai, and Kasai Central.'

être considéré avec prudence. Il est supposé que cela pourrait plutôt lié à la surcharge de travail des femmes qui s'occupent de plus en plus des activités agricoles.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Sources de revenu

« Nous Kasaiëns, nous mangeons au taux du jour. Notre gouvernement ne tient pas compte du social de notre communauté, nous vivons à l'informel, en se débrouillant pour faire face aux besoins de la vie. »

- Hommes : agriculture, élevage, pisciculture, petit commerce (y compris le commerce transfrontalier²²⁵), exploitation artisanale du diamant, taxi-moto, briquèterie, maçonnerie, menuiserie, travail journalier agricole et non-agricole rénuméré ;
- Femmes : agriculture/cultures maraichères, petit commerce (braise/*makala*, feuilles vertes, huile de palme, babouches), couture, travail journalier agricole et non-agricole rénuméré (lessive, puisage de l'eau, transport des cailloux dans un lieu de construction) ;

Alors que, de manière générale, l'agriculture continue d'être une source de revenu principal de ménages dans le Territoire de Kamonia, les hommes ont tendance de préférer des métiers « rapides » qui leur permettent de générer des ressources financières au cours de la journée pour assurer le repas de jour (ex. le commerce) et/ou générer une somme considérable dans peu de temps pour couvrir les besoins du ménage pendant plusieurs mois (ex. l'extraction artisanale du diamant). Ainsi, les hommes s'éloignent de plus en plus des activités champêtres vu qu'il faut attendre plusieurs mois, soit une année, pour bénéficier de leurs efforts. Ainsi, l'agriculture représente plutôt une source de revenu des femmes qui peuvent recevoir un appui financier et/ou d'un appui en main d'œuvre au début de la saison de la part des hommes. Autrement elles mènent le reste des travaux champêtres seules (Cf. Agriculture).

D'ailleurs, en contraste avec le passé, les ménages n'arrivent plus assurer leur survie à travers les activités génératrices de revenu des hommes, poussant les femmes de contribuer et/ou de porter la responsabilité principale pour la génération de revenu si les hommes ne trouvent pas des opportunités convenables. Les cas des hommes inoccupés et/ou paresseux qui préfèrent de « jouer aux dames » plutôt que s'engager dans les travaux champêtres ont été fréquemment relevés.

« Auparavant les gens cultivaient beaucoup et il n'y avait pas de faim dans la communauté. Maintenant les hommes ont abandonné les travaux champêtres pour se concentrer sur les diamants et le commerce. Certains mêmes deviennent des chômeurs ou des voleurs. On voit parfois des foyers où la femme fait le champs et l'homme reste à la maison. »

Les participants à un groupe de discussion ont précisé que le jeu aux dames représente une activité génératrice de revenu qui leur permet d'accéder aux bénéfices afin de couvrir certains besoins de ménage, par exemple le paiement du loyer. Pourtant, la probabilité du gain ne dépasse pas 50%, leur rendant vulnérable aux pertes aussi fréquentes.

Dans une communauté frontalière avec l'Angola, certains jeunes hommes s'engagent dans les activités de passage clandestin faute d'autres opportunités malgré les risques perceptibles de la mort.

« La jeunesse dans notre communauté se débrouille en faisant le travail de passeur pour se trouver de l'argent. Pour faire traverser un passager à la frontière par voie frauduleuse le passager paie 12.500 FC. Nous pensons que ce n'est pas un bon métier parce qu'ils risquent d'être tués si les militaires angolais les arrêtent mais la jeunesse n'est pas prête à abandonner ce travail par manque d'autre occupation. »

²²⁵ Carburant, articles de ménage, sucre, huile, savon.

Agriculture

Parmi les cultures cultivées domine le maïs et le manioc, suivi par les haricots et les arachides. Les produits agricoles sont destinés à la consommation du ménage et à la vente.

L'agriculture se pratique dans la complémentarité entre l'homme et la femme. L'homme est responsable pour le déboisement et la préparation du terrain au début de la saison, suivi par une femme qui sème, sarcle et moissonne. Les femmes sont reconnues de travailler plus que les hommes alors qu'elles ne retiennent pas le pouvoir décisionnaire sur l'utilisation des ressources financières générées par cette activité (Cf. S. Faible autonomie des femmes / Faible pouvoir de décision).

« Il faut reconnaître que la femme travaille plus mais en ce qui concerne la décision sur l'utilisation des récoltes, c'est l'homme qui décide car l'homme c'est la tête de ménage et la femme est ses membres. »

Parmi les raisons les plus citées qui découragent la pratique d'agriculture figurent un manque d'accès à la terre et la perception de sa faible fertilité par rapport le passé, un manque de semences et/ou la disponibilité de semences de moindre qualité, un manque de matériel agricole et/ou l'augmentation de son prix dans les dernières années, l'imprévisibilité de récolte et la présence des herbes nocives et/ou insectes/oiseaux ravageurs ainsi qu'un manque d'implication de l'état congolais dans les activités agricoles.

« Notre gouvernement ne s'implique pas dans les activités agricoles. En Angola, par exemple, l'état appui l'agriculture. Pour cela, malgré tous nos efforts d'avancer, on rentre toujours en arrière. Si à l'époque, c'étaient nos agriculteurs qui ont approvisionné le marché angolais, aujourd'hui c'est nous qui achetons les produits angolais. »

A l'exception de quelques localités où les champs sont mis à la disposition de la population sans frais de location²²⁶, la majorité de terrains agricoles est louée. Les frais de location sont payés en espèces (cca. 30.000 FC par saison) ou en tôle de même valeur, suivi par un versement d'une partie de la récolte à la fin de la saison pour compléter le paiement. Les frais de location considérés élevés avec des récoltes de plus en plus imprévisibles, les hommes préfèrent d'investir dans les domaines potentiellement plus surs (ex. commerce). Néanmoins, ils peuvent aider les femmes de mobiliser la somme initiale à travers d'autres activités génératrices de revenu, les laissant d'honorer le reste du contrat et/ou perdre leur droit de cultiver cette terre la prochaine saison.

Vu la pression démographique, les frais de location et le désengagement des hommes et/ou leur absence dû aux déplacements à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays, la taille de terrains agricoles a diminué. Porteuses principales de l'activité, les femmes n'ont pas la capacité d'exploiter des espaces très larges alors que la taille de terrain peut être insuffisante pour couvrir les besoins alimentaires de ménages qui continuent de s'élargir. D'ailleurs, les dépenses dépendantes sur la production agricole ont augmenté au fil de temps, créant des déficits budgétaires. La communauté lamente qu'alors que leurs ancêtres ont cultivé des grands champs et leur production a permis de couvrir tous leurs besoins (alimentation, scolarité, santé, etc.), le volume de la production agricole actuelle ainsi que les prix de vente ne favorisent pas la couverture de ces besoins.

« Auparavant, avec 20.000 francs tu pouvais payer beaucoup des choses mais actuellement, ce n'est plus le cas dû à la hausse de prix. Le bassin de maïs ne se vend qu'à 2000 FC alors que le savon coûte 1000 francs. »

Pour pallier cette difficulté, certains hommes recourent aux associations dans le village dans la perspective d'entretenir les champs de plus grande taille avec l'aide de main d'œuvre mobilisée. Pourtant, cette option n'est accessible qu'aux hommes plus aisés, étant donné que la mobilisation de l'association pour les travaux champêtres nécessite une chèvre ou 200.000 FC par hectare de terre.

²²⁶ Sous condition que les personnes sont originaires du milieu et/ou mariés à ces derniers.

D'après les observations des participants aux groupes de discussion, la fertilité des terres est liée à l'emplacement de terrain²²⁷. De manière générale, les champs près de la rivière et/ou dans la forêt sont perçus comme plus fertiles par rapport les champs de la savane. La fertilité dans la savane est entrainée par la surutilisation ainsi que la flore nocive²²⁸ qui ne favorise pas certaines cultures, y compris le maïs et le manioc. Vu que ces deux cultures constituent la base alimentaire du ménage, la population recourt aux forêts pour les cultiver. Cependant, les champs dans la forêt sont plus éloignés des habitations, nécessitant des déplacements d'environ à 1-2 heures (sens unique) pour y arriver. Ceci a des effets sur le temps disponible au travail champêtre et son efficacité. Les champs près de la rivière, favorisant les cultures maraichères, demandent une plus grande force physique (travail avec la machette dans la boue) et ainsi ils ne sont accordés qu'aux hommes.

« Pour lutter contre les herbes, il faut sarcler le champ, pour lutter contre les sauterelles il faut que les cultures soient dans la terre autour de 15 Aout. Dépassé cette date, le champ sera envahi et la récolte perdue. Pour lutter contre les oiseaux, nous fabriquons un mannequin à l'aide d'un bâton et un habit, ce qui n'est pas toujours une solution efficace comme les oiseaux observent et réaliser que ce ne sont pas des hommes. D'ailleurs, toutes ces mesures sont un peu difficiles à appliquer pour un homme qui a deux ou trois champs. Certainement, il ne saura pas être dans tous les champs simultanément avant le 15 aout et il ne saura pas sarcler tous les champs seul. »

A part de la préférence des activités génératrices de revenu plus rapides (telles que le commerce et l'exploitation du diamant), les hommes ont aussi mentionné un manque de force en tant qu'une barrière à leur engagement dans l'agriculture. Ils éludent au cycle vicieux qu'il faut bien manger pour travailler et au même temps bien travailler pour pouvoir manger. Les hommes diplômés et/ou anciens hommes d'affaires refusent de s'engager dans les travaux champêtres par honte de travailler la terre après avoir étudié et/ou mené le commerce. D'après un groupe de participants, certains hommes prétendent de vouloir pratiquer l'agriculture pour bénéficier de l'aide des organisations non-gouvernementales mais ils ne sont pas véritablement intéressés de se lancer dans cette activité à long terme.

« Nous avons toujours mal à convaincre nos maris de s'associer au travail de champs. Ils n'aiment pas le faire ni nous accompagner. Ils disent qu'ils ne peuvent pas faire ce type de travail vu que dans le passé ils étaient des grands commerçants, ils manipulaient l'argent et qu'aujourd'hui faire le champ serait un travail humiliant. »

Elevage

Dans le passé, élevage était une importante source de revenu mais la communauté le pratique de moins en moins. De nos jours, à part des prix élevés par tête (lors de l'achat), l'élevage présente des risques zoonotiques que la communauté ne sait pas éviter. Exposé aux multiples épidémies aboutissant à la mort soudain, les animaux domestiques (chèvres, porcs) présentent un grand risque de perte financière au ménage contrairement au passé quand ils aidaient à entretenir les champs et couvrir des besoins inattendus du ménage. D'ailleurs, la communauté continue de souffrir d'un traumatisme après la rébellion *Kamuina Nsapu*, lors de laquelle les militaires confisqueraient tout leur bétail et les immolaient. Ainsi, la population craint de reconstituer leurs troupeaux au cas où que cette situation devrait se reproduire. Les ménages qui continuent à pratiquer l'élevage donnent préférence à la volaille (poules, canards).

Commerce

La construction des routes, par exemple la route nationale No. 1, facilitent les échanges commerciaux entre les communautés dans sa proximité et la ville de Tshikapa. Pourtant la route entre Tshikapa et la frontière angolaise (cca. 120 km) reste difficilement praticable pourtant elle représente un couloir d'échange important de la marchandise. Tous les produits provenant de l'Angola sont transportés par les vélos, la durée de trajet dépassant 3-4 jours. Suite à la rébellion *Kamuina Nsapu* et la disparition des certains villages et hameaux sur le

²²⁷ Certains participants aux groupes de discussion ont hypothétisé que la rébellion *Kamuina Nsapu* était mystique et rendu la terre infertile quand les balles ont été tirées aux sols.

²²⁸ *Nteta*, cowbell, fougère.

tronçon, certains commerçants ont abandonné le transport de marchandises sur cette voie par peur d'attaques des voleurs. De plus, les frais de douane (frais de passage) ont augmenté de 10 USD à 20 USD par personne, ce qui diminue le trafic de commerçants et/ou occasionne l'utilisation des voies frauduleuses à travers la frontière au risque de perte de marchandise et/ou de vie.

D'ailleurs, la population regrette un changement de taux d'échange entre le kwanza angolais et le franc congolais et/ou le rapport de ces deux monnaies par rapport le dollar américain. Ceci a un effet direct sur le pouvoir d'achat des commerçants congolais et ainsi la quantité de marchandise qui peut entrer dans le pays.

« Le choix d'article dépend du taux d'échange. Du côté de l'Angola le taux est élevé et au Congo le taux est bas. Par exemple, un litre d'huile revient à 500 kwanzas mais à 1500 Francs congolais, ce qui fait qu'actuellement il y a moins d'articles qui entrent au Congo. Tout ce qu'on avait l'habitude d'importer – le riz, la farine, le sucre, les spaghetti – sont disponibles mais on n'arrive pas les acheter en même quantité et faire les mêmes bénéfices. Par exemple, avant la rébellion Kamuina Nsapu on payait 200 sacs pour avoir un gain de 10 à 15 sacs mais actuellement on peut payer seulement 10 sacs pour avoir un gain d'un sac. »

Activités minières

Bien que les hommes dans le Territoire de Kamonia réfèrent à l'extraction artisanale du diamant comme leur activité génératrice de revenu principale, ils lamentent tous la diminution de réserves de la pierre précieuse et ainsi de leurs capacités d'en trouver. Ils confirment qu'ils peuvent creuser plusieurs mois sans rien trouver. Leur motivation de s'engager dans la filière est nourrie par les histoires d'hommes qui ont subitement tombé sur des grandes fortunes pendant le pic de diamants dans les années 1990, espérant qu'ils pourraient être aussi chanceux malgré tous les désagréments.

L'accès aux mines diamantifères a changé après la rébellion *Kamuina Nsapu* quand les ponts et bacs vers ces zones ont été détruits. D'ailleurs, les participants aux groupes de discussion ont évoqué à multiples reprises que les membres de famille élargie des propriétaires de ces mines y ont jeté un mauvais sort afin que le diamant ne se laisse plus trouver. D'après leurs explications, la guerre a créé des scissions entre les membres de famille et cela au détriment des creuseurs. En d'autres mots, si les membres de famille ne bénéficient pas d'un pourcentage des pierres trouvés, c'est-à-dire que les propriétaires de mines ne partagent pas les bénéfices avec toute la famille élargie, ces derniers pourraient, par jalousie, jeter un sort pour que personne ne bénéficie pas de la découverte du diamant.

« Le propriétaire des terres diamantifères prend 30% de la valeur de diamant, les creuseurs 70% dont 35% est versé à un exploitateur principal. Après la guerre, il y a eu des scissions entre les frères propriétaires des terres diamantifères. Par jalousie, les frères jettent le mauvais sort sur les terres pour que les creuseurs n'y trouvent aucun diamant car ils savent qu'ils ne recevront rien. Le diamant ne marche donc plus. Mais on continue à faire ce travail pour avoir même des miettes afin d'assurer notre survie. »

Evolution saisonnière des sources de revenu

Dépendamment de la combinaison des sources de revenu dans le ménage, les membres peuvent ressentir une grande pénurie de ressources au moins une fois par année. Pour la majorité des participants aux groupes de discussion, les mois de Septembre au Novembre (saison B) représentent les mois les plus difficiles de l'année dû à l'épuisement de réserves alimentaires couplé avec la période de semailles. Les aliments provenant des villages lointains traînent sur la route à cause des pluies, une bonne quantité périssant avant qu'elle puisse atteindre le consommateur final. Ainsi, les prix d'aliments sont particulièrement élevés. Pour cela, les activités commerciales, y compris la vente des produits transformés comme les beignets, deviennent moins rentables. Les femmes entreprenant ce type d'activités sont donc obligées de les mettre en pause et reprendre en Décembre pour ne pas accumuler les dettes importantes. D'ailleurs, le mois d'Aout, précédant cette grande période de soudure, se démarque par une augmentation des dépenses ménagères pour couvrir les frais de scolarité

des enfants. Les femmes qui mobilisent les ressources financières pour couvrir ces frais peuvent se trouver dans l'incapacité de générer les revenus les mois suivants faute d'investissement de base.

Deuxième période de soudure, potentiellement moins longue, est observée pendant les mois de Mars-Avril. D'ailleurs, l'accès aux sources de revenu de ménage peut être perturbé par la grossesse et/ou la période post-partum des femmes, surtout si ces périodes s'alignent avec les périodes de semailles et/ou récolte quand leur présence dans les champs est essentielle. Vu qu'elles n'arrivent pas exécuter pleinement leurs responsabilités, le volume de revenu généré peut être affecté.

L'extraction artisanale de diamant est d'une manière une activité saisonnière, menée pendant la saison sèche, comme la saison pluvieuse rend la descente dans les mines très dangereuse.

Evolution historique des sources de revenu

« Dans le passé, on ne savait même pas que la faim existait, actuellement il y a beaucoup de souffrance. »

Le régime du Président Mobutu Sese Seko est perçu comme l'âge d'or, les ménages vivant confortablement des bénéfices de leur travail. Les années 1990 sont ancrées dans le mémoire des populations comme les années d'abondance de diamants qui les a permis de satisfaire tous les besoins de leurs ménages. Les hommes étaient les premiers responsables, prenant soin de leurs épouses et enfants. La persécution des Kasaïens au Katanga en 1992 était un seul évènement bouleversant dont la population pouvait se souvenir.

Avec le changement du pouvoir en 1997 et puis 2001, la population ressent des premiers secoues économiques. Les possibilités d'emploi se réduisent avec la faillite et/ou la délocalisation des entreprises clés, le zaïre est remplacé par le franc congolais qui réagit sensiblement au taux d'échange avec le dollar américain, les réserves de diamants commencent à diminuer. Cependant, la poursuite de chance dans la filière diamantifère a déclenché l'abandon des travaux champêtres en tant qu'une source principale de revenu des populations. La production agricole a donc diminué, rendant les produits très chers sur le marché comme la demande était plus forte que les stocks disponibles. Sous la vision du gain rapide, les agriculteurs ont vendu leurs récoltes, sans garder les réserves pour eux-mêmes, créant une crise alimentaire dans les mois qui suivaient. Pire encore, la saison suivante a été perturbée par des pluies irrégulières, aggravant la crise davantage.

« Pour surmonter la crise, la population avait commencé à consommer les mangues et les ignames sauvage. Plusieurs personnes sont décédées. Ainsi, la population a décidé de semer sans attendre la pluie de sorte que quand la pluie commence à tomber, elle retrouvera les semences déjà semées. »

Les hommes s'adonnent à des petites « coops »²²⁹ pour combler les besoins du ménage, sans étant toutefois suffisantes. Les femmes sont ainsi poussées de s'engager dans les activités génératrices de revenu pour contribuer à la charge de la maison. Suite à la rébellion *Kamuina Nsapu* elles se trouvent en tête du ménage sans en essentiellement être comme le pouvoir décisionnaire est retenu par les hommes. En effet, la population perçoit la rébellion comme l'évènement le plus perturbant dans la vie de ménages et/ou des communautés.

Le tableau 13 synthétise les évènements les plus marquants dans le Territoire de Kamonia, d'après les souvenirs des participants aux groupes de discussion.

Année	Évènement
2020	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible récolte, provoquant l'insécurité alimentaire ▪ Adoption du plan stratégique national pour la couverture sanitaire universelle
2018	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrée au pouvoir de Felix Tshisekedi ▪ Retour des populations déplacées en RDC

²²⁹ Travail rénuméré journalier.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hommes souffrent de la perte des sensibilités sexuelles (2 mois)²³⁰ « Pendant cette période la souffrance était vraiment énorme car les hommes mourraient ; ils ne travaillaient plus à cause des douleurs abdominales et cela a poussé les parents à faire marier leurs filles précocement. »
2017	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insurrection Kamuina Nsapu ▪ Fuite des populations à l'Angola
2016	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Construction des bureaux à la frontière angolaise, accompagnée par une hausse des frais de douane
2006	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Découpage du Grand Kasai en 5 provinces (effectif en 2015)
2004	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apparition des diverses variétés d'alcool qui a suscité une consommation excessive par les jeunes
2001	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assassinat de Laurent-Desiré Kabila ▪ Arrivée de Joseph Kabila (fils) au pouvoir
1998	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Introduction du franc congolais, remplaçant le zaïre au taux de 10.000 zaïres pour 1 franc congolais ou 1.3 FC pour 1 USD ▪ Diminution de réserves de diamants ▪ Diminution d'emploi / Faillite et/ou délocalisation des entreprises, ex. Bralima (engagement des Shabiens²³¹ au détriment des Baluba²³²)
1997	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renversement du président Mobutu Sese Seko ▪ Arrivée de Laurent-Desiré Kabila au pouvoir
1992	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Persécutions des Kasaiens (surtout Luba) au Katanga suite à l'élection de Felix Tshisekedi comme le premier ministre ▪ Taux d'échange 1 990 000 zaïre pour 1 USD
1984/1985	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attribution des groupements, provoquant l'accélération de la croissance démographique
1967	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taux d'échange 0.5 zaïre pour 1 USD

Tableau 13: Résumé des événements marquants dans le Territoire de Kamonia, d'après les souvenirs des participants aux groupes de discussion

<p>Les effets persistants de <i>Kamuina Nsapu</i></p> <p>La population fait référence invariable au rébellion <i>Kamuina Nsapu</i> comme la « guerre » pour lutter contre l'injustice du régime du Président Joseph Kabila. Par exemple, les membres du groupe ethnique Luba/Baluba ne pouvaient pas se marier à d'autres tribus, leur mouvement a été contrôlé et les possibilités d'emploi limitées. Avec le régime de Felix Tshisekedi, les Balubas ont (ré)acquis leur liberté mais l'idéologie du tribalisme continue de persister de façon implicite.</p> <p>« Nous continuons d'être victimes du tribalisme dans le sens que le travail est devenu conditionné par l'appartenance à telle ou telle tribu. Après tant d'années de repressions, les Balubas pensent que le gouvernement n'appartient qu'à eux. Ils veulent accéder au pouvoir au niveau local sans passer par des étapes bien que la communauté soit mixte. Ils pensent que la loi n'applique à eux, qu'ils ne doivent pas respecter les ordres d'autres chefs parce que leur chef ultime est à la tête du gouvernement. Il y a certes la paix mais les Balubas tentent de se sécuriser des avantages. Ce comportement motive les autres vers la désobéissance pareille. »</p> <p>Lors de la rébellion et les altercations avec l'armée congolaise, la population a fui leur domicile, laissant leurs maisons, champs, bétail et autres biens derrière. Tout était détruit, brûlé, le bétail abattu. La population s'est réfugiée dans la forêt et/ou ils ont traversé la frontière à l'Angola. Ceux qui ont choisi la forêt, par peur d'être embusqué en route vers la frontière, étaient dépourvus de l'accès aux aliments et soins de santé, recourant à la cueillette et à la chasse pour survivre. En cas de maladies, les plantes médicinales ont été utilisées pour se soigner. Les populations déplacées à l'Angola, ont bénéficié de l'appui de la communauté internationale mais leurs vies étaient restreintes aux limites des camps de déplacés, sans aucune possibilité de générer les revenus.</p> <p>« Nous étions pris en charge mais notre liberté a été substantiellement réduite. Nous devrions manger ce qui a été préparé pour nous même si les repas ne nous convenaient pas. Nous ne pouvions pas cultiver et/ou gagner un peu d'argent autrement. Il n'y avait rien à faire du matin au soir. Certaines familles ont choisi de quitter après 6 ou 8 mois ne pouvant pas supporter un manque d'activité. »</p> <p>De retour dans leur village d'origine, la vie n'était plus jamais comme avant.</p> <p>« Ça fait sept ans depuis la guerre. Malgré toutes nos efforts, nous ne faisons que reculer. Il semble impossible de pouvoir se reconstruire même si nous le souhaiterions autant. Les commerçants ont perdu leur capital et ils ont mal à se relever. Nous n'avons plus la force de cultiver, ayant peur aussi de se relancer et tout perdre à nouveau. Comment pourrions-nous se donner à fond au champ, pensant que ces événements malheureux pourraient se reproduire ? Nous avons investi tout notre argent dans l'achat des biens, dans la construction des grandes maisons, structurant notre stabilité financière, mais tout était volé ou nivelé. Certains villages restent abandonnés jusqu'à ces jours, les maisons attendant leur reconstruction. Sans sources de revenu régulières, nous n'arrivons que se débrouiller à manger, rien ne nous reste pour pouvoir reconstruire alors que le bois pour la construction disparaît devant nos yeux comme les gens brûlent les forêts pour la production de la braise. C'est vraiment triste parce que dans le passé ce sont nous qui avons alimenté le marché angolais avec nos produits agricoles. De nos jours, la situation s'est inversée et nous dépendons fortement du maïs angolais. Même si on voudrait compétir, le maïs de l'Angola est déjà bien moulu et moins cher alors personne n'achèterait nos produits. »</p>
--

²³⁰ Traitement traditionnel chez le chef coutumier et/ou des prières chez le pasteur).

²³¹ Habitants de la province Shaba (1971-1997), ancien nom du Katanga, ayant Lubumbashi comme chef-lieu.

²³² Habitants des provinces du Grand Kasai.

²³³ Les années mentionnées dans ce tableau peuvent être imprécises.

L. FAIBLE ACCES AUX MARCHÉS

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	+
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires (EDS 2014 & MICS 2018)</i>	-
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	+
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	++
Interprétation globale	+

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasai
Difficultés d'accès aux marchés		69% (Hunger Map 2022) ^{Error! Bookmark not defined.}

- Forte dépendance des ménages [du Kasai] aux marchés, avec plus de 50% de ménages qui se procurent les aliments de base (céréales et tubercules) au marché, avec des conséquences importantes sur la résilience des ménages dû à la volatilité des prix assez fréquente.²³⁴ Depuis la crise ukrainienne, le prix moyen du panier alimentaire a augmenté de 21 % (de Février 2022 à Août 2022).²³⁵ D'autre facteur aggravant l'insécurité alimentaire de ménage est la vente à bas prix des productions au moment des récoltes.²³⁶
- Places de marché non construites et difficiles d'accès. L'état défectueux des routes de dessertes agricoles ne permettent pas le bon déroulement des activités commerciales et bloquent l'évacuation des produits agricoles. Dans des coins inaccessibles, les produits sont transportés sur la tête, sur les vélos et/ou les pirogues. Cela affecte directement la disponibilité, l'accès et même la stabilité alimentaire des ménages.^{237,238,239,240} Les femmes n'ont souvent qu'un accès limité aux marchés locaux ou régionaux.²⁴¹

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

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

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

La population dans le territoire de Kamonia a tendance de s'approvisionner sur les marchés dans leurs communautés et/ou sur les plus grands marchés dans leur proximité, si toutefois ils nécessitent d'autres articles que des articles de première nécessité (farine de maïs/manioc, feuilles vertes, sucre, sel, savon). Les déplacements sur les plus grands marchés ne sont organisés qu'en cas de besoin d'écoulement des stocks que le marché local n'arrive pas à absorber. Dans ce cas, l'accès géographique au marché peut poser des problèmes comme les marchandises sont transportée sur les têtes, vélos et/ou les motos et le prix de transport doit être déduit de bénéfices générés. De manière générale, les communautés se plaignent d'un déséquilibre des prix entre leurs produits agricoles vendus (prix bas) et les autres articles sur

²³⁴ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Sécurité Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Region Du Kasai (EFSa_COVID 19)'.

²³⁵ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasai, RDC'.

²³⁶ FAO, 'Politique Nationale de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle, Plan d'Action Opérationnel 2021-2025'.

²³⁷ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Sécurité Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Region Du Kasai (EFSa_COVID 19)'.

²³⁸ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamwasha, Province Du Kasai'.

²³⁹ Mercy Corps, 'Kasai Conflict Assessment: February-March 2019'.

²⁴⁰ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasai, RDC'.

²⁴¹ Commission Européenne, et al., 'La République Démocratique Du Congo Profil Genre Pays'.

le marché (prix élevé) qui influence leur pouvoir d'achat. Ainsi, dans le cas d'approvisionnement de ménages, c'est plutôt un manque des moyens financiers qui représente un blocage principal d'accès au marché.

« Dans le passé, nous avons pu vendre nos produits agricoles et payer les autres nécessités avec l'argent de la vente. Maintenant, les frais de tous les autres articles et services ont augmenté avec l'inflation alors que les prix de nos produits agricoles restent plutôt bas et les moyens générés ne nous suffisent plus. »

Les prix augmentent substantiellement au moment des expulsions des ressortissants congolais vivant « sans papiers » en Angola qui s'installent plus ou moins temporairement dans les environs de Kamako ou autres communes frontalières, mettant une pression sur les ressources disponibles. D'ailleurs, d'après les coutumes sociales, les familles d'accueil prennent les refoulés en charge, ce qui ajoute à la pression aux budgets ménagers déjà restreints. Accompagné d'une hausse de prix de location de maisons qui doit aussi être absorbée, les ménages perdent quelques rares opportunités d'investir dans les activités commerciales et/ou champêtres pour couvrir leurs besoins (Cf. K. Faible accès aux sources de revenu).

M. FAIBLES CAPACITÉS DE RÉSILIENCE

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires</i> (EDS 2014 & MICS 2018)	-
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+++
Catégorisation par l'équipe qualitative	+++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+++
Interprétation globale	+++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁷

Indicateur %	National	Province du Kasai	Territoire de Kamonia	ZS Kamonia	ZS Tshikapa	ZS Kanzala	ZS Kamweshwa	ZS Mutena
Indice des Stratégies de Survie Réduit (r-CSI)		15.1 (EFSA 2020)	17.2 (EFSA 2020)	17.0 (EFSA 2020)	18.8 (EFSA 2020)	16.8 (EFSA 2020)	18.2 (EFSA 2020)	17.3 (EFSA 2020)
Ménages ayant eu recours à des stratégies d'urgence		15.2% (EFSA 2020)	27.2% (EFSA 2020)	28.3% (EFSA 2020)	18.4% (EFSA 2020)	19.7% (EFSA 2020)	32.6% (EFSA 2020)	48.1% (EFSA 2020)
Ménages ayant eu recours à des stratégies de crise		40.3% (EFSA 2020)	45.2% (EFSA 2020)	45.1% (EFSA 2020)	47.4% (EFSA 2020)	53.8% (EFSA 2020)	49.3% (EFSA 2020)	48.1% (EFSA 2020)
Ménages ayant connu au moins un choc dans les 3 mois avant l'enquête		65.4% (EFSA 2020)	66.1% (EFSA 2020)					

- Chocs les plus fréquents : la maladie grave d'un ou plusieurs membres du ménage (73%), le décès d'un membre actif du ménage (24%)²⁴²
- Stratégies d'adaptation principales: la consommation des aliments moins préférés ou moins chers (4.6 jours/7), la diminution du nombre de repas (3.9 jours/7) et la diminution de la quantité des repas (3.2 jours/7) sont les 3 principales stratégies de survie pratiquées par

²⁴² Programme Alimentaire Mondial.

les ménages.^{243,244,245,246,247} Les ménages dirigés par des femmes, les veufs/-ves), divorcés, des analphabètes ainsi que ceux composés de 8 personnes et plus, ont plus de difficultés d'accéder aux aliments et recourent à ces différentes stratégies plus fréquemment que les autres catégories des ménages.²⁴⁸

- Autres stratégies d'adaptation : maïs récolté « vert » et vendu en novembre, pas encore tout à fait mûr, pour subvenir aux besoins immédiats du ménage²⁴⁹; la vente de biens ou du bétail^{250,251} ; petits travaux (production d'alcool, d'huile, travaux champêtres, chasse, pêche, transport de marchandise avec un vélo, cordonnerie, fabrication des cases, fabrication des ballets, puisage de l'eau, tressage)^{252 253} ; les femmes échangeant des relations sexuelles contre de la nourriture ou de l'argent^{254 255} ou le mariage précoce avec des conséquences sur la déscolarisation des filles^{256,257}. Cette pratique est particulièrement répandue dans les zones d'exploitation artisanale de diamant où les filles sont envoyées précocement au mariage par les parents par manque de moyens financiers²⁵⁸.
- Stratégies de crise : la vente des actifs productifs, réduction des dépenses essentielles et la consommation des stocks de semences ; Stratégies d'urgence, la mendicité, la migration de ménages à la recherche de la nourriture et la vente des propriétés des ménages.²⁵⁹
- Il existe des associations communautaires de solidarité et des tontines d'argent. Les associations endogènes fonctionnent également comme des tiroirs sociaux dans la mesure où les échanges de dons et des contre-dons organisés permettent de sécuriser des ressources à long terme, sous une forme à la fois mobilisable en cas de problème et socialement acceptable.^{260,261} En cas de deuil, de maladie ou de naissance dans le lignage donneur, la solidarité des lignages ou des individus associés par le don initial est obligatoire. Les lignages, qui sont généralement à la fois donateurs et receveurs de femmes, sont donc pris dans un réseau intense d'obligations liées à des dettes et à des créances qui se réactivent en cas de bonheur ou de malheur. Ceci produit un flux de biens circulant entre lignages dans le cadre de ces alliances. Ce flux est alimenté par une quantité importante de denrées alimentaires produites par les foyers, monétarisé par le biais du commerce puis

²⁴³ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Sécurité Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Région Du Kasai (EFSa_COVID 19)'.

²⁴⁴ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

²⁴⁵ Mercy Corps, 'Kasai Conflict Assessment: February-March 2019'.

²⁴⁶ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

²⁴⁷ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasai, RDC'.

²⁴⁸ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Sécurité Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Région Du Kasai (EFSa_COVID 19)'.

²⁴⁹ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

²⁵⁰ Mercy Corps, 'Kasai Conflict Assessment: February-March 2019'.

²⁵¹ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

²⁵² Luc.

²⁵³ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshwa, Province Du Kasai'.

²⁵⁴ Mercy Corps, 'Kasai Conflict Assessment: February-March 2019'.

²⁵⁵ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

²⁵⁶ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshwa, Province Du Kasai'.

²⁵⁷ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasai, RDC'.

²⁵⁸ Commission Européenne, et al., 'La République Démocratique Du Congo Profil Genre Pays'.

²⁵⁹ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Sécurité Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Région Du Kasai (EFSa_COVID 19)'.

²⁶⁰ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshwa, Province Du Kasai'.

²⁶¹ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

transformée en biens à donner.²⁶² Les ménages qui ont participé à la coopération inter-ménages ont pu améliorer leur sécurité alimentaire et nutritionnelle.²⁶³

- Les jardins de case sont des instruments de résilience pour les familles. Lorsque les stocks de céréales cultivées aux champs s'épuisent, celles du jardin peuvent apporter un complément utile. Les légumes et feuilles qu'on y cultive complètent ceux des champs, plus souvent destinés à la vente. C'est, en quelque sorte, un garde-manger supplémentaire pour les foyers et une pharmacopée. Lorsque les parents partent aux champs, les enfants ont souvent recours à ces jardins pour se nourrir.²⁶⁴ Impact de la crise Kamuina Nsapu : le conflit a ravagé les moyens de subsistance déjà précaires des ménages en perturbant la production agricole et en rendant inaccessibles les mines de diamants dans les zones de conflit. De nombreux ménages ont manqué entre deux et quatre saisons agricoles. [...] Les sources communes de résilience qui aident les ménages à surmonter les crises, telles que les relations familiales et communautaires, les biens des ménages, les stocks de céréales ou de semis pour la saison agricole suivante, la volaille et le petit bétail, ou les groupes d'épargne et de crédit formels et informels, ont été perturbés ou détruits par le conflit.²⁶⁵

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

Les données EDS 2014 et MICS 2018 n'ont pas inclut les indicateurs relatifs capacités de résilience (Cf. Annexe A - D).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Les ménages déploient multiples stratégies d'adaptation quand les stocks alimentaires et les réserves financières commencement à diminuer. En premier temps, les femmes réduisent une qualité de repas, suivi par la réduction d'une quantité de portions et la réduction d'un nombre de repas par jour. En deuxième temps, ils contractent des dettes afin de générer des bénéfices à travers des activités économiques, telles que la vente du bois de chauffe et/ou de braise. Pourtant le phénomène de « banque Lambert » fonctionne avec des intérêts exorbitants de 25% au 50% que la personne doit payer en plus de la somme initiale et qui se multiplie si la personne n'est pas capable de rembourser la somme dans le délai déterminé.

« Je sors le matin à la recherche d'une personne qui a un capital et me le prête pour le fructifier. Par exemple, si je reçois une somme de 10000 FC, je peux me rendre à la frontière pour acheter des petits articles ménagers et les vendre au village. Le gain que j'aurai au bout d'une semaine me permet de retourner la somme empruntée et un pourcentage. Là mon ménage mange chaque tombée de la journée. »

En parallèle, les ménages peuvent recourir au travail journalier réénuméré (puisage de l'eau, lessive, travaux ménagers, construction d'une latrine et/ou d'une douche) et/ou aux avances sur les travaux champêtres pour combler les vides immédiats.

« Les travaux champêtres sont contractés par la taille de terrain qui doit être entretenu. Si le travail exigé dépasse plusieurs jours, on peut recevoir des avances pour nourrir nos familles en attendant le paiement final. »

Pendant la période de soudure (Septembre – Novembre) ils survivent à travers la vente de biens (vêtements, articles de ménage) et de bétail qu'ils accumulent au cours des mois précédents.

« Quand je trouve un peu de diamant, je vends et je paie des biens de la maison comme la radio, la télévision et les assiettes. En cas de difficulté financière, je peux les vendre pour assurer la survie de mon ménage. »

²⁶² Daniel Arnoldussen.

²⁶³ Kismul et al., 'The Social Context of Severe Child Malnutrition'.

²⁶⁴ Daniel Arnoldussen, 'Étude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

²⁶⁵ Mercy Corps, 'Kasai Conflict Assessment: February-March 2019'.

Les femmes engagées dans les activités commerciales ont tendance de changer l'offre de leur marchandise selon saison et/ou demande du marché afin d'augmenter des bénéfices et/ou réduire des pertes.

A part de ces stratégies d'adaptation à court terme, la population déploie multiples stratégies négatives qui augmentent la précarité de ménages et/ou de personnes concernées à moyen terme. Parmi ces stratégies figurent l'utilisation des membres de ménages en tant que main d'œuvre, suscitant l'élargissement accéléré de la taille de ménage (Cf. C. Faible espacement des naissances / Grossesses précoces), les mariages précoces et la prostitution. Certaines personnes s'adonnent à des actes proscrits, tels que le vol et/ou la sorcellerie pour assurer la survie.

« Nous initiions les enfants et les femmes à travailler. Les parents peuvent arrêter la scolarisation des enfants pour qu'ils se donnent au travail pour la survie du ménage. »

Mariages précoces

Les communautés dans le contexte urbain ainsi que rural ont admis l'existence des mariages précoces même si la loi du pays l'interdit. Les raisons pour marier les filles avant l'âge de 18 ans sont multiples mais essentiellement liés aux moyens d'existence. En contraste avec le passé, les parents n'arrivent plus subvenir aux besoins de leur progéniture qui leur pousse depuis le bas âge de se débrouiller pour les satisfaire. Les filles à l'âge d'adolescence sont particulièrement vulnérables comme elles perçoivent les différences potentielles entre le traitement des filles et des garçons dans le ménage, se trouvant souvent de côté désavantagé²⁶⁶. Si l'opportunité se présente, elles peuvent voir ses besoins comblés par le(s) copain(s). Pas suffisamment éduquées sur la santé sexuelle, elles peuvent tomber enceintes et le mariage suivra pour protéger la réputation de la famille.

« Si tu as une fille et elle se méconduit et revient avec une grossesse, tu vas plus la prendre en charge. Tu vas la donc envoyer chez son copain, le père de son enfant, pour qu'il prenne ses responsabilités. »

Cependant, la grossesse n'est pas une raison ultime pour le mariage précoce. Il suffit que les rumeurs circulent que la fille sort avec un garçon, potentiellement passant la nuit chez lui, et les parents s'organisent de les surprendre *in flagrante*. Dans ce cas, la fille sera mariée par force, pour régulariser l'union, parce qu'elle ne plus habiter dans la maison de son père.

« De nos jours, les femmes ont déjà des expériences sexuelles vers 14 ans. Avant les mamans mangeaient encore les « mbuji wa nyima », une chèvre de virginité de leurs filles. Cette chèvre était un signe de reconnaissance du mari envers sa belle-mère pour la bonne éducation de la nouvelle mariée, sauvegardant sa virginité jusqu'au mariage. Aujourd'hui, les mères reçoivent rarement – ou pas du tout – cette chèvre. »

Autrement, le mariage précoce représente une des stratégies d'adaptation pour les ménages en état d'extrême précarité qu'ils n'arrivent pas pallier autrement. Le mariage, y compris le mariage précoce, devient une source de revenu vu que le père bénéficie d'une dot qui peut aider le reste de ménage de traverser une période difficile (Cf. Famille et mariage). De même manière, le mariage sert à la réduction de la taille de ménage afin de permettre la meilleure distribution des ressources disponibles. D'ailleurs, suite à la rébellion *Kamuina Nsapu*, les familles se sont dispersées et certaines filles pourraient se retrouver loin de leurs proches. A ce moment, le mariage précoce représentait à la fois une stratégie de survie ainsi qu'une protection de la dignité de la fille.

De manière générale, les filles sont blâmées pour être désobéissantes, allant contre les conseils de leurs parents. Pourtant ces derniers ne se rendent compte pas suffisamment que

²⁶⁶ De manière générale, les filles représentent une perte d'investissement, surtout quand elles tombent enceintes avant de terminer leurs études. Néanmoins, dans quelques communautés elles peuvent se trouver privilégiées par rapport les garçons du à la dot qu'elles puissent générer et dont la famille va bénéficier et/ou les cadeaux de ses copains qu'elle pourra amener à la maison.

contrairement au passé ils ne créent pas l'environnement favorable à l'épanouissement des filles pour potentiellement gagner leur respect en conséquence. Ils supposent fautivement que les filles doivent les automatiquement respecter parce que « *c'est eux qui leur ont donné la vie.* » Pourtant, avec leurs besoins écartés et les mères rarement présentes pour les éduquer, les filles se révoltent contre les conseils qu'elles pourraient éventuellement recevoir et fuient le foyer, pensant que l'homme assurera mieux leur survie. De plus, il est important à noter que les dialogues potentiels entre les filles et leurs mères ne comprennent pas la discussion sur l'amour ou la sexualité et ainsi les filles entrent dans ce domaine sous conseils de leurs pairs qui – de leur côté – ne disposent pas des informations et/ou des perspectives mures. La discussion sur l'utilisation des moyens contraceptifs est largement évitée car il est estimé qu'elle pourrait être interprétée comme un encouragement de la poursuite de la vie sexuelle active. Les jeunes filles participantes aux groupes de discussion ont évoqué qu'elles n'abordent pas les sujets sensibles avec leurs parents dû à leurs réactions, y compris la punition physique.

« Les parents doivent arrêter de crier sur nous et nous taper. Quand ils veulent nous reprocher, il faut qu'ils nous parlent en secret et calmement. Ainsi, on pourrait s'ouvrir à eux »

Les pères ne s'investissent pas dans l'éducation de leurs filles, perçue comme le domaine féminin, mais ils sont les premiers à les blâmer – ainsi que leurs mères - si toutefois la fille dévie du chemin prescrit. Pour éviter cela, certaines mères aident à leurs filles d'expulser les grossesses. Le comportement de garçons et/ou des hommes qui contribuent à ces grossesses n'est jamais mis en question. Pourtant, les jeunes filles représentent une proie facile pour certaines catégories des hommes qui exploitent leur vulnérabilité et qui peuvent être à l'origine des grossesses non-désirées.

« Un nombre de filles est ciblé à l'école. Les professeurs désirant d'avoir des relations sexuelles avec elles peuvent menacer par l'échec académique si elles refusent de coucher avec eux. Parfois, les professeurs peuvent être même les intermédiaires pour une autre personne et les filles se trouvent dans l'obligation d'accepter si elles ne veulent pas risquer la répétition de la classe. »

Les sorties et/ou les pèlerinages avec les églises ont été aussi mentionnés comme les endroits où les jeunes filles peuvent être exposées aux risques des rapports sexuels consentis et/ou des viols.

Clivage intergénérationnel

Dans une société, les traditions créent un pont entre les générations, constituant des liens entre les jeunes et les aînés comme ils apprennent et perpétuent leur vision du monde. Dans les communautés kasaïennes, l'éducation des enfants est beaucoup considérée, les parents essayant d'investir suffisamment du temps pour prodiguer des conseils à leur progéniture. Cependant, avec les circonstances de vie en constante dégradation depuis plusieurs décennies, certains parents admettent de ne pas pouvoir trouver ni du temps ni de l'énergie pour créer des liens avec leurs enfants. Ainsi, les valeurs ancestrales se dissipent et le clivage intergénérationnel devient apparent.

« A cause de la conjoncture actuelle, les parents sont très peu disponibles pour transmettre des valeurs aux enfants. Ils sortent le matin pour aller chercher quoi vivre et reviennent le soir fatigués n'ayant pas la force de s'occuper des enfants ou soit ils cherchent le revenu loin de leur localité, sans être en contact avec leurs enfants qui restent à la maison seuls. »

Les participants aux groupes de discussion ont aussi soulevé l'influence négative de l'enseignement formel sur la transmission des valeurs « africaines », donnant plus de priorité à la « culture de blancs ». Ceci chagrine les parents qui ont fourni des efforts pour permettre leurs enfants d'aller à l'école. Non seulement, ces jeunes se positionnent contre les valeurs endogènes, traitant leurs parents comme obsolètes, mais aussi ils deviennent chômeurs comme l'emploi est de plus en plus difficile à trouver. Ainsi, l'enseignement formel les trahit à deux niveaux.

D'ailleurs, la communauté a regretté l'interdiction des *tshiota*, des réunions familiales vespérales, par le gouvernement de Joseph Kabila qui a, pendant une vingtaine d'années, empêché la transmission des valeurs dans les communautés Luba. Il a été constaté qu'effectivement les enfants nés entre 2002 et 2017 présentent des signes de « mauvaise » éducation car ils n'ont pas pu bénéficier des *tshiota*.

« Dans le temps il y avait les « tshiota » pendant lesquels les parents ont enseigné leurs enfants autour de feu. Pendant la période de Kabila, les « tshiota » ont été interdits car ils étaient des signes de cohésion et de force, c'est-à-dire d'opposition au pouvoir. Donc, les enfants ne recevaient plus des conseils et ce sont ces enfants qui se méconduisent actuellement. »

Un groupe des participants aux groupes de discussion a hypothétisé que les enfants se méconduisent à cause du manque de travail. Ils ont argumenté que les circonstances de vie ne permettent pas aux enfants d'appliquer les conseils reçus des parents parce que ces conseils ne peuvent pas remplir leurs estomacs et ainsi les enfants se débrouillent comme ils peuvent, même se lançant dans les activités proscrites (vol, pillage, prostitution, viol). Les jeunes ont aussi soulevé un manque de ressources financières mais ils ont plutôt pointé vers leurs parents qui d'après eux ont failli leurs responsabilités pour bien préparer leur avenir. D'ailleurs, la préférence d'enfants masculins vis-à-vis leurs sœurs et/ou vice-versa alimente la révolte des jeunes contre la répartition inéquitable de ressources disponibles, les poussant de voir leurs besoins satisfaits ailleurs.

« La vie de notre génération a beaucoup changé par rapport à celle de nos parents par le fait qu'à l'époque de nos parents leurs parents avaient de l'argent et répondaient aux besoins de leurs enfants, contrairement à notre génération où les parents n'ont pas de l'argent et ne répondent plus aux besoins de leurs enfants. Nous avons grandi sans rien recevoir d'eux alors pourquoi on devrait écouter à leurs conseils ? »

Les parents reprochent aux jeunes surtout les comportements suivants : consommation excessive de l'alcool et/ou du tabac, sexualité excessive (dû à la télévision et l'utilisation des téléphones portables (visionnage des films pornographiques), violence, y compris la violence sexuelle. L'introduction précoce aux rapports sexuels a été citée comme une des raisons de manque de respect des jeunes envers les parents « qui se voient sur la même ligne d'égalité. »

« Nous pensons que la consommation excessive de l'alcool a commencé en 2004 ou 2005. C'est la période quand l'alcool est devenu très disponible sur le marché. Maintenant, le soir les enfants ne sont presque jamais à la maison, ils vont au cinéma avec leurs amis pour regarder les films ou match de football qui remplissent leurs têtes avec des mauvaises idées. »

EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE

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

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires (EDS 2014 & MICS 2018)</i>	+
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+++
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	-
Interprétation globale	++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasai
Utilisation de l'eau de boisson de sources améliorées ²⁶⁷	59.0% (MICS 2018) 50.4% (EDS 2014)	14.2% (MICS 2018)
Temps de trajet pour s'approvisionner en eau >30 minutes	36.1% (MICS 2018) 50.8% (EDS 2014)	34.1% (MICS 2018)
Aucun traitement d'eau	93.9% (MICS 2018) 96% (EDS 2014)	97.0% (MICS 2018)
Contamination fécale de l'eau de boisson des ménages	74.6% (MICS 2018)	91.8% (MICS 2018)

²⁶⁷ Sources améliorées d'eau de boisson : eau de robinet (dans l'habitation, dans l'enceinte, la cour ou parcelle, chez les voisins, par robinet/ tuyauterie publique), puits tubé/forage, puits creusé protégé, source protégée, la collecte des eaux pluviales et l'eau conditionnée ou livrée

- Barrières géographiques : bien que plusieurs acteurs humanitaires ont mené des interventions en termes d'aménagement des points d'eau, l'accès demeure difficile dans nombreux villages, avec les points d'eau très éloignés des zones d'habitation.^{268 269}
- Barrières financières : 56% de ménages dans le territoire de Kamonia paient pour l'eau²⁷⁰ qui se vend, par exemple, à 500 FC par bidon de 25 litres au centre de Kanzala.²⁷¹
- Barrières de qualité : 42,8% des ménages dans le territoire de Kamonia ont accès à une source d'eau améliorée, 52.2% non améliorée, 2.3% eau de surface.²⁷² Ainsi, de nombreux ménages font recours à l'eau de pluie, des puis non protégés, des sources et rivières non aménagées pour la boisson et les travaux ménagers avec tous les risques de contamination des maladies hydriques.^{273,274,275,276} Le traitement de l'eau est très peu pratiqué par les communautés^{277,278,279}, et les pratiques de stockage et d'utilisation de l'eau inadéquates ajoutent un risque supplémentaire de contamination de l'eau de boisson.
- Barrières socio-culturelles : les distances parcourus par les femmes et les filles qui sont principalement chargées de la corvée d'eau sont énormes et les trajets pour accéder aux points d'eau sont souvent dangereux du fait des éléments naturels (morsures de serpent, glissements de terrain, chutes d'arbres) mais aussi des risques de protection.^{280,281}

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

Malgré la disponibilité d'indicateurs relatifs à l'accès à l'eau dans les bases de données EDS 2014 et MICS 2018, les associations statistiques significatives avec quel que soit la forme de la sous-nutrition n'ont pas été observées (Cf. Annexe A - D).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Les observations lors de l'étude qualitative ont révélé que la population accède majoritairement aux sources d'eau non-aménagées, tels que les rivières ou l'eau de pluie récupérée. Certaines sources d'eau aménagées (robinets publics, pompes de forage) ont été observées mais elles ne sont pas accessibles à toute la population pour des raisons financières (frais d'utilisation), saisonnières (difficultés d'accès, surtout pendant la saison pluvieuse) et/ou opérationnelles (point d'eau non-entretenu, débit insuffisant, temps d'attente important). Certains points d'eau aménagés ont été déclarés non-fonctionnels par la population dû à un manque de maintenance. La qualité d'eau dans les forages a été jugée meilleure par rapport l'eau des sources non-aménagées, pourtant la propreté de l'environnement autour des points d'eau était considérée non-optimale quel que soit le type de source. A part de la présence de

²⁶⁸ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshwa, Province Du Kasai'.

²⁶⁹ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasai, RDC'.

²⁷⁰ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA).

²⁷¹ Action contre la Faim RDC, 'Enquete Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Democratique Du Congo, Juillet 2022'.

²⁷² African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasai, RDC'.

²⁷³ Action contre la Faim RDC, 'Enquete Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Democratique Du Congo, Juillet 2022'.

²⁷⁴ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

²⁷⁵ Programme Alimentaire Mondial, 'Evaluation Approfondie de La Sécurité Alimentaire En Situation d'Urgence Dans La Region Du Kasai(EFSA_COVID 19)'.

²⁷⁶ Kasa, L., 'Poverty and Malnutrition in the Democratic Republic of the Congo (DRC): Secondary Data Analysis (SDA) Findings from the Provinces of Tanganyika, Kasai, and Kasai Central.'

²⁷⁷ 'EDS 2013-2014'.

²⁷⁸ 'Enquete Par Grappes a Indicateurs Multiples, MICS Palu, Rapports de Resultats de l'Enquete, 2017-2018'.

²⁷⁹ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

²⁸⁰ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshwa, Province Du Kasai'.

²⁸¹ Commission Européenne, et al., 'La République Democratique Du Congo Profil Genre Pays'.

déchets solides, l'environnement autour des points d'eau a aussi dévoilé des signes de défécation à l'air libre, tous les deux présentant des risques de contamination de la source.

La proximité des points d'eau variait dans les contextes urbains et ruraux avec la distance plus prononcée dans le dernier, lié également au risque sécuritaire pour les personnes responsables de puisage d'eau dans le ménage. Dans la majorité de cas, il s'agissait des filles et des femmes de tous âges (filles 5-12 ans, jeunes femmes <18 ans, femmes >18 ans), parfois aidées par les garçons 5-12 ans et/ou jeunes hommes <18 ans. L'eau est principalement transportée dans les bidons sur leurs têtes alors qu'il est généralement considéré inapproprié pour un homme >18 ans de le faire. Ainsi les hommes adultes ne participent que rarement dans cette activité avec une exception observée à Kamako où le puisage d'eau constitue une des activités génératrices de revenu pour les hommes de bas âge.

Le temps d'attente au point d'eau variait de <15 minutes dans le contexte urbain jusqu'à <60 minutes dans le contexte rural. La propreté des bidons observés a été jugée plutôt optimale dans le contexte urbain mais pas du tout optimale dans le contexte rural. Le lavage de bidons avant le remplissage n'a pas été systématiquement pratiqué dans quel que soit le contexte. Dans les ménages, l'eau était stockée soit dans les mêmes bidons dans lesquels elle a été puisée (avec ou sans un couvercle) et/ou transférée dans d'autres bidons (avec ou sans un couvercle), selon la disponibilité dans chaque ménage. L'eau était généralement stockée à l'intérieur d'une habitation, toutefois exposée aux multiples risques de contamination, y compris la présence des mouches et/ou autres insectes dans le réservoir ou alentour, l'absence de gobelet dédié, les enfants jouant avec l'eau dans un réservoir et/ou les animaux buvant de ce réservoir destiné à un usage domestique, ainsi que les signes d'excréments d'animaux autour de réservoir.

L'eau puisée sert à multi-usage dans le ménage, y compris la boisson, mais ne subit aucun traitement avant la consommation. La communauté a surtout souligné un manque de récipients et un manque de temps pour traiter l'eau par ébullition. Cependant, les échanges sur le sujet ont démasqué une certaine banalisation du risque sanitaire dû à la consommation de l'eau non-traitée.

« L'eau que nous buvons n'est pas propre. Lorsqu'il y a la pluie, le torrent emporte les eaux avec toutes les saletés possibles vers le puit. Cela peut causer des nombreuses maladies, surtout chez les enfants. Mais ils doivent s'habituer. Si on leur donne de l'eau traitée, ils peuvent toujours boire de l'eau non-traitée lors des escapades avec leurs amis dans le quartier et ils pourraient tomber très malades. S'ils s'habituent à l'eau non-traitée, ils peuvent toujours tomber malade mais le risque est moindre. »

O. FAIBLES PRATIQUES D'ASSAINISSEMENT

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires (EDS 2014 & MICS 2018)</i>	+++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	++
Catégorisation par l'équipe qualitative	+
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	-
Interprétation globale	++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasaï
Défécation à l'air libre	11.6% (MICS 2018) 13% (EDS 2014)	40.8% (MICS 2018)

Installations sanitaires améliorées	32.6% (MICS 2018) 20.5% (EDS 2014)	6.2% (MICS 2018)
Enfants dont on s'est débarrassé des selles de manière hygiénique	59.8% (MICS 2018) 68.9% (EDS 2014)	33.1% (MICS 2018) 42.1% (EDS 2014)

- Le Kasai est la province de RDC avec le taux de défécation à l'air libre le plus élevé (40,8%).^{282,283} Cette pratique est plus répandue au sein des ménages pauvres.²⁸⁴
- Latrines construites en bois et en terre, le trou n'est quasi jamais recouvert ce qui attire beaucoup d'insectes.^{285,286,287}
- Les latrines ne séparent pas les hommes des femmes, manquent de verrou et ne sont pas éclairés la nuit, ce qui expose les utilisatrices aux risques d'agressions sexuelles.²⁸⁸

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

D'après la régression logistique de données EDS 2014, les enfants vivants dans les ménages sans latrine dont les selles ont été laissées à l'air libre avaient un risque plus élevé de retard de croissance ($p=0.061$) (Cf. Annexe A). D'après les données MICS 2018, les enfants vivants dans les ménages pratiquant la défécation à l'air libre avaient un risque plus élevé d'émaciation ($p=0.003$) et d'insuffisance pondérale ($p=0.000$) (Cf. Annexe C).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Les observations lors de l'étude qualitative n'ont pas démontré une présence systématique des latrines dans les communautés visitées. Les latrines étaient souvent collectives, partagées par plusieurs ménages dans le voisinage, à usage mixte (H/F). Parmi les latrines observées, la majorité était les latrines à fosse sans dalle (assise ouverte). Les seaux destinés à la défécation ont été aussi observés dans le contexte urbain. La propreté des latrines n'a pas été jugée optimale (pas très propre/pas du tout propre), avec des dispositifs de lavage de mains (eau, savon, cendres) en défaillance. Les structures extérieures n'ont pas été très bien entretenues, présentant des risques de la sécurité et de la vie privée. Autour des latrines, les signes de défécation à l'air libre, la présence des mouches et autres insectes ainsi que la présence d'animaux domestiques et sauvages ont été observés, présentant des risques de contamination et sanitaires combinés. Certaines latrines étaient assez ou très éloignées des habitations, présentant des risques sécuritaires, surtout pour ses utilisatrices féminines. Les selles d'enfants ont été observées d'être jetées dans la latrine, jetées aux ordures (déchets solides), laissées à l'air libre et/ou enterrées.

P. FAIBLES PRATIQUES D'HYGIENE PERSONNELLE

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires (EDS 2014 & MICS 2018)</i>	++

²⁸² 'Enquete Par Grappes a Indicateurs Multiples, MICS Palu, Rapports de Resultats de l'Enquete, 2017-2018'.

²⁸³ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

²⁸⁴ Kasa, L., 'Poverty and Malnutrition in the Democratic Republic of the Congo (DRC): Secondary Data Analysis (SDA) Findings from the Provinces of Tanganyika, Kasai, and Kasai Central.'

²⁸⁵ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshu, Province Du Kasai'.

²⁸⁶ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

²⁸⁷ Kasa, L., 'Poverty and Malnutrition in the Democratic Republic of the Congo (DRC): Secondary Data Analysis (SDA) Findings from the Provinces of Tanganyika, Kasai, and Kasai Central.'

²⁸⁸ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshu, Province Du Kasai'.

Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
Catégorisation par l'équipe qualitative	+
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	-
Interprétation globale	++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasai
Lavage des mains – dispositif de lavage des mains observé	57.2% (MICS 2018)	5.1% (MICS 2018)
Eau disponible au dispositif de lavage des mains	45.5% (MICS 2018) 11.1	21.7% (MICS 2018)
Savon disponible au dispositif de lavage des mains	66.3% (MICS 2018)	18.0% (MICS 2018)

- Lavage de mains : l'eau est versée dans un petit récipient et les membres de la famille se lavent des mains à leur tour avant de manger.²⁸⁹ Seulement 16,8% des mères se lavent les mains après avoir déféqué.²⁹⁰
- Faible utilisation du savon^{291,292} : le savon est souvent gardé pour la lessive, la vaisselle ou le bain à la source. Seulement 32,10% des mères utilisent le savon pour se laver les mains.²⁹³

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

Les données EDS 2014 n'ont pas inclut les indicateurs pour évaluer les liens statistiques entre les pratiques d'hygiène personnelle et les déficits nutritionnels (Cf. Annexe A & B). D'après la régression logistique de données MICS 2018, les enfants vivants dans les ménages où le lavage de mains a été pratiqué avaient un risque moins élevé de retard de croissance ($p=0.001$) et d'insuffisance pondérale ($p=0.029$) (Cf. Annexe C).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Les observations lors de l'étude qualitative ont démontré que, de manière générale, la population a tendance de se laver des mains le plus souvent avant de manger. La population se lave des mains plus sporadiquement (ou rarement) avant de cuisiner, après l'avoir utilisé des toilettes ou après avoir géré les selles des enfants. Les femmes n'ont pas été observées de se laver des mains avant d'allaiter. Approximativement, un enfant sur trois a été observé d'avoir le visage, les mains et les vêtements propres.

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

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires (EDS 2014 & MICS 2018)</i>	-
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	+++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	++
Catégorisation par l'équipe qualitative	++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	-
Interprétation globale	++

²⁸⁹ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

²⁹⁰ Luc.

²⁹¹ 'Enquete Par Grappes a Indicateurs Multiples, MICS Palu, Rapports de Resultats de l'Enquete, 2017-2018'.

²⁹² Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

²⁹³ Luc.

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁷

Indicateur %	National	Province du Kasai
Pourcentage de ménages ayant au moins une moustiquaire	67.6% (MICS 2018)	28.4% (MICS 2018)
	71.6 (EDS 2014)	61.3% (EDS 2014)
Utilisation de moustiquaire (N'importe quelle moustiquaire)	52.0% (MICS 2018)	15.7% (MICS 2018)
	51.5% (EDS 2014)	31.4% (EDS 2014)

- Pratiques d'hygiène d'environnement : les animaux, à l'exception des cochons, sont gardés à l'intérieur de la maison par peur des vols,²⁹⁴ Presque 90 % des enfants étaient en contact direct avec des excréments sur leurs lieux de jeux.²⁹⁵
- Pratiques d'assainissement favorisant le paludisme : la mauvaise utilisation des moustiquaires et l'insalubrité environnementale, la montée des eaux due à l'abondance des pluies au mois de Novembre et Mars, créant ainsi des flaques d'eau, la poussée d'herbes qui sont des milieux favorables pour la multiplication et hébergement des moustiques.²⁹⁶
- Pratiques d'hygiène alimentaire : lorsque que la mère part au champ le matin, elle laisse un plat de fofou aux enfants pour consommer au cours de la journée. Le plat est laissé dans la cuisine, non protégé des mouches et des animaux (cochons d'indes, chèvre, lapins, poules) qui ont l'accès à la cuisine. Les marmites et les plats ne sont pas systématiquement lavés entre chaque repas, par manque de temps et d'eau. Les plats sales sont laissés à l'air libre exposés aux agents pathogènes, puis réutilisés.²⁹⁷

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

Les données EDS 2014 et MICS 2018 n'ont pas inclus les indicateurs pour évaluer les liens statistiques entre les pratiques d'hygiène d'aliments et d'environnement et les déficits nutritionnels (Cf. Annexe A - D).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Les observations lors de l'étude qualitative ont démontré que les espaces de jeu de l'enfant n'ont pas été suffisamment aménagés, avec la présence quasi-systématique des animaux et/ou de leurs excréments dans ces espaces. Les enfants ont été observés d'interagir avec les animaux domestiques sans précautions hygiéniques. La présence des animaux et/ou de leurs excréments a été systématiquement observée dans la cour, un peu moins à l'intérieur des habitations et/ou dans les espaces de cuisine mais les animaux y ont eu l'accès facile. La propreté des cuisines a été jugée non-optimale, avec la nourriture étant souvent observée laissée découverte. Les déchets solides étaient observés d'être jetés dans la brousse et/ou dans une fosse dédiée, laissés à l'air libre ou brûlés.

« Les enfants et les animaux dorment ensemble. Dans les ménages locataires, les parents peuvent refuser de nettoyer la cour pensant que ce n'étaient pas leurs enfants qui ont y déféqué. Cela produit la contamination de l'espace avec la transmission des maladies par les moustiques et autres insectes. »

Dû à la surcharge de travail des femmes qui sont principalement responsables d'hygiène dans le ménage et les priorités contradictoires (activités génératrices de revenu afin de nourrir le ménage), l'hygiène d'environnement est très peu mise en pratique malgré la bonne sensibilisation des communautés sur ses effets sur la santé.

²⁹⁴ Luc.

²⁹⁵ Luc.

²⁹⁶ Action contre la Faim RDC, 'Enquête Nutritionnelle Anthropométrique et de Mortalité Selon La Methodologie SMART, Zone de Santé de Kanzala, Province Du Kasai, République Democratique Du Congo, Juillet 2022'.

²⁹⁷ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

GENRE

Selon l'indice d'inégalité de genre (GII) la RDC se classe en 150^{ème} position parmi 189 états²⁹⁸. Dans un contexte de fragilité, la situation des femmes est exaspérée par un taux d'alphabétisation relativement faible par rapport aux hommes (56% vs. 78%, respectivement). D'ailleurs, il est estimé que 61,15% des ménages dirigés par les femmes vivent en dessous du seuil de pauvreté contre 54,32 % des ménages dirigés par les hommes.²⁹⁹ En 2016, suivant les résultats de l'enquête QUIBB³⁰⁰ (2016-2017), le salaire horaire moyen de la femme ne représentait que 53,6% de celui de l'homme dans l'ensemble du pays. Cette disparité est particulièrement forte dans le secteur informel où les femmes sont majoritaires, notamment dans le commerce de détail et la production agricole.^{301 302 303}

R. CHARGE DE TRAVAIL ELEVÉE DES FEMMES

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	+++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires (EDS 2014 & MICS 2018)</i>	-
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	++
Catégorisation par l'équipe qualitative	+++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+++
Interprétation globale	++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES¹⁷

- Le secteur agricole qui est la principale activité de subsistance exercée dans la région est essentiellement tenue par les femmes qui ont un rôle de premier plan dans la production et dans la commercialisation des produits agricoles, tandis que les hommes préfèrent le travail rémunéré ou les mines de diamants. Les femmes occupent également une place prépondérante dans les activités reproductives comme pourvoir les ménages en produits alimentaires, la cuisson des aliments ainsi que d'autres travaux de soins tels que s'occuper des enfants.^{304,305,306} La surcharge de travail domestique et agricole des femmes diminue leur capacité à exercer une activité secondaire génératrice de revenus.³⁰⁷
- De nombreuses femmes sont de facto chefs de famille et subviennent aux besoins de leurs enfants, car les hommes sont absents dans les mines de diamants, où leurs revenus sont irréguliers, et ont souvent plusieurs autres épouses.³⁰⁸ Pourtant, la gestion masculine des biens et du cash dans le ménage, diminue considérablement leurs accès aux prêts et aux épargnes, le faible statut social de la femme mettant en péril sa solvabilité.³⁰⁹
- Sur les temps d'activité estimé d'un jour de 05 heures à 21 heures soit 16 heures, les femmes sont actives dans les travaux ménagers (environ 6 heures par jour entre 05 heures à 8 heures et 17 heures à 21 heures) et dans les travaux champêtres (en moyenne 9 heures,

²⁹⁸ Indice d'inégalité de Genre, Rapport sur le développement humain 2020, PNUD

²⁹⁹ <https://plateforme-elsa.org/> Profil genre de la RDC, ADF, 2016

³⁰⁰ L'enquête QUIBB (Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base du Bien-être)

³⁰¹ Déclaration du gouverneur du Kasai à l'issu du forum des gouverneurs de l'espace Kasai axé sur les stratégies de lutte contre les violences basées sur le genre du 1 au 3 février 2022, <https://actualite.cd/2022>

³⁰² Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshwa, Province Du Kasai'.

³⁰³ Mercy Corps, 'Kasai Conflict Assessment: February-March 2019'.

³⁰⁴ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshwa, Province Du Kasai'.

³⁰⁵ Mercy Corps, 'Kasai Conflict Assessment: February-March 2019'.

³⁰⁶ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

³⁰⁷ Luc.

³⁰⁸ Mercy Corps, 'Kasai Conflict Assessment: February-March 2019'.

³⁰⁹ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

entre 08 à 17 heures (semis, sarclage, récoltes, maraichage, vente des produits agricoles). Elles sont les principales responsables des activités de la collecte d'eau, de la collecte de bois ainsi que de l'approvisionnement de la famille en produit alimentaire et de leur préparation. Les femmes ont en moyenne 15 heures de travail quotidien et l'absence de temps libre dans la journée à consacrer à l'apprentissage, à la détente ou au développement personnel. Les hommes quant eux, leurs plages horaires ont montré que pour la même journée, ils travaillent en moyenne 9 heures par jour. Dans la majeure partie des cas, ils ont comme activité ménagère principale le balayage de la cour et le reste du temps est consacré au travaux champêtres (défrichage, essartage, brulis, vente des produits agricoles). Des observations directes ont permis de constater qu'au courant de la journée, la présence des hommes dans les villages se limitait aux jeux, à la discussion mais aussi à l'utilisation de boissons alcooliques. Les plages horaires des filles présentent en moyenne 12h30 de temps de travail alors que pour le garçon en moyenne 9 heures. Les filles sont chargées après les femmes de la collecte d'eaux, de la collecte du bois et du soin de la maison, de la cuisson des repas, activités qu'elles font avant et/ou après l'école.^{310,311}

- La répartition des rôles féminins et masculins fait l'objet d'un strict respect dans les milieux ruraux. Un homme pris en train de réaliser des tâches féminines risquerait de perdre la face. Il est de notoriété publique que des hommes qui se comportent comme des femmes ont probablement été ensorcelés par leurs femmes ou leur belle famille.³¹²

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

Les données EDS 2014 et MICS 2018 n'ont pas inclut les indicateurs pour évaluer les liens statistiques entre la surcharge de travail des femmes et les déficits nutritionnels (Cf. Annexe A - D).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Les principales responsabilités des femmes incluent les soins d'enfants et l'exécution des tâches ménagères, telles que l'approvisionnement du ménage en eau et bois de chauffe, le nettoyage de la maison et de la cour, y compris la vaisselle et la lessive, et la préparation des repas familiaux. Les femmes estiment que leur charge de travail est très élevée et beaucoup plus élevée comparativement aux années antérieures.

« Dans le passé la charge de travail des femmes était minime. C'est le contraire actuellement et c'est l'homme qui a une charge de travail minime. Dans le temps passé les hommes travaillaient et apportaient un soutien à leurs épouses. Les femmes étaient responsables de ménage et de naissances. Actuellement ce sont les femmes qui ont une grande charge de travail parce qu'elles se débrouillent mieux que les hommes. Toute la responsabilité du ménage est à leur charge – les aliments, la scolarité des enfants, les vêtements. »

L'augmentation de la charge de travail est liée à un manque de soutien par les maris qui n'arrivent plus à couvrir les besoins financiers de leurs ménages, ainsi poussant les femmes d'absorber des responsabilités de la génération de revenu afin d'équilibrer les entrées et les sorties du budget de ménage. Ainsi, la femme n'est plus au même endroit, elle circule beaucoup et loin pour trouver des possibilités qui la permettrais de « *mettre la nourriture à la table le soir* ».

« Je me réveille le matin pour sortir et parcourir de très grandes distances à la recherche des mangues ou des citrons dans les villages lointains, acheter ces fruits, les transporter dans un bassin sur la tête ici pour les vendre afin de trouver à la tombée de la journée une mesurette de farine pour la survie de mon ménage. »

Les participants aux groupes de discussion estiment que le déséquilibre dans la charge de travail des femmes et des hommes a commencé apparaitre autour l'année 2010 quand il est

³¹⁰ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamwasha, Province Du Kasai'.

³¹¹ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

³¹² Daniel Arnoldussen.

devenu de plus en plus rare de trouver un diamant. La situation s'est substantiellement empirée suite à la rébellion de *Kamuina Nsapu*.

De point de vue de l'évolution saisonnière, les femmes constatent que leur charge de travail est plus élevée surtout pendant les périodes de Janvier – Mars et Septembre – Novembre, dédiées aux travaux champêtres (semences). Pendant ces mois elles passent des longues journées au champ, tous les jours de la semaine sauf dimanche, sans possibilité de se reposer. Le sentiment d'épuisement est intensifié par une carence d'aliments qui pourraient régénérer leurs forces. Ainsi, elles recourent aux tisanes de *kampagna nzemvu*, *mulala'ambua*, *konga bululu* et *kakengu kengu*³¹³ pour se stimuler et pouvoir accomplir leurs tâches. Certaines prennent Diclofénac pour atténuer les douleurs du corps et se lavent avec l'eau tiède. Les femmes évoquent que ces mois sont particulièrement éprouvants pour les femmes enceintes qui n'arrivent pas de travailler autant alors qu'une saute de saison de semences entraîne des conséquences importantes sur l'alimentation du ménage les mois suivants, augmentant leur charge mentale.

« Pendant la grossesse nous n'arrivons pas travailler autant parce que nous nous sentons faibles. Nous ne déplaçons pas beaucoup et la santé de nos enfants en souffre. Ça peut arriver que les enfants dorment affamés au cas où le papa n'est pas en mesure de se débrouiller comme la maman pour trouver les aliments à manger. »

Pendant les mêmes périodes, les femmes allaitantes admettent les difficultés d'allaiter à cause de leur absence au foyer, c'est-à-dire leur manque de disponibilité d'allaiter à la demande, leur fatigue qui restreint leur patience d'allaiter aussi longtemps que le bébé nécessite, ainsi que leur faim qui crée une perception qu'elles ne produisent pas du lait maternel en quantité et qualité suffisantes pour satisfaire les besoins du nourrisson (Cf. G. Pratiques d'allaitement maternel 0-6 mois non-optimales).

Après l'accouchement, les femmes ne bénéficient pas de l'assistance particulière de leur entourage. Vu qu'elles portent la charge pour la survie quotidienne de leurs ménages, certaines sont obligées de reprendre leurs activités génératrices de revenu aussitôt qu'après une semaine après l'accouchement. Seulement les femmes qui ont pu économiser des ressources pour la période plus longue peuvent s'offrir un repos plus long (<1 mois).

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, une moitié de mères dans l'échantillon (N=12) ont confirmé la charge de travail élevée pendant la période de la grossesse (n=6) et/ou la période d'allaitement (n=5). Néanmoins, leur perception de la charge de travail n'a pas substantiellement changé par rapport la période de grossesse et/ou d'allaitement de l'enfant ainé.

Famille et mariage

« Une femme idéale est celle qui accueille bien les visiteurs et les amis de son mari, elle les sert à manger. Elle est forte et soutient son mari dans l'agriculture. Elle nourrit sa famille et elle est capable de prendre bien soins de la maison et de ses enfants. Un homme idéal est celui qui respecte sa femme et qui répond à tous ses besoins, en mesure d'assurer la charge alimentaire de sa famille, payer l'habillement de sa femme. Lorsqu'il y a des visiteurs, il est capable d'assurer le repas. Il n'insulte pas sa femme. »

Les participants aux groupes de discussion ont constaté que les femmes ou hommes idéaux n'existent plus ou ils sont extrêmement rares. Ils aperçoivent une différence par rapport aux années antérieures, regrettant qu'ils ne jouissent pas l'harmonie de leurs unions de même manière que leurs parents ou grands-parents.

« L'amour et l'entente entre l'homme et la femme est disparu. »

Certains ont hypothétisé que le changement observé dans les relations conjugales peut être dû au non-respect des fiançailles, c'est à dire le temps dédié à l'observation du comportement d'un partenaire potentiel. Les femmes ont admis qu'elles ont accordé peu de temps à la lecture de caractère de leurs maris et/ou elles n'ont pas bénéficié de cette opportunité, acceptant hâtivement l'offre de se marier. Les hommes, de leur côté, ont admis qu'ils tentent de sauter les fiançailles pour pouvoir échapper le paiement de la dot, la valeur de laquelle peut dépasser leurs capacités.

³¹³ Noms scientifiques indisponibles au moment de la rédaction du rapport.

« Nous ne pouvons pas observer les coutumes préétablies faute des moyens financières. Du coup, nous sommes obligés de faire des raccourcis, tels qu'enceinter la fille, essayer de régulariser l'union plus tard, ou carrément fuir avec elle. »

La valeur de la dot semble de varier considérablement parmi les localités visitées. Alors qu'à Kanzala, la dot peut atteindre 1.500 USD, la femme à Kamwasha peut être mariée pour 50.000 FC, soit moins de 20 USD³¹⁴. Quel que soit sa valeur, la dot représente une source de revenu pour la famille de la jeune mariée et/ou une stratégie d'adaptation en cas de ménages qui n'arrivent pas subvenir à leurs besoins autrement (Cf. M. Faibles stratégies de résilience). Pourtant, si le jeune couple entame des rapports sexuels avant le mariage, la valeur de la dot diminue et dépend des possibilités du jeune homme. C'est souvent un moment frustrant pour la famille de la jeune mariée qui n'est plus en position de pouvoir exiger un montant désiré. Si la fille fuie avec son amoureux, la dot ne peut plus être revendiquée. Pourtant, si la fille tombe enceinte, elle doit être prise en charge par le père de l'enfant et la dot doit être payée dans son intégralité une fois qu'elle accouche.

« Dans le temps passé, les femmes étaient épousées suivant tous les rituels culturels mais aujourd'hui, elles peuvent être mariées même sans dot. C'est à partir de 2001 que la vie nous frappe cruellement et les filles en souffrent davantage. Elles n'ont pas du temps pour connaître leurs maris. Lorsqu'ils se présentent pour les épouser, même si c'est inconnu, elles l'acceptent par peur qu'elles ne seront pas demandées au mariage encore ou leurs parents se fâchent si elles tentent de refuser. »

Les raisons les plus citées des disputes conjugales comprennent le faible support du mari et/ou l'incapacité du mari de couvrir les besoins de son ménage (alimentation, scolarité, santé), la polygamie et/ou répartition inéquitable des ressources disponibles parmi les épouses, l'infidélité (de l'homme)³¹⁵, le refus des rapports sexuels et/ou le refus de se procréer par la femme, la qualité de repas et le comportement considéré comme inapproprié (mensonge, consommation de l'alcool et/ou du tabac). Les hommes ont aussi régulièrement soulevé « un manque de soumission des femmes » et/ou « non-respect des instructions » par ces dernières comme une source fréquente de disputes et de violence conjugale.

« Dans le temps, nos mamans étaient soumises. Elles ont apporté de l'eau pour le papa quand il a demandé. Elles ont lui servi à manger quand il est rentré du travail. Mais actuellement les femmes n'ont presque pas de respect envers leurs maris. Quand nous demandons de l'eau, elles envoient l'enfant, quand nous rentrons, le repas n'est pas prêt. Alors si elles désobéissent ainsi, le tabassage leur apprendra. »

Alors que les hommes précipitent de critiquer l'insolence des femmes, ils ne se rendent compte pas aussi rapidement que le comportement de leurs épouses peut être influencé par leur propre conduite, surtout en lien avec la prise en charge du ménage. En effet, les femmes expriment une frustration qu'elles doivent porter la charge du ménage et au même temps répondre aux « caprices » de leurs maris alors que leurs pères et grands-pères ont beaucoup travaillé pour subvenir aux besoins de leurs ménages et ainsi mérité le respect qui leur a été accordé. Néanmoins, elles confirment leur responsabilité d'honorer leurs maris, surtout quand elles étaient dotées, et de supporter la situation dans le ménage pour le bien-être de leurs enfants. Trop de « rébellion » pourrait mener à la dissolution du mariage et/ou à la décision du mari de prendre une autre épouse. La crainte de rester seule avec les enfants, et potentiellement de souffrir davantage pour pouvoir les nourrir, est une de causes majeures du stress chez les femmes qui justifie la continuité de leurs mariages malgré le faible support de leurs maris (Cf. F. Bien-être du donneur de soins). Les femmes quittant l'union par leur propre volonté sont aussi stigmatisées jusqu'à un point qu'elles pourraient être appelées de quitter la communauté. Ainsi, elles restent dans les mariages dysfonctionnels pour éviter ce type de désagréments.

« La femme doit toujours supporter le comportement de son mari et elle ne peut pas quitter le foyer parce qu'ils ont déjà les enfants ensemble. Elle ne peut pas les abandonner et puis elle a peur que le mari jette un mauvais sort sur elle et elle va mourir, soit faire arrêter ses parents par la police en fin de payer les pénalités. »

La polygamie est une pratique ancienne mais elle s'est plutôt amplifiée dans les dernières décennies. Alors que dans le passé, l'homme pourrait avoir 2 à 3 femmes, si sa situation économique le permettait, de nos jours certains hommes accumulent jusqu'à 5 femmes sans avoir les ressources nécessaires pour les prendre en charge. D'une sorte la polygamie est devenu une stratégie d'adaptation (Cf. M. Faibles stratégies de résilience), la logique de laquelle se repose sur l'illusion des bénéfices à moyen terme. Ainsi, les hommes épousent multiples femmes pour avoir beaucoup d'enfants qui pourraient contribuer à la génération de revenu dans le ménage (ex. main d'œuvre sur dans les champs) et/ou lui prendre en charge pendant sa vieillesse. Ils avouent que les mariages contribuent à leur épanouissement économique, choisissant des épouses instruites et dynamiques qui pourraient concrétiser leurs rêves de la vie decontractée. D'ailleurs, les hommes admettent d'être en compétition l'un avec l'autre par rapport un nombre de femmes dans leurs ménages respectifs. Si un homme épouse 3 femmes, son entourage tentera d'avoir 4 ou 5 femmes pour démontrer leur dominance. Les femmes disent qu'au moment de séduction elles ne sont pas au courant d'autres mariages que l'homme pourrait entretenir et ces faits ne sont dévoilés – à leur déception – qu'après le mariage. Elles ajoutent que certains hommes draguent les femmes en s'habillant dans les vêtements de leurs amis plus aisés, en utilisant les motos qui ne leur appartiennent pas, ainsi donnant l'impression d'un statut

³¹⁴ Au taux d'échange applicable au moment de la collecte de données qualitatives.

³¹⁵ Les femmes ne sont pas culturellement permises d'entamer des relations avec d'autres hommes même si l'homme quitte le foyer pour nombreux années. Si le mariage n'est pas formellement terminé, la femme doit pratiquer la chasteté au cas où que l'homme revient et résume ses responsabilités envers son foyer.

économique qui ne sont pas capable de tenir après le mariage. Quelques participants aux groupes de discussion ont justifié la polygamie par l'indécence des femmes de nos jours, en exposant leurs corps dans les vêtements « qui dévoilent tout », ou par leur tétuesse et/ou manque de soumission.

S. /FAIBLE AUTONOMIE DES FEMMES / FAIBLE POUVOIR DE DÉCISION

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la <i>littérature scientifique</i> ⁶¹	+
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la <i>revue des données secondaires</i> pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des <i>analyses de données secondaires (EDS 2014 & MICS 2018)</i>	++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+++
Catégorisation par l'équipe qualitative	+++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	-
Interprétation globale	++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasai
Prise de décision – argent gagné par la femme – principalement la femme	28.6% (EDS 2014)	23.3% (EDS 2014)
Prise de décision – argent gagné par l'homme – homme et femme ensemble	46.1% (EDS 2014)	34% (EDS 2014)
Prise de décision- soins de santé de la femme – principalement la femme	10.7% (EDS 2014)	
Prise de décision- soins de santé de la femme – seule ou avec conjoint	46.3% (EDS 2014)	38.7% (EDS 2014)
Prise de décision- achats importants du ménage – principalement la femme	16.6% (EDS 2014)	
Prise de décision- achats importants du ménage – seule ou avec conjoint	59.8% (EDS 2014)	47.1% (EDS 2014)
Prise de décision- visites à la familles ou parents de la femme – principalement la femme	18.8 (EDS 2014)	
Prise de décision- visites à la familles ou parents de la femme – seule ou avec conjoint	54.2% (EDS 2014)	35.6% (EDS 2014)
Tous les trois décisions	33.5% (EDS 2014)	24.2% (EDS 2014)
Aucune décision	26.3% (EDS 2014)	40.5% (EDS 2014)

- Le genre et l'ânesse sont les deux critères fondamentaux au départ desquels s'organise la distribution du pouvoir au sein de la famille étendue et du lignage.³¹⁶ La prise de décisions au sein du ménage revient à l'homme,³¹⁷ le pouvoir réservé aux femmes étant incontestablement moindre que celui qui est octroyé aux hommes.
- Les décisions relatives aux terres et ressources productives sont généralement prises par l'homme au sein du ménage, mais il arrive également que certains ménages dans la communauté prennent ce genre de décision par consensus, tandis que pour les ménages polygames c'est l'homme qui décide.^{318,319,320} L'argent issu de la vente des productions est géré par l'homme.³²¹ Toutefois, une autonomie limitée est concédée aux femmes, quelques récoltes (tubercules de manioc, feuilles de manioc) leur étant réservées. En outre, certains hommes autorisent leur femme à conserver une partie de l'argent issu de la vente de ces produits.³²²

³¹⁶ Mariage virilocal est basé sur un principe de fonctionnement selon lequel un couple marié s'installe dans le village à proximité des parents du mari une fois le mariage soit contracté.

³¹⁷ Commission Européenne, et al., 'La République Démocratique Du Congo Profil Genre Pays'.

³¹⁸ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamweshwa, Province Du Kasai'.

³¹⁹ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

³²⁰ Luc, 'Nutrition Causal Analysis, Zone de Santé de Kalomba, Province Du Kasai Occidental, République Démocratique Du Congo'.

³²¹ Luc.

³²² Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

- Le mariage est virilocal³²³, ce qui induit une forte implication des membres masculins de la famille élargie dans les décisions de la famille nucléaire, et réduit l'espace de parole des femmes.³²⁴ Les religions renforcent également les normes sexospécifiques traditionnelles.³²⁵ La fréquence des mariages précoces est un facteur aggravant, le jeune âge de l'épouse la rendant encore plus vulnérable et soumise à l'autorité de son mari sous l'argument du genre mais aussi de l'âge.³²⁶
- La polygamie concerne environ 80% de ménages dans le Kasai,³²⁷ avec un fort impact sur les capacités des femmes de participer à la prise de décision s'il y a plusieurs épouses. De plus, seule la première épouse est reconnue devant la loi.³²⁸
- La persistance de la dot a pour conséquence la conviction que la femme appartient à un homme, créant une inégalité fondatrice et structurelle au sein du couple. Les biens acquis dans le cadre du mariage sont souvent enregistrés au nom du mari et considérés comme des biens du mari ainsi que de ses parents et frères. Les femmes peuvent hériter selon la loi mais les normes sociales empêchent les femmes d'hériter des biens du ménage qui reviennent souvent à la belle-famille.^{329,330}
- La scolarisation, un travail rémunéré, un âge plus élevé, la vie en milieu urbain et le niveau de vie élevé du ménage sont des facteurs favorables à la participation des femmes à la prise de décision au sein de leur ménage.³³¹

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

D'après la régression logistique de données EDS 2014, les enfants vivants dans les ménages où la femme décide comment l'argent gagné par le mari est utilisé avaient un risque moins élevé d'insuffisance pondérale ($p=0.031$) (Cf. Annexe A). Les données MICS 2018 n'ont pas inclus les indicateurs pour évaluer les liens statistiques entre le pouvoir décisionnaire des femmes et les déficits nutritionnels (Cf. Annexe C - D).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

« Depuis nos ancêtres l'homme est le chef de la famille, il décide sur tout. Mais les femmes d'aujourd'hui se rebellent et elles refusent d'être aussi soumises que leurs mères ou grand-mères. »

L'homme, en tant que chef de ménage, détient le pouvoir de décision général sur le fonctionnement de son foyer. Il est le seul propriétaire des biens, il génère les ressources financières et contrôle leur utilisation, il détermine la taille de sa lignée et approuve des mariages de ses enfants. La femme doit s'aligner aux souhaits de son mari et démontrer un respect de ses consignes. En principe, elle détient le pouvoir de décision sur l'organisation journalière de ses tâches ménagères et le régime alimentaire du ménage. Dû à l'augmentation de ses responsabilités génératrices de revenu ces dernières années, elle peut se trouver en position de pouvoir influencer d'autres domaines de son quotidien mais son pouvoir de décision reste limité sur des questions d'une plus grande portée, surtout en lien avec ses droits reproductifs (Cf. C. Faible espacement des naissances / grossesses précoces/non désirées).

Un résumé de la répartition du pouvoir de décision dans le ménage se trouve dans le tableau 14 ci-dessous.

³²³ Mariage virilocal est basé sur un principe de fonctionnement selon lequel un couple marié s'installe dans le village à proximité des parents du mari une fois le mariage soit contracté.

³²⁴ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamwasha, Province Du Kasai'.

³²⁵ Commission Européenne, et al., 'La République Démocratique Du Congo Profil Genre Pays'.

³²⁶ Commission Européenne, et al.

³²⁷ Andrea Toma, 'Kasai: The Forgotten Province of DRC, Gender Assessment'.

³²⁸ Commission Européenne, et al., 'La République Démocratique Du Congo Profil Genre Pays'.

³²⁹ Commission Européenne, et al.

³³⁰ Daniel Arnoldussen, 'Étude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

³³¹ Commission Européenne, et al., 'La République Démocratique Du Congo Profil Genre Pays'.

Domaine	Pouvoir de décision	Informations complémentaires
Tâches ménagères ³³²	Femme	Autorisation du mari n'est pas nécessaire ; la femme connaît ses responsabilités et peut s'organiser comme elle veut sous condition que les tâches soient exécutées selon les attentes du mari.
Régime alimentaire de ménage	Femme	Autorisation du mari n'est pas nécessaire ; la femme peut composer des repas comme elle veut, dépendamment de la disponibilité de ressources financières au ménage pour l'achat des aliments.
Achat des aliments au marché	Femme	Autorisation du mari n'est pas nécessaire pour les achats des aliments et/ou articles de première nécessité.
Vente des aliments au marché	Femme	Autorisation du mari n'est pas nécessaire ; les femmes choisissent eux-mêmes leurs activités génératrices de revenu mais il est généralement attendu qu'elles consultent leurs maris et demandent leurs conseils et « bénédiction ».
Utilisation de ressources financières générées par l'homme	Femme / Homme	<p>Selon la coutume, l'homme devrait montrer les montants générés à sa femme, l'incluant dans la prise de décision sur les dépenses. Pourtant les femmes observent que les hommes cachent leurs revenus (une partie ou dans l'ensemble) pour financer, entre autres, l'achat de l'alcool et/ou les relations extraconjugales. De manière générale, la femme peut faire des petites dépenses sans autorisation de son mari. Les grandes dépenses, telles que l'achat d'un pagne (qui peut coûter environ 30.000 FC), doivent être consultées comme elles pourraient créer des susceptibilités dans le couple.</p> <p><i>« Selon la coutume, c'est l'homme qui paie un pagne à sa femme. Si la femme s'achète un pagne sans informer son mari, ça créera de soupçons. L'homme pensera que sa femme a commencé peut-être le tromper avec un autre homme. »</i></p> <p>La femme n'est pas autorisée de s'endetter au nom de son mari sans avoir lui informé au préalable.</p>
Utilisation de ressources financières générées par la femme	Femme / Homme	La décision sur l'utilisation de des ressources générées par la femme revient principalement à la femme, pourtant le revenu peut être surveillé ou contrôlé par l'homme. Les femmes ont tendance d'informer les hommes quel montant elles étaient capables de générer. Etant donné que ces ressources servent à payer les aliments pour le ménage, cela pourrait être une manière indirecte d'informer l'homme à quel type de repas il pourrait s'attendre. Les femmes disent de ne pas accepter les demandes de maris pour financer l'alcool et/ou les cigarettes mais elles peuvent accepter de lui offrir un repas diversifié, même allant au-delà de leurs ressources, au détriment des enfants.
Propriété des biens	Homme	La propriété des biens des femmes est limitée aux articles de la dot. Tout autre bien appartient à l'homme. La femme n'a pas le droit d'hériter les biens de son mari à l'exception d'une parcelle de terre cultivable lorsque son mari est décédé et qu'elle est restée avec les petits enfants.
Recours aux soins (femme)	Femme	Autorisation du mari n'est pas nécessaire mais son appui financier pour payer le traitement peut être requis si la femme n'est pas en mesure de se prendre en charge.
Recours aux soins (enfants)	Femme	Autorisation du mari n'est pas nécessaire mais son appui financier pour payer le traitement peut être requis si la femme n'est pas en mesure de le prendre en charge.
Espacement de naissances / Utilisation des moyens contraceptifs	Femme / Homme	<p>Bien que les femmes réclament le pouvoir de décision sur l'espacement de naissances/l'utilisation des moyens contraceptifs, la décision revient principalement à l'homme qui exerce une forte influence sur le sujet ce qui décourage beaucoup de femmes de se positionner contre l'avis de leurs maris et l'utiliser en cachette. Dans certains cas, lorsque les femmes ne conçoivent pas au bout d'une année, elles peuvent être emmenées au centre de santé pour la vérification de la mise en place d'un implant et, potentiellement, son ablation. (Cf. C. Faible espacement des naissances / grossesses précoces/non désirées). Si l'utilisation des moyens contraceptifs est confirmée, l'homme peut décider de divorcer.</p> <p><i>« Si la décide d'utiliser les méthodes contraceptives en cachette et l'homme en découvre, c'est le divorce. Quant à l'homme même s'il ne travaille pas il exige toujours d'avoir beaucoup enfants et les femmes ne savent pas quoi faire d'autre que d'accepter seulement les obligations des maris car c'est lui le " chef". »</i></p>
Nombre d'enfants	Homme	<p>Théoriquement la décision d'avoir des enfants est partagée par le couple mais en réalité la femme n'a pas le droit de refuser d'avoir un enfant, sinon elle risque que son mari épouse une autre femme et/ou qu'ils soient divorcés.</p> <p><i>« La femme ne peut pas décider d'arrêter à mettre au monde, si elle le fait, elle sera vu comme une femme infidèle. De peur de ne pas perdre leurs mariages, les femmes ne s'opposent pas aux désirs de leurs maris d'avoir beaucoup d'enfants. »</i></p>

³³² Y compris le puisage de l'eau à l'extérieur du ménage.

Scolarisation des enfants	Femme / Homme	En principe, l'autorisation du mari n'est pas nécessaire et les frais de scolarité sont inclus dans le budget du ménage.
Visites dans le voisinage	Femme	Autorisation du mari n'est pas nécessaire mais le mari doit être informé de tout déplacement pour des raisons sécuritaires. Si le mari n'est pas présent au ménage au moment du départ, la femme peut partir mais elle doit rendre compte de ses mouvements après son arrivée.
Visites (hors du village)	Homme	Autorisation du mari est nécessaire.

Tableau 14: Répartition de pouvoir de décision au sein de ménage, Territoire de Kamonia

T. FAIBLE SUPPORT SOCIAL DES FEMMES

Force de l'association avec la sous-nutrition dans la littérature scientifique ⁶¹	++
Force de l'association avec la sous-nutrition basée sur la revue des données secondaires pertinentes pour la zone d'étude ⁶²	++
Force de l'association avec la sous-nutrition sur la base des analyses de données secondaires (EDS 2014 & MICS 2018)	+++
Catégorisation par les experts techniques lors de l'atelier technique initial	++
Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	++
Catégorisation par l'équipe qualitative	+++
Influence des variations historiques et/ou saisonnières sur les tendances de la sous-nutrition	+++
Interprétation globale	++

REVUE DE DONNÉES SECONDAIRES^{17 36}

Indicateur %	National	Province du Kasai
Alphabétisation Femmes 15-49 ans	60.4% (MICS 2018) 63.8% (EDS 2014)	38.9% (MICS 2018) 51.1% (EDS 2014)
Instruction (aucune) Femmes 15-49 ans	14.0% (MICS 2018) 31.5% (EDS 2014)	18.1% (MICS 2018) 31.5% (EDS 2014)
Instruction (primaire incomplet) Femmes 15-49 ans	28.1% (MICS 2018) 45.7% (EDS 2014)	45.3% (MICS 2018) 43.9% (EDS 2014)
Chef de ménage Femme	28.5% (MICS 2018)	32.6% (MICS 2018)
Emploi actuel Femmes 15-49 ans	67.2% (EDS 2014)	62.9% (EDS 2014)
Femmes propriétaires de terres	34.2% (EDS 2014)	38.9% (EDS 2014)
Femmes propriétaires de maisons	37.3 (EDS 2014)	43.6 (EDS 2014)
Femmes propriétaires de téléphone portable	33.4% (MICS 2018)	6% (MICS 2018)
Femmes assurance médicale (aucune)	95.0% (EDS 2014)	97.3% (EDS 2014)

Facteurs de risque¹⁸: Niveau d'éducation de la mère (école primaire ou pas d'éducation (RC)³³³

Facteurs de protection¹⁸: Niveau d'éducation de la mère (école secondaire ou niveau supérieur) (RC)³³⁴

- Près de la moitié (46,6%) des femmes cheffes de ménages pauvres n'ont reçu aucune éducation et 20% seulement d'entre elles ont atteint au moins le niveau secondaire.³³⁵ Principaux facteurs qui empêchent des femmes de progresser en matière d'éducation : normes sociales néfastes comme le mariage et les grossesses précoces, déni de ressources. Plus le niveau d'éducation est faible, plus le risque de mariage précoce est élevé.³³⁶ En matière de déscolarisation d'enfants comme stratégie d'adaptation, les filles sont les

³³³ Kandala et al., 'Malnutrition among Children under the Age of Five in the Democratic Republic of Congo (DRC)'.

³³⁴ Kandala et al.

³³⁵ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamwasha, Province Du Kasai'.

³³⁶ Commission Européenne, et al., 'La République Démocratique Du Congo Profil Genre Pays'.

premières exposées lors qu'une situation de difficulté financière pour accéder à la nourriture survient au sein d'une famille.^{337,338} Le taux de fréquentation de l'école primaire pour les filles est deux fois plus élevé pour les filles dont les mères ont un niveau d'éducation secondaire (85.8%) par rapport à celles dont la mère n'a aucune éducation (43,2%)³³⁹

- Les femmes, qui constituent la principale main d'œuvre dans le secteur agricole, n'ont pas souvent les mêmes opportunités en termes d'accès à la terre et aux intrants agricoles que les hommes, avec une gestion limitée sur les ressources que les activités agricoles sont susceptibles de générer. En outre, certaines pesanteurs culturelles liés au genre, la distribution inégale de charges du ménage et/ou l'absence de structures formelles pour la garde d'enfants impactent généralement sur la capacité des femmes à saisir les opportunités d'apprentissage et de développement personnel, ce qui leur laisse peu d'opportunités de développer une agriculture plus résiliente et plus rentable. Ces inégalités se dessinent déjà dans la répartition de charges relatives aux activités domestiques et productives dès le plus jeune âge entre les filles et les garçons.^{340,341}
- Accès à la justice compliqué, notamment pour les femmes. En cause notamment: le manque de moyens financiers, la méconnaissance du droit par la population, aggravée par le 'pluralisme juridique' de la justice de proximité, oscillant entre droit moderne et droit coutumier, l'impunité, la peur de représailles, l'éloignement géographique des juridictions, la lenteur des procédures, l'absence de réparation pour les victimes, la non application de l'aide juridique, la non application des peines. Par ailleurs, le système judiciaire formel est fréquemment perçu, et souvent à juste titre, comme rigide et insensible aux besoins des femmes, avec un personnel masculin peu formé au traitement de la violence sexiste. Ces contraintes cumulées conduisent les femmes soit à se taire, soit à se tourner vers le système coutumier, dont les codes leurs sont familiers mais dont le contenu leur est moins favorable, notamment en matière de violences domestiques, dont on a vu qu'elles étaient largement admises dans la société. Par ailleurs, la perception de corruption du système judiciaire, enclin à favoriser les riches ou les puissants en contrepartie d'une somme d'argent ou d'une facilité, décourage les femmes n'ayant ni ressources ni pouvoir.³⁴²
- Tontines de travail agricole "*djingumba a madjimi*" (plur. *mangumba a madjimi*) largement pratiquée. Ces groupes unisexués composés d'environ 5 à 10 personnes se réunissent pour cultiver à tour de rôle les champs de tous les membres du groupe afin que chacun bénéficie du même service. Il s'agit d'un système de travail collaboratif permanent, composé de personnes cooptées qui se connaissent et s'apprécient pour leurs qualités de rudes travailleurs qui n'épargnent pas leurs efforts. Dans les groupes de femmes, la personne qui reçoit les autres sur son champ prépare une légère collation qui permettra de restaurer et de désaltérer les travailleuses.^{343,344}
- Tontines monétaires réunissent essentiellement les femmes "*djingumba a makuta*" (plur. *mangumba a makuta*) qu'on peut définir comme des systèmes rotatifs d'épargne et de crédit. Ces associations, solidement structurées bien qu'informelles, rassemblent plusieurs dizaines de membres qui gèrent des caisses d'épargne et d'entraide ainsi que des champs

³³⁷ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamwasha, Province Du Kasai'.

³³⁸ African Hub for research and Evaluation (AHRE) and African Adventist Development and Relief Agency (ADRA), 'Evaluation de La Vulnérabilité et Des Besoins - Kasai, RDC'.

³³⁹ 'Enquete Par Grappes a Indicateurs Multiples, MICS Palu, Rapports de Resultats de l'Enquete, 2017-2018'.

³⁴⁰ Commission Européenne, et al., 'La Republique Democratique Du Congo Profil Genre Pays'.

³⁴¹ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamwasha, Province Du Kasai'.

³⁴² Commission Européenne, et al., 'La Republique Democratique Du Congo Profil Genre Pays'.

³⁴³ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

³⁴⁴ Action contre la Faim, 'Analyse Genre et Protection En Lien Avec La Sécurité Alimentaire, République Démocratique Du Congo, Kamwasha, Province Du Kasai'.

et des élevages collectifs.^{345,346} Selon les témoignages recueillis, les tontines étaient plus nombreuses auparavant qu'elles ne le sont aujourd'hui. La rébellion "Kamuina Nsapu" a causé des désordres qui ont appauvri la population. Ainsi, la quantité de monnaie disponible n'est désormais plus suffisante pour participer à des tontines.³⁴⁷

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

Malgré la disponibilité d'autres indicateurs relatifs au faible support des femmes dans les bases de données EDS 2014, les associations statistiques significatives avec quel que soit la forme de la sous-nutrition n'ont pas été observées (Cf. Annexe A - B).

D'après la régression linéaire de données MICS 2018, le niveau d'éducation de la mère a été positivement associé au retard de croissance ($p=0.004$) et à l'insuffisance pondérale ($p=0.006$), c'est-à-dire le niveau croissant d'éducation de la mère a diminué le risque de ces déficits nutritionnels chez l'enfant (Cf. Annexe D). D'ailleurs, les enfants des femmes en union au moment de l'enquête avaient un risque moins élevé de retard de croissance ($p=0.003$) (Cf. Annexe C).

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

La population, surtout féminine, constate un changement important au niveau du faible support des femmes. Alors que dans le passé, les hommes étaient économiquement actifs, créant un environnement favorable pour que les femmes se dédient au foyer et aux soins d'enfants, de nos jours un affaiblissement de support financier des hommes à cause de la détérioration d'accès aux sources de revenu (Cf. K Faible accès aux sources de revenu) n'est pas équilibré par une augmentation du support au sein de ménage.

« C'est différent avec l'époque de nos grands-parents. Ils ont respecté leurs devoirs comparativement à la génération actuelle. Aujourd'hui, les hommes ne repartissent pas équitablement les charges dans tout le foyer. Une fois qu'ils t'épousent et tu leur accouche un enfant, leur amour envers toi disparaît. »

Les hommes refusent de s'engager dans les activités perçues comme « féminines », laissant les femmes jongler multiples priorités à la fois, alors qu'ils passent leurs journées dans l'oisiveté.

« Les hommes ne soutiennent plus leurs femmes parce qu'ils se donnent beaucoup à la consommation de l'alcool, ils fument des cigarettes, jouent aux dames et discutent sur la politique. Ils se sont affaiblis et n'ont plus la force de cultiver. En épousant plusieurs femmes la charge augmente et l'homme décide de laisser chaque femme se prendre en charge avec ses enfants. »

Parfois, les femmes tentent de demander l'aide de leurs maris mais, d'après leurs témoignages, cela ne dure que 2 à 3 jours maximum et seulement pendant les moments d'harmonie en couple. Vu la charge de travail élevée parmi d'autres femmes dans leur entourage, elles estiment qu'elles ne peuvent pas demander l'aide à d'autre personne.

« Dans ce contexte personne ne peut aider à personne. Quand tout le monde est surchargé, ça devient compliqué de s'entraider. Il faudrait qu'il y ait des personnes moins chargées pour aider celles qui sont surchargées. Si on demande l'aide aux hommes ils nous retournent rapidement « Tu ne vois pas d'autres femmes travailler ? »

Les femmes remarquent que le plus grand changement s'est produit après la rébellion Kamuina Nsapu. Alors que certains hommes ont quitté leur foyer à la recherche des opportunités ailleurs, laissant leurs femmes de se débrouiller comme elles peuvent, d'autres restent sur place, sans travail, demandant aux femmes de combler temporairement le vide « comme la coutume l'exige ». Pourtant, ils ne se rendent compte pas suffisamment de la pression que cette solution dite temporaire crée chez leurs partenaires, surtout comme elle dure déjà depuis

³⁴⁵ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

³⁴⁶ Commission Européenne, et al., 'La République Démocratique Du Congo Profil Genre Pays'.

³⁴⁷ Daniel Arnoldussen, 'Etude Anthropologique Sur La Structure Sociétale et Les Comportements Nutritionnels Dans La Zone de Santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai'.

plusieurs années, faisant des choix difficiles entre leur propre bien-être et le bien-être des plus petits versus le bien-être du ménage dans son ensemble.

« Les femmes travaillent plus pour la survie de leurs familles. Elles ne reçoivent aucun support de leurs maris, ce qui défavorise leur état nutritionnel, c'est ce qui explique pourquoi les femmes n'allaitent pas les enfants comme ça se doit, elles travaillent durement et mangent mal, elles sont fatiguées, d'où elles n'ont pas la force de mettre longtemps au sein leurs enfants. »

Certaines participantes aux groupes de discussion ont mentionné qu'il y a des hommes qui s'engagent dans les activités génératrices de revenu avant le mariage et/ou dans les premières années du mariage mais puis ils changent le comportement, laissant les femmes d'absorber toute la charge. Elles hypothétisent que ceci peut arriver sous « mauvaise influence » de leurs amis et/ou ils ne ressentent plus d'amour pour leurs femmes, les épousant très rapidement, sans les véritablement courtiser et mettre en avance la complicité du couple.

« Avant les hommes avaient de l'amour pour leurs femmes. Ils ont accepté de se marier à l'église et de s'échanger les anneaux pour confirmer leur dévouement pour l'union. Actuellement, les hommes sont sans amour, ils ont des mauvais amis pour les conseiller et ne veulent pas se marier à l'église parce après l'échange des anneaux ils ne peuvent plus courir derrière d'autres femmes. »

D'autres ont pensé que le faible support des femmes est une punition pour les femmes qui ont précédemment caché l'argent de la récolte de leurs maris ou qui ont utilisé des moyens contraceptifs pour espacer des naissances sans l'accord de leurs maris. Ainsi, les maris ne s'engagent plus dans les activités génératrices de revenu et/ou ils abandonnent la femme et les enfants à leur sort. Pourtant, les femmes ont précisé que si toutefois elles ont caché l'argent de la récolte de leurs maris, c'était par précaution comme les hommes « *arrachent tout argent pour les dépenser sur d'autres femmes.* »

De l'autre côté, un groupe de participants a constaté que certaines femmes ne savent pas fructifier l'appui financier de leurs maris et ceci est une véritable raison de la souffrance au ménage.

« Ce travail de diamant est un travail très difficile, je peux sortir laissant une provision à ma femme mais si elle reste sans rien faire et elle attend juste mon retour pour avoir plus d'argent, les enfants galèrent entre temps, surtout quand j'y reste plus longtemps. »

Lors de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris, une majorité de mères dans l'échantillon (N=12) ont indiqué qu'elles se sont senties faiblement soutenues par leur entourage pendant la période de la grossesse (n=11) et/ou la période d'allaitement (n=8). Pourtant, leur perception du faible n'a pas substantiellement changé par rapport la période de grossesse et/ou d'allaitement de l'enfant ainé. Une majorité des femmes (n=9) n'a pas été scolarisées.

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Mécanismes causaux de la sous-nutrition

Les associations statistiques par le biais des régressions logistiques et linéaires entre l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et différents facteurs de risque permettent d'observer des similitudes ainsi que des différences entre les mécanismes causaux de l'émaciation et du retard de croissance. Les schémas causaux présentés ci-dessous sont basés sur le schéma construit lors des consultations communautaires (Cf. Figure 1) tandis que les résultats des analyses statistiques y ont été ajoutés pour résumer visuellement les preuves disponibles pour chaque forme de la sous-nutrition. Il est important à noter que les associations statistiques ne sont pas systématiquement valides pour toutes les trois formes de la sous-nutrition et/ou les contradictions peuvent se présenter.

Malnutrition aigüe

Sur la base des preuves disponibles, deux voies causales construites autour de sept facteurs de risque clés peuvent expliquer la plupart des cas de malnutrition aiguë dans la zone d'étude. Premièrement, le *faible accès aux revenus* joue sur les *faibles stratégies de résilience* et le *faible espacement de naissances* en conséquence. Ceci contribue à l'affaiblissement de l'état nutritionnel des femmes et aux *pratiques d'allaitement maternel non-optimales*, potentiellement aggravées par leur *faible bien-être*. En parallèle, le *faible accès aux revenus* débouche sur le *faible accès aux services de santé*, retardant le recours aux soins appropriés en cas de maladies, surtout répétitives, provoquées par l'environnement insalubre.

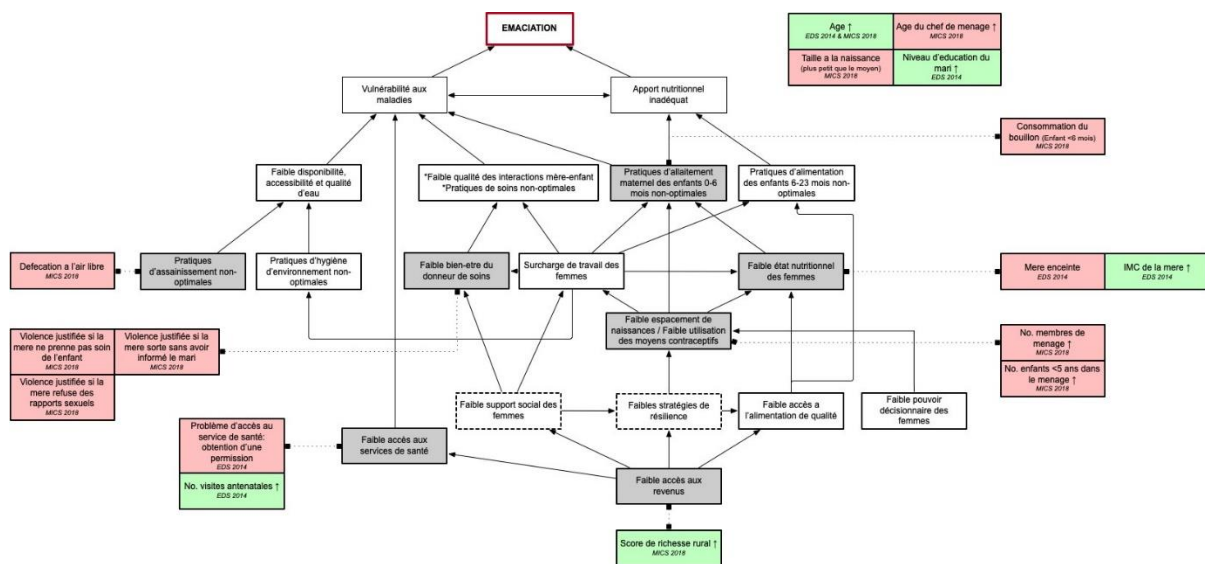


Figure 2: Schéma causal de la malnutrition aiguë, Territoire de Kamonia

Facteur de risque : Le risque d'émaciation augmentait parmi les enfants nés plus petit que la moyenne, les enfants vivant dans les ménages plus nombreux ainsi que dans les ménages avec un nombre plus élevé des enfants de moins de 5 ans. Les enfants de mères enceintes et/ou de pères plus âgés étaient aussi plus susceptibles d'être émaciés. Le risque d'émaciation était plus élevé parmi les enfants vivants dans les ménages où il a été estimé que la violence est justifiée si la femme sort sans autorisation du mari, si la femme ne prend pas soin des enfants et si la femme refuse de rapports sexuels. Les enfants de moins de 6 mois qui ont bu le bouillon dans

³⁴⁸ Les cellules en rouge représentent les facteurs de risque liés de manière significative à la malnutrition aiguë (émaciation), tandis que les cellules en vert indiquent des facteurs de protection significativement liés à la malnutrition aiguë (émaciation), selon les calculs de valeur $p < 0.05$. (Cf. Annexe A-D). Les cellules grises représentent les facteurs de risque soutenus par l'évidence disponible. Les cellules en ligne pointillée suggèrent des facteurs de risque mentionnés dans certaines communautés mais ne peuvent pas être généralisés pour toute la zone d'étude.

les 24 heures précédant l'enquête avaient un risque plus élevé d'émaciation ainsi que les enfants dont les mères avaient des problèmes d'accéder aux soins de santé dû à l'obtention de la permission d'y se rendre ou les enfants vivants dans les ménages pratiquant la défécation à l'aire libre.

Facteur de protection : Le risque de l'émaciation diminuait avec l'âge croissant de l'enfant ainsi qu'une valeur croissante de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) de la mère. Le risque d'émaciation diminuait aussi avec un nombre croissant de visites prénatales, le score croissant de richesse rural et le niveau d'éducation plus élevé du père de l'enfant.

Retard de croissance

Sur la base des preuves disponibles, une voie causale construite autour de sept facteurs de risque clés peut expliquer la plupart des cas de retard de croissance dans la zone d'étude. Premièrement, le *faible accès aux revenus* joue sur les *faibles stratégies de résilience* et le *faible espacement de naissances* en conséquence. Ceci contribue à l'affaiblissement de l'état nutritionnel des femmes ainsi qu'aux *pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant non-optimales*, potentiellement aggravées par leur *faible bien-être*, surtout pour les femmes hors union, ne bénéficiant pas du *support optimal*.

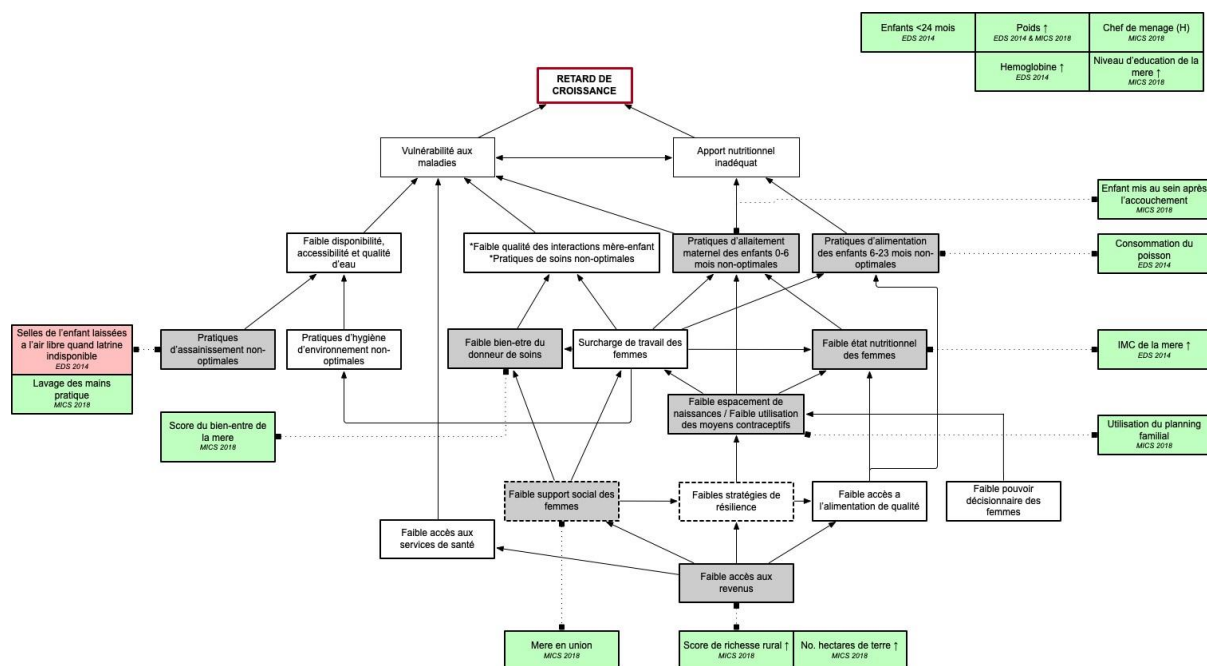


Figure 3: Schéma causal du retard de croissance, Territoire de Kamoniq³⁴⁸

Facteur de risque : Le risque de retard de croissance augmentait avec l'âge croissant de l'enfant. Les enfants vivants dans les ménages sans latrine dont les selles ont été laissées à l'aire libre avait un risque plus élevé du retard de croissance.

Facteur de protection : Le risque de retard de croissance diminuait avec le poids croissant de l'enfant et/ou le niveau croissant d'hémoglobine chez l'enfant. Les enfants vivants dans les ménages avec l'homme en tant que chef de ménage avaient un risque moins élevé de retard de croissance ainsi que les enfants de mères qui ont déclaré d'avoir utilisé les moyens contraceptifs. Le risque de retard de croissance a diminué avec le score croissant du bien-être de la mère, le score croissant de richesse rural et le niveau plus élevé d'éducation de la mère. Les enfants des femmes en union au moment de l'enquête, les enfants qui ont été mises au sein après l'accouchement, les enfants qui ont consommé le poisson et les enfants vivants dans les ménages où le lavage de mains a été pratiqué avaient un risque moins élevé de retard de croissance.

Sous-nutrition

Le poids et la taille croissants de l'enfant ont été observés d'avoir un effet protecteur sur l'état nutritionnel des enfants, même en cas des déficits nutritionnels pour lequel le critère concerné n'est pas inclus dans le calcul de l'indice respectif. Par exemple, le poids croissant étant un facteur protecteur pour le retard de croissance, la taille étant un facteur protecteur pour l'insuffisance pondérale. Age de l'enfant a naturellement démontré une association inverse pour l'émaciation et le retard de croissance, l'âge croissant étant un facteur de protection pour le premier mais un facteur de risque pour le dernier.

Le score croissant de richesse rural et l'Indice croissant de Masse Corporelle de la mère se sont démontrés comme des facteurs de protection pour l'émaciation et le retard de croissance. Le niveau croissant d'éducation de la mère, le bien-être mental de la mère, pratique de lavage de mains, l'utilisation du planning familial et le niveau croissant d'hémoglobine de l'enfant figurent parmi les facteurs de protection communs pour le retard de croissance et l'insuffisance pondérale. Les facteurs de risque pour l'émaciation et l'insuffisance pondérale comprennent le niveau d'éducation du père, un nombre croissant de membres de ménage et la défécation à l'air libre.

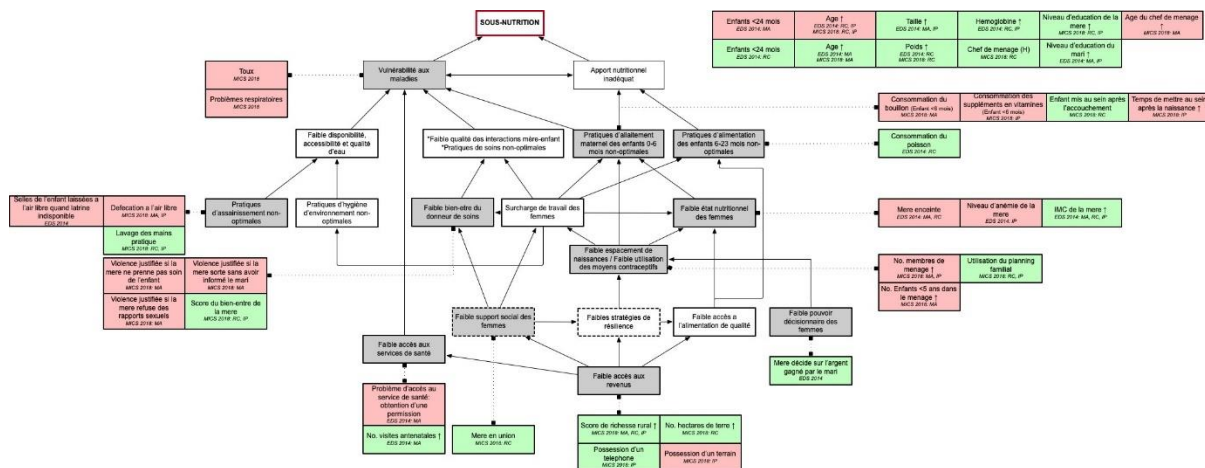


Figure 5: Synthèse de données disponibles pour trois types de la sous-nutrition, Territoire de Kamonia

Synthèse de la catégorisation des facteurs de risque

Les analyses entreprises au cours de cette étude Link NCA ont permis de catégoriser 20 facteurs de risque, susceptibles d'avoir l'effet sur la prévalence de la sous-nutrition (malnutrition aiguë et retard de croissance) dans la zone d'étude. Suite à une triangulation de données provenant de sources diverses, cinq (5) facteurs de risque ont été identifiés comme ayant un impact majeur, onze (11) facteurs de risque ont été classés comme ayant un impact important et quatre (4) facteurs de risque ont été considérés comme ayant un impact mineur. Parmi les facteurs de risque majeurs, deux ont été identifiés dans le secteur de la santé, à savoir le faible espacement de naissance, grossesses précoces, répétitives ou non-désirées et le faible état nutrition de femmes, un facteur de risque a été identifié dans le secteur de la santé mentale et pratiques de soins, à savoir les pratiques d'allaitement des enfants 0-6 mois non-optimales, et deux facteurs de risque ont été identifiés dans le secteur de la sécurité alimentaire et les moyens d'existence, à savoir le faible accès aux sources de revenu et les faibles capacités de résilience.

Facteur de risque		Interprétation globale/ Impact de facteur de risque
A	Faible accès aux services de santé	++
B	Faible utilisation des services de santé	+
C	Espacement de naissances / Grossesses précoces, répétitives ou non-désirées	+++
D	Petit poids à la naissance	+
E	Faible état nutritionnel des femmes	+++
F	Bien-être du donneur de soins	++
G	Pratiques d'allaitement maternel 0-6 mois inadéquates	+++
H	Pratiques d'alimentation des enfants 6-23 mois inadéquates	++
I	Faible qualité d'interactions entre l'enfant et le donneur de soins	+
J	Faible accès à l'alimentation de qualité	++
K	Faible accès aux sources de revenu	+++
L	Faible accès au marché	+
M	Faibles capacités de résilience	+++
N	Accessibilité, disponibilité et qualité inadéquate de l'eau au niveau de ménage	++
O	Faibles pratiques d'assainissement	++
P	Faibles pratiques d'hygiène personnelle	++
Q	Faibles pratiques d'hygiène alimentaire et d'environnement	++
R	Surcharge de travail des femmes	++
S	Faible autonomie des femmes / Faible pouvoir de décision	++
T	Faible soutien des femmes	++

Tableau 15: Synthèse de la catégorisation des facteurs de risque, Territoire de Kamonia

La catégorisation des facteurs de risque ne repère que partiellement des points majeurs soulevés par les communautés. La catégorisation de K. Faible accès aux revenus et M. Faibles capacités de résilience s'aligne avec les perceptions communautaires mais dévie substantiellement dans le cas de C. Faible espacement de naissance, grossesses précoces, répétitives ou non-désirées et E. Faible état nutritionnel des femmes. Alors que les multiples sources de données disponibles démontrent la portée de ces deux facteurs, les communautés leur a attribué moins d'importance, potentiellement dû au moindre intérêt de les aborder, avec vue sur la réception de l'aide tangible, par exemple en forme de la réhabilitation des points d'eau. La catégorisation des G. Pratiques d'allaitement maternel pour des enfants 0-6 mois inadéquates a été augmenté de niveau « important » au « majeur dû à la forte association des indicateurs respectifs avec la sous-nutrition dans la revue des données secondaires et/ou sur la base des analyses de données secondaires (EDS 2014 et MICS 2018). La catégorisation de S. Faible autonomie des femmes / Faible pouvoir de décision a été diminué de niveau « majeur » au « important » faute de preuves statistiques.

Néanmoins, cette catégorisation semble de s'aligner avec une typologie d'enfant malnutri issue de l'étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis leurs frères ou sœurs non-malnutris qui a relevé l'effet cumulatif du faible support des femmes et de leur surcharge de travail pendant des périodes prolongées sur leur état nutritionnel et bien-être mental, diminuant progressivement avec chaque nouvelle naissance. Par conséquent, les enfants cadets, de moins de 24 mois, surtout les garçons, ne bénéficient pas des soins optimaux, exposés aux risques plus élevés des infections et, par conséquent, la malnutrition. Pour cela, la réponse programmatique devrait être centrée sur l'amélioration de la sécurité alimentaire de ménages, en portant l'aide particulière aux femmes en âge de procréation de bénéficier de l'environnement favorable pour pouvoir octroyer des soins optimaux à leurs enfants, particulièrement pendant les premiers six mois de leur vie.

Recommandations

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

Faible espacement de naissance, les grossesses précoces, répétitives ou non-désirées

- En impliquant les hommes et les leaders communautaires, renforcer les stratégies de changement social et comportemental centrées sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (par exemple à travers l'approche des couples modèles) afin de faciliter l'accès des femmes et des jeunes filles aux méthodes de contraception pour favoriser l'espacement des naissances, aux consultations pré et postnatales et à l'accouchement dans les structures de santé ;
- Augmenter la disponibilité des moyens contraceptifs dans les structures sanitaires ainsi que les capacités du personnel de santé d'accompagner les femmes et les hommes dans le choix approprié des moyens contraceptifs pour leur couple ;

Faible état nutritionnel des femmes

- Renforcer les stratégies de changement social et comportemental centrées sur la nutrition afin de permettre aux femmes de valoriser les aliments accessibles à eux au cours de l'année pour la meilleure santé nutritionnelle de leurs ménages ;
- Accompagner les femmes et/ou les associations des femmes dans la mise en place des jardins de case et/ou communautaires afin de favoriser la diversification des aliments consommés par les femmes et leurs enfants, surtout pendant la période de grossesse et d'allaitement;

Pratiques d'allaitement des enfants 0-6 mois non-optimales

- Renforcer l'identification des enfants de moins de 6 mois à risque en multipliant les points de contact et en adaptant le parcours de soins pour cette cible afin de pouvoir mettre en place un support et accompagnement adapté pour favoriser un développement optimal pour ces enfants ;
- Renforcer la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) en redynamisant des groupes de soutien ANJE et/ou des groupes de mamans modèles en adressant les barrières à l'appropriation des pratiques optimales, surtout la surcharge de travail des femmes et un faible support des femmes pendant les premiers six mois de vie de l'enfant;

Faible accès aux sources de revenu

- Accompagner les communautés dans la diversification des sources de revenu, notamment en ce qui concerne les activités génératrices de revenu « rapides » qui peuvent permettre aux hommes d'approvisionner leurs ménages à base journalière, en offrant en parallèle des possibilités de formation professionnelle (par exemple menuiserie, cordonnerie) et/ou accompagnement technique aux associations sur la voie d'augmenter leurs capacités de générer les revenus au cours de l'année et de développer des sources de revenu complémentaires pendant les périodes de soudure. Ceci peut inclure la mise en place et/ou renforcement des capacités des associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC) pour permettre aux membres de la communauté d'accéder à des petits prêts et/ou micro-crédits pour démarrer ou développer les AGR;
- Identifier les opportunités de sources de revenus pour les femmes afin de revitaliser certains secteurs et activités (par exemple couture, coiffure, transformation des aliments), tout en minimisant des risques potentiels sur leur charge de travail et leur disponibilité pour les soins d'enfants ;

Faibles capacités de résilience

- Faciliter le dialogue communautaire sur les risques des mariages et/ou des grossesses précoces, en abordant surtout des risques au niveau de ménage qui déclenchent le cycle vicieux ;
- Promouvoir l'encadrement des couples sur les compétences de vie et les responsabilités dans le ménage afin de permettre à tous les membres de s'épanouir et prospérer;

Autres recommandations

- Doter les services de maternités en matériels médico-technique nécessaires pour la réalisation des accouchements de qualité et à moindre risque ;
- Renforcer l'accès à des structures d'eau, d'assainissement et d'hygiène au niveau domiciliaire et communautaire ;

ANNEXES

ANNEXE A: REGRESSIONS LOGISTIQUES EDS 2014

Tableau 16: Associations non-ajustées entre les facteurs de risque et la classification binaire de l'émaciation, du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale, de l'émaciation et du retard de croissance combinés, et de l'anémie, démontrées par régression logistique (SOURCE: Enquête Démographique et de Santé République démocratique du Congo 2014)

Facteur de risque					P/T<-2		T/A <-2		P/A <-2		T/A & P/T <-2		Anemie (Hg/dl)	
Regression logistique					Enfants 6-59 mois		Enfants 6-59 mois		Enfants 6-59 mois		Enfants 6-59 mois		Enfants 6-59 mois	
Indicateur	N	n	Proportion in analyzed sample [95% CI]	DEFF	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	P-value
					[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]	[95% CI]		
child sex	333	170	54.64 [0.48: 0.62]	1.5	1.18 [0.48:3.01]	0.716	1.22 [0.79:1.88]	0.370	1.33 [0.83:2.13]	0.237	2.44 [0.52:17.2]	0.291	1.11 [0.69:1.78]	0.675
child under24m	333	133	38.35 [0.32: 0.45]	1.5	2.38 [0.96:6.23]	0.066	0.56 [0.36:0.87]	0.010	0.79 [0.48:1.27]	0.337	0.6 [0.08:2.81]	0.539	0.88 [0.54:1.43]	0.608
child is twin	333	8	1.9 [0.01: 0.05]	1.7	.	.	1.36 [0.33:6.72]	0.678	1.41 [0.28:5.86]	0.642	.	.	2.94 [0.51:55.39]	0.316
place of residence (rural)	333	273	80.85 [0.66: 0.9]	6.9	4.41 [0.89:80.08]	0.152	0.67 [0.37:1.18]	0.166	0.83 [0.46:1.53]	0.538	.	0.796	1.01 [0.53:1.85]	0.981
HH has radio	333	78	16.39 [0.08: 0.3]	6.4	0.56 [0.13:1.72]	0.365	0.62 [0.37:1.03]	0.066	0.69 [0.38:1.22]	0.213	0.54 [0.03:3.22]	0.570	0.75 [0.44:1.32]	0.313
floor material	328	312	95.73 [0.92: 0.98]	1.4	.	.	1.23 [0.44:3.42]	0.688	1.93 [0.6:8.54]	0.315	.	.	2.2 [0.75:6.3]	0.139
roof material	328	271	84.71 [0.72: 0.92]	5.4	1.96 [0.54:12.53]	0.377	0.94 [0.53:1.67]	0.833	0.92 [0.5:1.74]	0.801	1.27 [0.21:24.19]	0.828	0.77 [0.39:1.46]	0.436
currently pregnant	333	70	17.63 [0.12: 0.24]	1.8	2.7 [1.02:6.81]	0.038	1.02 [0.6:1.75]	0.931	0.7 [0.37:1.25]	0.240	1.52 [0.21:7.21]	0.623	1.67 [0.91:3.22]	0.110
current contraceptive	333	65	32.29 [0.14: 0.59]	19.7	0.44 [0.07:1.58]	0.280	1.01 [0.58:1.74]	0.981	0.65 [0.33:1.19]	0.175	.	.	0.91 [0.51:1.67]	0.753
currently breastfeeding	333	258	79.59 [0.74: 0.84]	1.2	1.17 [0.41:4.2]	0.781	1.8 [1.07:3.03]	0.027	1.78 [0.99:3.37]	0.064	0.72 [0.15:5.11]	0.700	0.8 [0.44:1.42]	0.452
gave child eggs	249	8	2.37 [0.01: 0.08]	2.3	.	.	0.77 [0.18:3.33]	0.719	0.77 [0.11:3.42]	0.749	.	.	.	.
gave child yellow orange veg	249	12	7.97 [0.03: 0.17]	3.2	1.26 [0.07:7.1]	0.832	1.09 [0.34:3.79]	0.880	0.2 [0.01:1.06]	0.127	.	.	0.56 [0.17:1.96]	0.339
gave child dark leafy veg	249	153	59.07 [0.46: 0.71]	3.8	0.89 [0.33:2.53]	0.818	0.87 [0.52:1.45]	0.595	0.85 [0.49:1.48]	0.554	0.94 [0.15:7.24]	0.947	0.58 [0.32:1.04]	0.074
gave child vitA fruits	249	9	2.85 [0.01: 0.09]	2.1	4.29 [0.6:19.68]	0.085	0.38 [0.08:1.46]	0.174	0.28 [0.01:1.57]	0.235	.	.	1.47 [0.34:10.01]	0.638
gave child any other fruits	249	44	18.65 [0.13: 0.27]	1.9	0.6 [0.09:2.25]	0.512	1.29 [0.67:2.56]	0.450	0.54 [0.23:1.15]	0.128	.	.	0.98 [0.49:2.07]	0.964
gave child organ meat	249	17	11.53 [0.03: 0.35]	11.3	.	.	0.4 [0.13:1.09]	0.080	0.7 [0.19:2.05]	0.541	.	.	0.99 [0.35:3.22]	0.989
gave child fish	249	28	9.12 [0.04: 0.19]	3.3	.	.	0.39 [0.17:0.87]	0.024	.	.	.	.	0.86 [0.38:2.09]	0.723
mother anaemia level	325	158	41.84 [0.25: 0.61]	10.3	0.47 [0.16:1.22]	0.134	0.91 [0.58:1.4]	0.656	0.47 [0.29:0.76]	0.002	0.42 [0.06:1.96]	0.298	1.37 [0.85:2.22]	0.205

child slept under mosquito net	333	191	53.85 [0.41: 0.66]	5.1	0.73 [0.29:1.83]	0.494	1.08 [0.69:1.66]	0.745	0.92 [0.58:1.49]	0.743	0.55 [0.11:2.54]	0.439	0.89 [0.55:1.45]	0.650
issue health facility access permission to go	333	205	53.84 [0.45: 0.63]	2.4	6.06 [1.71:38.57]	0.017	0.76 [0.49:1.19]	0.233	1.09 [0.67:1.78]	0.724	.	.	1.01 [0.62:1.65]	0.953
issue health facility needing money for treatment	333	267	74.99 [0.63: 0.84]	4.7	0.99 [0.35:3.54]	0.983	0.82 [0.47:1.42]	0.484	0.98 [0.55:1.8]	0.957	.	.	0.91 [0.49:1.65]	0.769
issue health facility distance	333	183	50.29 [0.44: 0.57]	1.3	0.65 [0.26:1.62]	0.359	0.9 [0.58:1.39]	0.639	0.89 [0.56:1.43]	0.639	1.09 [0.24:5.63]	0.906	0.99 [0.61:1.59]	0.964
issue health facility not wanting to go alone	333	126	29.9 [0.21: 0.41]	3.6	0.88 [0.32:2.21]	0.787	0.79 [0.5:1.23]	0.294	0.7 [0.42:1.13]	0.151	0.65 [0.09:3.07]	0.612	0.86 [0.53:1.4]	0.528
decides on health care	314	96	32.63 [0.26: 0.4]	1.6	1.14 [0.39:3.04]	0.794	0.97 [0.6:1.57]	0.885	0.82 [0.48:1.39]	0.464	0.91 [0.13:4.29]	0.908	1.06 [0.63:1.83]	0.827
decides on large hh purchases	313	132	39.25 [0.27: 0.53]	5.5	0.67 [0.23:1.78]	0.437	0.94 [0.6:1.48]	0.798	0.75 [0.45:1.22]	0.247	0.54 [0.08:2.56]	0.468	1.04 [0.63:1.71]	0.884
decides on family visits	314	83	27.08 [0.19: 0.37]	3.1	1.42 [0.48:3.8]	0.496	1.11 [0.67:1.84]	0.693	0.73 [0.41:1.28]	0.283	2.13 [0.41:9.85]	0.330	1.52 [0.86:2.78]	0.162
decides on money earned by husband	314	153	49.86 [0.39: 0.61]	3.5	1.06 [0.4:2.78]	0.911	0.87 [0.55:1.35]	0.524	0.58 [0.35:0.95]	0.031	1.41 [0.31:7.28]	0.654	1.18 [0.72:1.93]	0.507
beating justified wife goes out without telling	333	212	53.75 [0.34: 0.72]	12.3	1.36 [0.53:3.92]	0.545	0.89 [0.57:1.4]	0.624	1.16 [0.71:1.9]	0.562	0.42 [0.08:1.94]	0.261	0.98 [0.6:1.6]	0.939
beating justifies wife neglects children	333	212	51.28 [0.33: 0.69]	10.6	0.85 [0.34:2.22]	0.726	0.68 [0.43:1.08]	0.102	0.85 [0.52:1.38]	0.508	0.22 [0.03:1.04]	0.074	0.94 [0.57:1.53]	0.798
beating justifies wife burns food	332	156	37.25 [0.25: 0.52]	6.1	0.59 [0.22:1.48]	0.273	1.03 [0.67:1.59]	0.905	1.12 [0.7:1.8]	0.630	0.44 [0.06:2.09]	0.336	1.07 [0.66:1.72]	0.794
owns land	333	175	55.05 [0.41: 0.69]	6.2	0.9 [0.36:2.24]	0.814	0.84 [0.54:1.29]	0.415	0.91 [0.57:1.46]	0.710	1.21 [0.26:6.22]	0.806	0.65 [0.4:1.05]	0.080
place of delivery	331	115	23.97 [0.13: 0.4]	7.7	0.61 [0.19:1.62]	0.349	0.87 [0.55:1.37]	0.549	1.18 [0.72:1.92]	0.512	0.75 [0.11:3.53]	0.730	1.07 [0.65:1.79]	0.787
size child at birth	331	29	8.54 [0.05: 0.14]	1.7	0.53 [0.03:2.72]	0.546	1.16 [0.54:2.57]	0.706	1.26 [0.54:2.76]	0.574	1.76 [0.09:10.83]	0.606	1.06 [0.47:2.64]	0.885
first 3days given water	192	77	25.61 [0.12: 0.46]	6.5	1 [0.32:2.88]	0.993	0.65 [0.36:1.16]	0.150	0.93 [0.48:1.77]	0.830	0.49 [0.02:3.92]	0.542	0.88 [0.47:1.66]	0.683
first 3days given sugar	192	8	3.12 [0.01: 0.08]	1.4	1.73 [0.09:10.78]	0.618	0.64 [0.13:2.69]	0.550	0.85 [0.12:3.81]	0.841	.	.	0.71 [0.17:3.58]	0.653
has health insurance	331	97	38.5 [0.27: 0.52]	5.1	0.79 [0.25:2.12]	0.663	1.38 [0.85:2.24]	0.193	0.81 [0.47:1.36]	0.427	0.96 [0.14:4.56]	0.966	0.86 [0.52:1.46]	0.572
ever had vaccination	284	269	93.9 [0.9: 0.96]	0.9	0.94 [0.17:17.61]	0.957	0.77 [0.25:2.19]	0.626	0.85 [0.29:2.79]	0.768	0.27 [0.04:5.26]	0.240	0.92 [0.25:2.79]	0.891
had diarrhea recently	331	77	25.42 [0.19: 0.33]	2.1	1.45 [0.5:3.76]	0.464	1.03 [0.62:1.73]	0.911	0.78 [0.43:1.36]	0.390	0.54 [0.03:3.25]	0.576	1.05 [0.6:1.89]	0.871
had fever last 2 weeks	331	114	36.37 [0.29: 0.45]	2.1	1.61 [0.63:4]	0.309	1.18 [0.74:1.86]	0.489	1.45 [0.89:2.35]	0.137	2.59 [0.56:13.36]	0.217	1.74 [1.03:3.01]	0.043
had cough last 2 weeks	331	98	25.58 [0.16: 0.39]	5.6	1.02 [0.35:2.63]	0.968	0.83 [0.52:1.33]	0.441	1.2 [0.72:1.99]	0.480	0.95 [0.13:4.49]	0.952	1.23 [0.73:2.13]	0.441
fever cough amount drink offered	161	61	42.22 [0.31: 0.54]	2	2.07 [0.6:7.49]	0.246	1.29 [0.68:2.47]	0.432	1.45 [0.73:2.87]	0.284	1.1 [0.14:6.8]	0.921	0.72 [0.35:1.53]	0.394
received vitA last 6m	330	240	72.38 [0.63: 0.8]	2.9	1.13 [0.42:3.57]	0.814	1.06 [0.65:1.72]	0.821	0.66 [0.39:1.1]	0.107	0.94 [0.2:6.62]	0.938	0.83 [0.47:1.43]	0.514
taking iron supplementation	331	36	14.2 [0.07: 0.25]	4.7	0.91 [0.14:3.33]	0.897	1.01 [0.51:2.06]	0.973	.	.	1.38 [0.07:8.38]	0.771	1.35 [0.61:3.3]	0.479

received deworming in last 6m	331	190	64.86 [0.56: 0.73]	2.3	1.12 [0.45:2.93]	0.809	1.05 [0.68:1.63]	0.831	0.95 [0.59:1.54]	0.841	0.99 [0.21:5.09]	0.989	1.02 [0.63:1.65]	0.935
child put to breast immediately	330	209	67.26 [0.6: 0.74]	1.5	3.48 [1.14:15.14]	0.050	1.01 [0.64:1.58]	0.982	1.4 [0.85:2.33]	0.187	.	.	0.5 [0.29:0.85]	0.012
source of drinking water (un-improved)	328	286	72.9 [0.39: 0.92]	30.2	0.56 [0.19:2.04]	0.326	0.64 [0.32:1.24]	0.192	0.47 [0.24:0.92]	0.025	0.36 [0.07:2.54]	0.226	1.19 [0.57:2.37]	0.637
type of toilet facility (un-improved)	328	264	56.22 [0.23: 0.85]	39.8	0.97 [0.34:3.47]	0.955	0.53 [0.29:0.93]	0.029	0.79 [0.44:1.42]	0.416	0.31 [0.07:1.62]	0.135	1.02 [0.55:1.84]	0.943
disposal of child stools when no toilet	332	297	93.67 [0.86: 0.97]	3.5	2.32 [0.46:42.4]	0.418	1.98 [0.98:4.13]	0.061	0.92 [0.44:2.03]	0.826	.	.	0.83 [0.36:1.79]	0.654
toilets shared with other HH	200	112	58.23 [0.5: 0.66]	1.3	0.51 [0.13:1.83]	0.304	1.56 [0.89:2.75]	0.123	1.33 [0.71:2.55]	0.377	1.18 [0.19:9.13]	0.855	1.21 [0.65:2.26]	0.537

ANNEXE B: REGRESSIONS LINEAIRES EDS 2014

Tableau 17: Associations non ajustées entre les facteurs de risque et la classification binaire de l'émaciation, du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale, de l'émaciation et du retard de croissance combinés, et de l'anémie, démontrées par régression logistique (SOURCE: Enquête Démographique et de Santé République démocratique du Congo 2014)

Facteur de risque				P/T<-2			T/A <-2			P/A <-2			Anemie (Hg/dl)		
Régression linéaire				Enfants 6-59 mois			Enfants 6-59 mois			Enfants 6-59 mois			Enfants 6-59 mois		
Indicateur	n	Mean	Standard error	Coeff.	SE	P-value	Coeff.	SE	P-value	Coeff.	SE	P-value	Coeff.	SE	P-value
		[95% CI]													
child age	333	2.03 [1.89: 2.17]	0.07	0.148	0.046	0.001	-0.266	0.069	0.000	-0.076	0.047	0.109	0.003	0.064	0.961
wealth index of the household	333	2.21 [2.08: 2.33]	0.06	0.065	0.053	0.226	0.094	0.081	0.243	0.102	0.054	0.059	0.057	0.074	0.437
number household members	333	6.31 [6.05: 6.56]	0.13	-0.003	0.026	0.905	0.069	0.039	0.082	0.038	0.026	0.147	0.008	0.036	0.819
number household childrenU5	333	2.2 [2.11: 2.3]	0.05	-0.122	0.069	0.078	0.078	0.104	0.458	-0.049	0.070	0.483	0.011	0.095	0.904
age household head	333	37.11 [36.03: 38.19]	0.55	0.009	0.006	0.150	0.004	0.009	0.670	0.009	0.006	0.141	-0.010	0.008	0.217
frequency reading newspaper	333	0.11 [0.07: 0.16]	0.02	-0.041	0.149	0.785	0.052	0.225	0.818	0.020	0.150	0.894	-0.074	0.203	0.717
frequency listening to radio	333	0.15 [0.1: 0.2]	0.03	0.001	0.131	0.994	0.133	0.198	0.504	0.093	0.133	0.486	0.249	0.179	0.164
total children born	333	4.71 [4.42: 5.01]	0.15	0.011	0.023	0.619	0.030	0.034	0.380	0.023	0.023	0.323	0.034	0.031	0.270
number birrths last 5y	333	1.95 [1.87: 2.03]	0.04	0	0.087	0.999	-0.014	0.132	0.914	-0.020	0.088	0.822	-0.110	0.119	0.358
number antenatal visits	193	3.02 [2.66: 3.38]	0.14	0.076	0.034	0.025	0.014	0.050	0.775	0.057	0.032	0.076	0.071	0.046	0.120
mother's age first birth	333	18.88 [18.52: 19.23]	0.18	0.003	0.019	0.886	0.010	0.028	0.711	0.006	0.019	0.769	0.009	0.026	0.726
number currently living children	333	4.05 [3.81: 4.28]	0.12	0.014	0.028	0.610	0.039	0.043	0.357	0.030	0.029	0.300	0.066	0.038	0.085
mother's bmi	327	20.79 [20.51: 21.07]	0.14	0.067	0.024	0.006	0.033	0.037	0.367	0.063	0.025	0.011	0.038	0.034	0.260
mother's age	333	29.39 [28.61: 30.17]	0.39	0.01	0.009	0.222	0.014	0.013	0.274	0.014	0.009	0.104	0.022	0.012	0.068
mother's education	333	.	.	0.005	0.020	0.764	0.04	0.030	0.110	0.030	0.020	0.118	0.030	0.024	0.232
number wives in household	314	0.39 [0.31: 0.46]	0.04	-0.09	0.090	0.315	-0.059	0.137	0.664	-0.095	0.092	0.303	-0.101	0.127	0.429
husband education level	329	1.73 [1.64: 1.82]	0.05	0.237	0.072	0.001	0.140	0.110	0.204	0.241	0.073	0.001	0.128	0.100	0.199

husband age	313	37.09 [36.13: 38.05]	0.47	0.002	0.007	0.739	0.004	0.011	0.716	0.003	0.008	0.711	0.004	0.010	0.677
breastfeeding months	137	15.06 [13.91: 16.21]	0.37	0	0.016	0.985	-0.103	0.021	0.000	-0.049	0.014	0.001	0.005	0.021	0.815
birth index	333	1.49 [1.42:1.56]	0.04	0.248	0.095	0.010	-0.232	0.145	0.111	-0.010	0.097	0.919	-0.111	0.132	0.399
child weight	333	10.91 [10.6: 11.21]	0.15	0.187	0.020	0.000	0.103	0.033	0.002	0.180	0.020	0.000	0.048	0.031	0.120
child height	333	82.58 [81.42: 83.75]	0.59	0.014	0.006	0.017	0.039	0.008	0.000	0.029	0.006	0.000	0.012	0.008	0.129
child hemoglobin	329	10.14 [9.98: 10.31]	0.08	0.019	0.041	0.642	0.160	0.061	0.009	0.099	0.041	0.016	.	.	.
time to water source	325	40.69 [37.99: 43.39]	1.36	0.001	0.003	0.640	0.000	0.004	0.933	0.001	0.003	0.632	0.005	0.004	0.156

ANNEXE C: REGRESSIONS LOGISTIQUES MICS 2018

Tableau 18: Associations non-ajustées entre les facteurs de risque et la classification binaire de l'émaciation, du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale et de l'émaciation et du retard de croissance combinés, par régression logistique (SOURCE: Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2018)

Facteur de risque					P/T<-2		T/A <-2		P/A <-2		T/A & P/T <-2	
Regression logistique					Enfants 6-59 mois		Enfants 6-59 mois		Enfants 6-59 mois		Enfants 6-59 mois	
Indicator	N	n	Proportion in analyzed sample [95% CI]	DEF F	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	P-value	Odds Ratio	P-value
					[95% CI]		[95% CI]		[95% CI]		[95% CI]	
child's sex (male)	769	361	45.26 [0.38: 0.53]	4.1	1.32[0.72:2.43]	0.371	1.25[0.93:1.67]	0.137	1.32[0.97:1.8]	0.081	1.67[0.71:4.1]	0.243
place residence (rural)	823	697	97.93 [0.98: 0.98]	0.1	1.15[0.54:2.84]	0.744	1.15[0.77:1.71]	0.485	1.14[0.75:1.75]	0.556	1.26[0.43:5.38]	0.714
length at birth (less than average)	823	51	8.6[5.6: 13:00]	2.3	3.38[1.36: 7.63]	0.005	1.18[0.65:2.14]	0.583	1.77[0.98:3.18]	0.055	1.52 [0.23:5.72]	0.058
health insurance	823	13	1.58 [0.01: 0.03]	1.2	1.37[0.07:7.26]	0.765	0.9[0.28:2.9]	0.857	0.45[0.07:1.71]	0.301	3.07[0.16:16.82]	0.292
diarrhea last 2weeks	820	176	19.24 [0.16: 0.23]	1.6	1.4[0.72:2.6]	0.301	0.89[0.63:1.25]	0.493	1.21[0.84:1.72]	0.301	1.52[0.58:3.59]	0.357
fever last 2 weeks	823	299	36.34 [0.32: 0.41]	1.6	1.13[0.62:2.01]	0.680	0.93[0.69:1.25]	0.628	1.33[0.98:1.8]	0.071	0.87[0.35:2.01]	0.757
cough last 2weeks	823	212	25.38 [0.21: 0.3]	2.4	0.88[0.43:1.67]	0.710	1.18[0.86:1.63]	0.305	1.42[1.01:1.97]	0.040	0.57[0.17:1.53]	0.314
respiratory problems last 2weeks	818	61	5.87 [0.04: 0.08]	1.8	1.37[0.46:3.28]	0.525	0.83[0.48:1.42]	0.489	1.82[1.06:3.09]	0.029	1.14[0.18:3.99]	0.865
functional difficulties mother	764	50	5.16 [0.03: 0.08]	1.9	0.65[0.1:2.18]	0.553	2.02[1.11:3.83]	0.025	1.34[0.72:2.41]	0.343	1.43[0.22:5.1]	0.636
anyone in HH has a mobilephone	769	64	7.36 [0.04: 0.13]	5.2	0.24[0.01:1.11]	0.158	0.82[0.48:1.4]	0.474	0.4[0.19:0.77]	0.010	0.51[0.03:2.51]	0.516
last pregnancy desired	552	467	86.64 [0.79: 0.92]	5.2	1.38[0.53:4.74]	0.556	1.06[0.66:1.72]	0.813	1.24[0.75:2.12]	0.412	0.73[0.22:3.24]	0.625
ANC received	552	254	42.5 [0.36: 0.5]	2.8	0.91[0.45:1.83]	0.795	0.96[0.68:1.35]	0.811	0.88[0.61:1.27]	0.501	1.02[0.35:2.87]	0.975
child has vaccination card	552	53	7.61 [0.04: 0.14]	4.4	0.9[0.21:2.64]	0.866	0.68[0.37:1.24]	0.213	0.86[0.45:1.58]	0.632	1.46[0.22:5.47]	0.627
place of delivery (home)	552	226	38.83 [0.31: 0.47]	3.5	1.29[0.64:2.59]	0.472	0.8[0.56:1.13]	0.211	1.02[0.7:1.47]	0.929	0.96[0.32:2.7]	0.937
child put at breast after delivery	547	119	19.34 [0.13: 0.28]	4.7	0.33[0.08:0.94]	0.070	0.62[0.4:0.95]	0.028	0.68[0.42:1.06]	0.096	0.25[0.01:1.26]	0.181
smth applied on umbellical cord after delivery	552	411	71.17 [0.63: 0.78]	3.6	1.64[0.71:4.47]	0.282	0.76[0.51:1.12]	0.167	1.41[0.92:2.19]	0.119	1.38[0.43:6.12]	0.622
first 3d received other liquids than breast milk	551	125	17.76 [0.14: 0.23]	2.1	1.7[0.78:3.51]	0.166	1.42[0.94:2.16]	0.097	1.3[0.85:1.98]	0.221	2.32[0.76:6.56]	0.117

first 2d health staff checked umbellical cord	551	92	19.12 [0.15: 0.25]	2.4	0.65[0.19:1.69]	0.422	0.88[0.55:1.39]	0.581	0.84[0.51:1.37]	0.496	0.77[0.12:2.84]	0.731
first 2d health staff measured temperature	551	56	14.29 [0.1: 0.21]	3.5	0.53[0.08:1.82]	0.396	0.83[0.46:1.48]	0.535	0.57[0.28:1.08]	0.097	1.36[0.21:5.11]	0.688
first 2d health staff councelled on bf	550	70	12.34 [0.09: 0.17]	2.1	0.9[0.26:2.38]	0.852	0.83[0.49:1.41]	0.493	1.01[0.58:1.71]	0.983	1.05[0.16:3.91]	0.950
first 2d health staff looked how baby bf	549	63	11.73 [0.08: 0.16]	2.1	0.73[0.17:2.12]	0.610	0.78[0.44:1.35]	0.374	0.79[0.43:1.39]	0.425	0.54[0.03:2.76]	0.555
first 2d health staff weighted child	551	37	9.14 [0.05: 0.18]	6.5	0.4[0.02:1.96]	0.377	0.86[0.43:1.71]	0.667	0.49[0.2:1.08]	0.100	0.99[0.05:5.12]	0.989
using family planning	642	149	26.11 [0.2: 0.34]	4.2	1.28[0.58:2.65]	0.516	0.64[0.44:0.93]	0.020	0.64[0.41:0.96]	0.036	1.01[0.28:2.9]	0.986
time waited between pregnancies	514	11	1.95 [0.01: 0.04]	1.4	1.46[0.08:8]	0.721	0.51[0.13:1.71]	0.287	0.47[0.07:1.84]	0.333	3.22[0.17:18.52]	0.279
mother leaves without informing husband	766	445	50.73 [0.44: 0.57]	3	1.99[1.03:4.07]	0.048	1.21[0.9:1.63]	0.197	1.08[0.79:1.49]	0.619	1.28[0.54:3.25]	0.577
mother doesnt take care child	770	432	49.13 [0.42: 0.56]	3.7	2.26[1.18:4.63]	0.018	1.19[0.89:1.6]	0.237	1.01[0.74:1.38]	0.942	2.74[1.07:8.42]	0.050
mother argues with husband	766	546	61.77 [0.55: 0.68]	3.7	2.29[1.07:5.69]	0.048	1.3[0.94:1.79]	0.112	1.04[0.74:1.47]	0.838	2.62[0.88:11.24]	0.124
mother refuses sex with husband	765	448	49.22 [0.44: 0.55]	2.5	1.56[0.83:3.08]	0.181	1.26[0.94:1.7]	0.124	1.12[0.82:1.54]	0.488	1.26[0.53:3.18]	0.612
mother brele la nurritoure	768	360	38.95 [0.33: 0.45]	3	1.31[0.72:2.42]	0.375	0.94[0.7:1.26]	0.675	1[0.73:1.36]	0.990	0.95[0.4:2.23]	0.909
mother feels safe walking at night	770	584	73.5 [0.67: 0.79]	3.3	0.69[0.37:1.38]	0.276	0.97[0.69:1.35]	0.838	1[0.7:1.43]	0.980	0.45[0.19:1.11]	0.071
mother currently married	768	724	94.33 [0.91: 0.96]	2	0.85[0.29:3.6]	0.790	0.35[0.17:0.68]	0.003	0.67[0.36:1.28]	0.216	0.6[0.17:3.85]	0.504
life satisfaction	770	285	39.72 [0.33: 0.46]	3.4	1.26[0.68:2.31]	0.455	1.19[0.88:1.61]	0.258	1.1[0.8:1.51]	0.563	0.97[0.38:2.29]	0.943
main material HH roof palm leaves	823	548	74.68 [0.7: 0.79]	2.3	1.47[0.79:2.91]	0.243	1.05[0.78:1.42]	0.753	1.27[0.92:1.76]	0.146	1.9[0.76:5.79]	0.205
HH has land	822	528	69.37 [0.62: 0.76]	4.5	0.85[0.48:1.54]	0.576	1.32[0.98:1.77]	0.067	1.39[1.01:1.92]	0.045	0.92[0.4:2.2]	0.836
HH has livestock	823	234	31.47 [0.25: 0.39]	4.3	0.95[0.49:1.75]	0.873	0.84[0.62:1.15]	0.284	0.84[0.59:1.16]	0.293	0.65[0.21:1.65]	0.405
mosquito net present	823	229	31.28 [0.24: 0.39]	5.1	0.7[0.34:1.34]	0.306	0.74[0.54:1.02]	0.064	0.82[0.58:1.15]	0.255	0.36[0.08:1.06]	0.100
source drinking water: unimproved	823	160	12.4 [0.1: 0.15]	1.3	0.76[0.33:1.57]	0.494	0.94[0.66:1.34]	0.730	0.8[0.54:1.17]	0.264	0.58[0.14:1.72]	0.388
water treated before drinking	823	22	2.89 [0.02: 0.05]	1.4	0.71[0.04:3.5]	0.739	0.48[0.18:1.18]	0.119	0.66[0.21:1.68]	0.414	1.59[0.09:8.12]	0.658
toilet type: improved	823	42	6.98 [0.04: 0.12]	5.5	0.35[0.02:1.68]	0.309	1.22[0.65:2.31]	0.542	0.44[0.18:0.94]	0.048	0.79[0.04:3.91]	0.822
toilet type: open defecation	823	293	40.51 [0.34: 0.48]	4.1	2.35[1.33:4.2]	0.003	1.27[0.94:1.71]	0.115	1.99[1.46:2.7]	0.000	1.87[0.82:4.25]	0.133
toilet shared with other households	530	356	70.92 [0.63: 0.77]	3.2	1.12[0.47:2.97]	0.803	1.21[0.83:1.77]	0.312	0.91[0.61:1.39]	0.668	0.67[0.21:2.29]	0.499
hand washing practiced	823	50	5.44 [0.04: 0.08]	1.6	0.3[0.02:1.41]	0.237	0.32[0.16:0.61]	0.001	0.42[0.18:0.87]	0.029	0.67[0.04:3.29]	0.698
soap present in HH	813	175	19.61 [0.16: 0.24]	2.6	0.77[0.34:1.54]	0.484	1.07[0.76:1.52]	0.683	0.97[0.67:1.39]	0.854	0.96[0.31:2.42]	0.932
sex household head (male)	823	597	72.36 [0.65: 0.78]	4.5	0.62[0.35:1.14]	0.113	0.61[0.44:0.84]	0.002	0.85[0.61:1.18]	0.321	0.92[0.39:2.4]	0.850
child disability status	553	50	7.97 [0.06: 0.11]	1.1	1.38[0.32:4.17]	0.609	1.04[0.57:1.93]	0.906	0.95[0.5:1.74]	0.864	1.75[0.27:6.68]	0.473
child drank smth from bottle in the past 24h	270	6	1.97 [0.01: 0.04]	0.9	.	.	1.62[0.19:13.67]	0.633	1.45[0.2:7.59]	0.673	.	.
child drank ORS in the past 24h	270	5	1.27 [0: 0.04]	1	2.49[0.12:17.69]	0.423	0.4[0.02:2.72]	0.410	.	.	.	.
c hilddrank vitamins supplement in the past 24h	267	9	2.54 [0.01: 0.05]	0.9	1.27[0.07:7.35]	0.827	1.21[0.23:5.59]	0.807	3.81[0.98:15.8]	0.051	.	.
child drank water in the past 24h	270	226	89.12 [0.85: 0.92]	0.9	5.01[1.02:90.87]	0.119	1.19[0.59:2.46]	0.634	1.64[0.75:3.97]	0.240	.	.

child drank juice in the past 24h	270	42	26.44 [0.18: 0.37]	3	2.31[0.85:5.74]	0.082	0.65[0.3:1.31]	0.239	1.06[0.48:2.2]	0.875	1.41[0.21:5.89]	0.671
child drank stock in the past 24h	270	23	9.29 [0.05: 0.17]	2.6	3.12[0.95:8.83]	0.041	0.91[0.35:2.21]	0.840	1.6[0.62:3.87]	0.309	1.26[0.07:7.19]	0.831
child drank breasmilk in the past 24h	270	23	6 [0.03: 0.11]	1.8	0.44[0.02:2.26]	0.433	0.79[0.29:1.97]	0.621	0.62[0.17:1.72]	0.396	.	.
child drank milk powder or bottle in the past 24h	270	9	3.21 [0.02: 0.06]	1	2.93[0.42:13]	0.196	0.8[0.17:3.09]	0.752	2.38[0.57:9.24]	0.207	.	.
child ate baby food in the past 24h	270	3	1.05 [0: 0.04]	1.5	5.02[0.23:54.3]	0.194	0.8[0.04:8.47]	0.857	1.44[0.07:15.27]	0.767	.	.
child ate foods made of grains in the past 24h	269	62	24.33 [0.19: 0.31]	1.2	0.6[0.17:1.67]	0.373	1.23[0.68:2.22]	0.489	0.99[0.51:1.87]	0.978	0.84[0.13:3.48]	0.832
child ate food orange or yellow inside in the past 24h	270	40	23.63 [0.16: 0.33]	2.5	1.94[0.67:4.97]	0.188	0.53[0.23:1.1]	0.102	1.11[0.5:2.3]	0.795	.	.
child ate potatoes or similar foods in the past 24h	270	116	50.21 [0.41: 0.6]	2.6	2.54[1.1:6.22]	0.033	1.16[0.7:1.92]	0.573	2.04[1.18:3.58]	0.012	1.35[0.37:4.98]	0.638
child ate vegetables rich vitA in the past 24h	270	194	77.37 [0.69: 0.84]	2.1	3.09[1.03:13.33]	0.074	1.28[0.73:2.28]	0.393	1.41[0.76:2.72]	0.294	3.67[0.67:68.24]	0.221
child ate fruit rich vitA in the past 24h	270	20	10.17 [0.06: 0.18]	2.6	1.09[0.17:4.1]	0.915	3.28[1.29:9.03]	0.015	2.23[0.83:5.76]	0.100	3.35[0.48:14.62]	0.144
child ate other vegetables in the past 24h	270	53	20.85 [0.14: 0.31]	3	1.04[0.33:2.73]	0.937	0.88[0.46:1.66]	0.701	0.46[0.19:0.98]	0.059	.	.
child ate organ meat in the past 24h	270	10	4.16 [0.02: 0.11]	2.9	1.08[0.06:6.14]	0.941	0.17[0.01:0.93]	0.095	.	.	.	.
child ate meat in the past 24h	270	26	13.85 [0.08: 0.22]	2.6	2.64[0.82:7.34]	0.077	0.37[0.12:0.95]	0.055	1.06[0.4:2.55]	0.895	1.09[0.06:6.16]	0.938
child ate eggs in the past 24h	270	12	3.2 [0.01: 0.07]	1.6	0.88[0.05:4.82]	0.904	0.34[0.05:1.37]	0.178	0.95[0.21:3.31]	0.946	.	.
child ate fish in the past 24h	270	69	30.7 [0.23: 0.39]	2.1	2.08[0.86:4.83]	0.092	0.84[0.46:1.5]	0.567	1.65[0.9:2.99]	0.101	1.25[0.26:4.65]	0.749
child ate peas lentils or nuts seeds in the past 24h	270	42	19.57 [0.13: 0.29]	3	1.03[0.29:2.89]	0.962	0.71[0.34:1.42]	0.340	0.88[0.39:1.84]	0.743	0.61[0.03:3.37]	0.642
child ate dairy products in the past 24h	270	6	1.58 [0.01: 0.04]	0.8	10.91[1.92:62.1]	0.005	.	.	2.95[0.54:16.3]	0.191	.	.
child ate insects snails in the past 24h	270	24	8.64 [0.05: 0.14]	1.6	1.44[0.32:4.62]	0.577	1.04[0.42:2.46]	0.938	1.2[0.45:2.93]	0.697	2.69[0.39:11.59]	0.228
child ate other solid semisolid foods in the past 24h	270	148	55.93 [0.47: 0.65]	2.3	2.24[0.94:5.93]	0.083	0.59[0.36:0.98]	0.043	1.25[0.72:2.19]	0.439	1.24[0.34:4.93]	0.747
child ate any solid semisolid foods in the past 24h	240	72	23.91 [0.18: 0.32]	1.7	0.43[0.12:1.2]	0.139	2.34[1.3:4.23]	0.005	1.68[0.91:3.05]	0.093	1.17[0.24:4.56]	0.831

ANNEXE D: REGRESSIONS LINEAIRES MICS 2018

Tableau 19: Associations non ajustées entre les facteurs de risque et la classification binaire de l'émaciation, du retard de croissance et de l'insuffisance par régression linéaire (SOURCE: Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2018)

Facteur de risque				P/T <-2			T/A <-2			P/A <-2		
Régression linéaire				Enfants 6-59 mois			Enfants 6-59 mois			Enfants 6-59 mois		
Indicateur	n	Mean	Standard error	Coeff.	SE	P-value	Coeff.	SE	P-value	Coeff.	SE	P-value
		[95% CI]										
age_months	823	33.03[31.95 :34.11]	0.55	0.008	0.003	0.005	-0.026	0.003	0.000	-0.015	0.003	0.000
left_alone_more_than_1h	823	1.09[0.95 :1.23]	0.07	-0.005	0.021	0.808	-0.043	0.026	0.101	-0.019	0.023	0.415

weight	823	11.32[11.12 :11.51]	0.10	0.217	0.013	0.000	0.068	0.019	0.000	0.217	0.014	0.000
education_mother	823	1.33[1.26 :1.39]	0.03	0.062	0.044	0.162	0.163	0.056	0.004	0.130	0.047	0.006
wellbeing_score_mother	823	-0.38[-0.4:-0.36]	0.01	0.509	0.124	0.000	0.390	0.166	0.019	0.421	0.134	0.002
rural_weath_score	697	-0.19[-0.26:-0.13]	0.03	0.117	0.052	0.025	0.240	0.067	0.000	0.234	0.057	0.000
times_listened_to_radio	770	0.16[0.12 :0.2]	0.02	0.096	0.070	0.175	0.119	0.089	0.182	0.139	0.077	0.073
times_watched_tv	770	0.01[0 :0.02]	0.01	0.104	0.254	0.683	0.917	0.316	0.004	0.600	0.278	0.031
numbers_of_births	770	4.73[4.55 :4.9]	0.09	0.015	0.017	0.380	-0.018	0.022	0.417	-0.001	0.019	0.975
lenght_at_birth	552	2.36[2.28:2.43]	0.03	-0.142	0.052	0.007	-0.071	0.071	0.320	-0.164	0.060	0.006
weight_at_birth	552	1.58[1.54:1.62]	0.02	-0.183	0.101	0.072	-0.008	0.138	0.953	-0.126	0.116	0.275
time_put_at_breast	551	0.66[0.62:0.7]	0.02	-0.151	0.102	0.139	-0.121	0.138	0.382	-0.251	0.115	0.030
husband_age	726	39.28[38.68:39.89]	0.29	0.007	0.005	0.216	-0.008	0.007	0.270	0.000	0.006	0.946
number_members_in_hh	823	6.63[6.44:6.82]	0.10	-0.046	0.015	0.003	-0.015	0.019	0.434	-0.031	0.017	0.059
number_wra_in_hh	823	1.34[1.29:1.39]	0.03	-0.07	0.057	0.214	0.057	0.071	0.424	0.007	0.061	0.913
numebr_men_15_49_in_hh	823	1.01[0.95:1.07]	0.03	-0.088	0.046	0.054	-0.017	0.057	0.763	-0.047	0.049	0.344
number_under_fives_in_hh	823	1.97[1.92:2.02]	0.03	-0.135	0.056	0.016	0.082	0.071	0.249	-0.051	0.061	0.403
number_hectars_of_land	528	0.91[0.62:1.2]	0.12	0.01	0.015	0.522	0.037	0.019	0.047	0.027	0.016	0.093
time_reach_water_source	798	33.02[31.59:34.45]	0.72	-0.001	0.002	0.482	0.003	0.003	0.326	0.000	0.002	0.877
times_insufficient_quantity_water_in_hh	823	1.85[1.82:1.87]	0.01	-0.162	0.116	0.164	-0.188	0.146	0.198	-0.218	0.125	0.083
age_HHH	823	39.8[39.07:40.54]	0.37	-0.009	0.004	0.026	-0.006	0.005	0.198	-0.008	0.004	0.068
age_first_marriage	758	20.05[20.05:20.06]	0.00	-0.6	0.616	0.331	-0.112	0.789	0.887	-0.447	0.676	0.509
number_times_drank_bm	23	5.52[4.81:6.23]	0.06	0.075	0.205	0.718	-0.500	0.285	0.095	-0.067	0.220	0.766
number_times_drank_milk	9	1.44[1.04:1.85]	0.02	0.639	0.725	0.407	0.509	1.250	0.696	0.774	0.388	0.087

ANNEXE E: GUIDE QUALITATIF

A. NOTE D'INFORMATION³⁴⁹

Analyse causale de la sous-nutrition Link NCA dans les Zones de santé de Kamonia, Kamwasha, et Kanzala, Territoire de Kamonia, Province du Kasai, fait partie du projet TudiENZELE. La réalisation de l'étude Link NCA permettra de mieux comprendre les facteurs de risque multi-sectoriels de la sous-nutrition et de renforcer les réponses programmatiques. L'étude permettra de prioriser les interventions du projet et d'assurer un engagement communautaire fort dans toutes ses phases.

Nom du chercheur principal: Lenka Blanárová

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

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE: L'objectif de cette étude est d'améliorer notre compréhension des causes de la sous-nutrition dans le Territoire de Kamonia. 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 16 Février au 7 Mars 2024 dans trois communautés échantillonnées.

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

³⁴⁹ À utiliser comme une ouverture de chaque échange avec des informateurs clés, qu'il s'agisse d'un entretien semi-structuré ou d'une discussion de groupe. Les phrases en gris ne sont relatives que pour une première réunion avec les leaders communautaires.

parler avec autant de membres de la communauté que possible et pour cette raison, il serait préférable si plus de personnes du village soient mobilisées pour participer. Veuillez noter que la participation d'un mobilisateur de communauté ne sera pas rémunérée et doit être entièrement volontaire.

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

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

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

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

B. CALENDRIER SAISONNIER³⁵⁰

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

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

C. CALENDRIER HISTORIQUE

Un calendrier historique est un diagramme qui montre l'évolution sur une certaine période. Aux fins de cette étude, une période de 10 à 15 ans sera considérée. Toutefois, si les participants mentionnent des événements clés antérieurs à la période de 15 ans, ils seront également notés. Un calendrier historique est utile pour explorer les changements au fil du

³⁵⁰ Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 19 & 20 (<https://www.aidsalliance.org/>).

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 important et préciser les causes de ces changements. Tous les événements importants qui ont marqué la vie dans une communauté de manière positive ou négative, qu'il soit politique, socio-économique, environnemental ou autre, seront considérés comme des déclencheurs potentiels. L'objectif sera de capter des tendances fondées sur les connaissances de la communauté et d'identifier éventuellement des corrélations entre divers facteurs de risque.

D. NARRATION³⁵¹

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

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

E. ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

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

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche présentera des images imprimées des activités quotidiennes dans une communauté donnée et demandera aux participants des discussions de groupe de les arranger chronologiquement, commençant par l'heure habituelle de réveil et terminant par l'heure habituelle de sommeil. Cela sera fait séparément pour les hommes et les femmes. Tout autre groupe, tel que les enfants ou les personnes âgées, ou des groupes ayant des fonctions économiques différentes (agriculteurs, éleveurs ou vendeurs au marché) peuvent être introduits, si cela est jugé pertinent.

F. COMPOSITION DES REPAS

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

³⁵¹ Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 58 (<https://www.aidsalliance.org/>).

période post-récolte et la consommation alimentaire typique lorsque l'argent ne constitue pas un obstacle.

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

G. DÉPENSES MÉNAGÈRES

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

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

H. ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE³⁵²

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

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

I. GUIDE D'ENTRETIEN: INTRODUCTION AUX FACTEURS DE RISQUE

1. Comment décririez-vous un enfant en bonne santé? (taille/caractéristiques/comportement) Que faites-vous pour garder votre enfant en bonne santé? Quel type de soins est-il le plus important? Combien d'effort faut-il pour le faire tous les jours?
2. Auxquels défis font les parents dans votre communauté face pour garder les enfants en bonne santé? (Cf. [Flashcards Hypothèses](#)) Quelles conséquences ont ces défis sur leur santé? Pourquoi?
3. Comment ces défis changent au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment sont-elles changées au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#))
4. Dans quel type de ménage/chez quel type de femme avez-vous observé des naissances des enfants plus petits ? (PISTE DE RECHERCHE : âge, groupe ethnique, religion, statut matrimonial (célibataire, mariée, divorcée, veuve), type de ménage (monogame vs.

³⁵² Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 17 (<https://www.aidsalliance.org/>).

polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, charge de travail, bien être, quintile économique, etc.) Pourquoi ? Comment la prévalence du faible poids à la naissance a changé au cours de ces derniers 10-15 ans ? (Cf. [Calendrier historique](#))

5. Quel type de femme semble être plus vulnérable à la sous-nutrition? (PISTE DE RECHERCHE : idem.) Dans quel type de ménage avez-vous observé des enfants très maigres ou de petite taille ? (PISTE DE RECHERCHE : idem.)

J. GUIDE D'ENTRETIEN: SANTÉ

1. Quelles barrières d'accès (Cf. [Flashcards des barrières d'accès](#)) vous posent des plus grandes difficultés en termes d'accès aux structures sanitaires ? Pourquoi ? Comment votre accès aux établissements de santé change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
Barrières géographiques : inexistence de centres de santé/nutrition dans certains villages impliquant de longues distances à parcourir pour se faire soigner ;
Barrières financières : coût des soins de santé et/ou du transport, manque de moyens financiers pour se prendre en charge (acheter à manger) durant le traitement de l'enfant à l'hôpital ;
Barrières temporelles : manque de temps/ charge de travail élevée des femmes ;
Barrières socio-culturelles : recours à la médecine traditionnelle, absence de permission du conjoint, perception de la malnutrition comme causée par des forces surnaturelles et recours aux églises du réveil, causes premières de la maladie liées à une intention d'origine sociale (par exemple due aux ancêtres qui, en tant que garants du respect des normes, ont puni les contrevenants en les rendant malades, eux ou leurs familles, en diffusant le malheur dans leurs vies) ;
Barrières liées à la qualité des soins : insuffisances en infrastructures et équipement (pas de bons bâtiments, pas de matériels complets pour assurer les interventions chirurgicales et autres, pas de laboratoires, manque de kits d'énergie pouvant alimenter les centres de santé), insuffisances et ruptures de stock en médicaments, manque de personnel qualifié, faible rémunération du personnel
2. Quel type de ménages fait face aux plus grandes difficultés d'accéder aux services de santé ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)
3. Quels types de services sont disponibles dans le centre de santé le plus proche? Lesquels utilisez-vous? (PISTE DE RECHERCHE: consultations prénatales/postnatales, accouchement, planning familial, traitement des maladies infantiles, vaccination, antiparasitage, supplémentation en vitamines) Pourquoi? Quels services de santé ne sont pas culturellement acceptables? Quels services de santé ne sont pas du tout disponibles malgré le besoin communautaire?
4. Qu'est-ce que vous pensez des enfants sur les images (Cf. [Flashcards des maladies infantiles](#)) Quelles maladies sont les plus courantes dans votre communauté? (PISTE DE RECHERCHE: diarrhée, fièvre, infections respiratoires aiguës, paludisme) Comment la prévalence de ces maladies change-t-elle au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
5. Quelles sont les causes de ces maladies? (NB: A tracer pour chaque maladie séparément.) Comment sont ces maladies traitées? (Cf. [Itinéraire thérapeutique](#)) (NB: A tracer pour chaque maladie séparément.) Quelles maladies infantiles ne peuvent pas être soignées aux structures sanitaires ? Pourquoi ? Comment ont les options de traitement changées au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#)) Comment décidez-vous quel traitement de choisir? Qui vous conseille?
6. A part des médicaments, comment soignez-vous un enfant malade? (PISTE DE RECHERCHE: pratiques d'allaitement/alimentation/hygiène – changent-t-elles par rapport les soins quand l'enfant est en bonne santé)
7. Quel type d'enfant semble être plus vulnérable aux problèmes de santé? (PISTE DE RECHERCHE : sexe, âge, rang de l'enfant, religion, composition du ménage (taille/espacement de naissances, chef de ménage), caractéristiques de la mère (âge,

éducation, charge de travail, bien être), moyens économiques, pratiques d'allaitement/alimentation/hygiène, etc.

8. Qu'est-ce que vous pensez des séances de sensibilisation organisées par des agents de santé ou des agents de développement communautaire de différentes ONG? Que pensez-vous des différents sujets dont ils parlent? Avez-vous les trouvés utiles/pertinents/facilement applicables? Pourquoi/pourquoi pas? Avec quels comportements avez-vous particulièrement lutté? Pourquoi? (Avantages / Désavantages)

K. GUIDE D'ENTRETIEN: MALNUTRITION

1. Que pensez-vous des enfants sur ces photos? (Cf. [Photos d'enfants malnutris aigues \(marasme/kwashiorkor\) + enfants souffrant de retard de croissance](#)) De quelle maladie souffrent-ils? Quels mots utilisez-vous pour décrire tels enfants dans votre communauté? Certains mots sont-ils plus sensibles que d'autres? Pourquoi?
2. Que pensez-vous de cette maladie? Comment est-elle similaire ou différente des autres maladies infantiles? Quel type est plus commun dans votre communauté?
3. Quelles sont les causes de cette maladie? Quelles sont les raisons pour lesquelles un enfant deviendrait comme ça? (Cf. [Flashcards Hypothèses](#))
4. Comment traitez-vous cette maladie dans votre communauté? (Cf. [Itinéraire thérapeutique](#)) (PISTE DE RECHERCHE: Quel est le traitement le plus courant?)
5. Quel type d'enfant semble être plus vulnérable à cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE : sexe, âge, groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, quintile économique, chef de ménage F/H), caractéristiques de la mère (âge, charge de travail, bien être), pratiques d'allaitement/alimentation/hygiène, etc.
6. Au cours de quelle saison/mois observez-vous plus d'enfants être comme ça? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Depuis quand les enfants de votre communauté souffrent-ils de cette maladie? (Cf. [Calendrier historique](#)) Avez-vous observé une augmentation/diminution de cas pendant certaines années? Comment expliquerez-vous ces variations?
7. Pensez-vous que votre enfant pourrait devenir comme ça? Pourquoi/pourquoi pas? Quels comportements/pratiques peuvent induire/prévenir cette condition? Pensez-vous que vous pourriez devenir comme ça? Pourquoi/pourquoi pas?
8. *Narration : Nadège est mariée à Ilunga depuis plus de 4 ans. Ils ont deux enfants ensemble. Un jour elle apprend de la bouche de sa voisine qui a entendu Ilunga dire à son mari qu'il va épouser une deuxième femme parce que depuis que Nadège est mère d'enfants, elle ne s'occupe plus de lui. Tout ce qu'elle prépare revient à ses deux enfants, et rien n'est réservé pour lui! Prise de panique, Nadège va désormais orienter toute la nourriture qu'elle prépare vers son époux, servant ses deux enfants le reste du repas de son père ou rien du tout.*
Que pensez-vous de cette histoire? Nadège a-t-elle pris des bonnes décisions? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment?

L. GUIDE D'ENTRETIEN: NUTRITION

1. Comment décrivez-vous un repas nutritif (sans limitation des ressources financières)? (PISTE DE RECHERCHE: composition/quantité/type de cuisson/facilité de préparation/gout/apport nutritif/apport énergétique/capacité de rassasier/droit de manger en priorité/fréquence de consommation) (Cf. [Flashcards aliments](#)) Pourquoi pensez-vous que ce repas est bon pour la santé? Avec quelle fréquence arrivez-vous manger ce type de repas? Qu'est-ce que vous prévient de le manger plus souvent? (PISTE DE RECHERCHE: disponibilité/accessibilité/acceptabilité/facilité de préparation) (Cf. [Composition des repas](#))
2. Comment décrivez-vous un repas préféré (très apprécié mais pas nécessairement nutritif)? (Cf. [Flashcards aliments](#)) Pourquoi vous l'aimez? Avec quelle fréquence arrivez-vous

manger ce type de repas? Qu'est-ce que vous préférez de le manger plus souvent? (PISTE DE RECHERCHE: disponibilité/accessibilité/habitudes culturelles)

3. Comment décrivez-vous vos repas habituels (mangés fréquemment)? (Cf. [Flashcards aliments](#)) Qu'est-ce que vous pensez de ces types de repas? (PISTE DE RECHERCHE: composition/quantité/type de cuisson/facilité de préparation/gout/apport nutritif/apport énergétique/capacité de rassasier/fréquence de consommation) Avec quelle fréquence mangez-vous ce type de repas? Qui au sein de ménage décide quel type de repas est cuisiné? Comment divisez-vous le repas disponible parmi tous les membres de votre ménage? La famille mange-t-elle ensemble ou dans un ordre spécifique?
4. Quels changements dans vos habitudes alimentaires avez-vous observé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quels changements dans vos habitudes alimentaires observez-vous au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) (Cf. [Composition des repas](#) période de soudure vs. période post-récolte)
5. Comment les habitudes alimentaires des enfants et/ou femmes enceintes et allaitantes diffèrent des habitudes alimentaires d'autres membres de ménage? Quels aliments ne peuvent pas être consommés par les enfants/femmes enceintes et allaitantes? Pourquoi? Comment diffère l'alimentation des filles/garçons?
6. Où trouvez-vous habituellement vos aliments? (PISTE DE RECHERCHE: production agricole, achat, aide alimentaire, troc/échange, cueillette/chasse) Comment cela varie tout au long de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment est-ce que cela a changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quel type de ménages fait face aux plus grandes difficultés d'accéder aux aliments ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)
7. **Narration:** *Biuma est enceinte de son premier enfant. Elle a été conseillée de faire des consultations prénatales au cours desquelles, l'infirmière lui a suggéré de manger des œufs, viande de bœuf, viande de porc, les haricots, bananes et patates douces. En arrivant à la maison, Biuma a partagé ces conseils avec sa mère qui l'a interdit de manger ces aliments pour éviter des complications lors de l'accouchement. Biuma était très confuse – devrait-elle suivre les conseils de l'infirmière ou ses traditions ancestrales (conseils de sa mère) ?*
Que pensez-vous de cette histoire? Que pensez-vous de la situation de Biuma? Les femmes de votre communauté font-elles face aux mêmes difficultés? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment?

M. GUIDE D'ENTRETIEN: PRATIQUES DE SOINS

1. À quoi ressemble votre routine quotidienne avec un bébé de moins de 3 mois/6 mois/plus de 6 mois? Comment votre routine quotidienne change par rapport à l'âge de l'enfant? (PISTE DE RECHERCHE: allaitement maternel/alimentation complémentaire/interactions avec l'enfant/gardiennage/hygiène) Comment votre routine change-t-elle au cours de la semaine? Comment votre routine change-t-elle au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment votre routine a-t-elle changé entre le premier et les successifs enfants que vous avez eu? Quels changements de pratiques de soins des enfants avez-vous observé entre vous et vos parents/grands-parents? (Cf. [Calendrier historique](#))
2. Quels défis rencontrez-vous lorsque vous vous occupez de vos enfants? (PISTE DE RECHERCHE: manque de connaissances/ressources/temps/préoccupations mentales, autre)
3. Qui vous aide à s'occuper de vos enfants? Qu'est-ce qu'ils vous aident avec? À quelle fréquence? Comment les pères sont-ils impliqués dans les activités de garde d'enfants? Que pensez-vous de leur implication?
4. Qui vous conseille comment s'occuper de vos enfants? Êtes-vous sous l'obligation de respecter ces conseils? Quel type de décisions par rapport aux soins des enfants pouvez-vous faire toutes seules?

5. Comment les pratiques de soins diffèrent parmi les ménages dans cette communauté ? (PISTE DE RECHERCHE : groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage) Quelles conséquences sur la croissance et le développement des enfants vivant dans ces ménages avez-vous observé?
6. Quelles croyances locales influencent-elles les pratiques de soins des enfants dans votre communauté? Quelles croyances empêchent l'appropriation des « nouvelles » pratiques promues par le personnel de santé? (PISTE DE RECHERCHE : allaitement maternel exclusif : l'eau donnée comme bénédiction et/ou pour calmer l'enfant quand la mère n'est pas présente, l'allaitement doit être arrêté au moment de la nouvelle grossesse et/ou quand la femme ne mange pas bien, lait maternel perçu comme insuffisant pour le bon développement d'un bébé, alimentation du nourrisson et du jeune enfant : fufou allongé à partir de trois mois, bouillie enrichie = médicament en cas de maladie, pas nécessairement aliment journalier ;
7. *Narration: Lusamba a 4 enfants. Son mari s'est remarié l'an dernier et il s'occupe de Lusamba et de ses enfants de moins en moins. Ce nouveau mariage a bouleversé la vie de Lusamba, elle n'est plus la même, toujours préoccupée, et elle n'arrive plus à prendre soin d'elle-même ou de ses enfants. Malgré tout, elle s'est mobilisée cette année pour faire le petit commerce pour mieux assurer ses finances. Elle travaille de 6h à 15h, en laissant son dernier bébé, Mulamba, de 8 mois avec sa sœur de 5 ans. Quand elle part au marché, elle donne des instructions à sa fille, comment prendre soins de Mulamba, comment le nourrir avec le fufou laissé dans la marmite. Vu le manque d'autres repas, la sœur aînée profite du fufou en donnant juste quelques boules au bébé. De retour du champ, Lusamba oublie souvent de donner un bain à Mulamba car elle doit aller chercher de l'eau pour préparer le repas du soir. Néanmoins, elle nourrit Mulamba au sein avant de le faire coucher et dans la nuit quand il se réveille. Par contre, elle lui refuse le sein quand il est agité et pleure beaucoup. Lusamba ne peut pas supporter ses pleurs avec tant de responsabilités sur sa tête. Deux mois plus tard, Lusamba constate que son bébé a perdu du poids, il ne joue plus.*
Que pensez-vous de cette histoire? Que pensez-vous de la situation de XX? Les femmes de votre communauté font-elles face aux mêmes difficultés? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment?
8. Quand introduisez-vous les aliments de complément à votre bébé? De quoi consistent-ils les repas de votre bébé? Combien de fois le donnez-vous à manger? (Cf. [Composition des repas](#)) Qu'est-ce que vous aimeriez faire différemment qu'aujourd'hui? Pourquoi ? Qu'est-ce qui vous empêche le faire? Comment les habitudes alimentaires des enfants changent-elles au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Quel type de ménages/mères n'arrivent pas de suivre des recommandations sur l'ANJE ?
9. Comment interagissez-vous avec vos enfants de manière régulière (interactions corporelles, vocales, visuelles, affectives) ? Quel niveau de contact est-il considéré approprié dans cette communauté ? Combien de temps êtes-vous capable d'offrir aux activités de développement mental et social (parler, jouer, changer, etc.) ? Comment ces pratiques changent au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) ? Comment ont-elles évolué ces derniers 10-15 ans ? (Cf. [Calendrier historique](#))
10. Comment avez-vous habitude de démontrer votre amour pour vos enfants ? Comment ces démonstrations diffèrent dans les cas des filles/garçons ? Comment disciplinez-vous vos enfants ?

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

1. *Narration: Tshilonga a 19 ans. Elle s'est mariée il y a deux ans et attend déjà son deuxième enfant. Elle est tombée enceinte à peine deux mois après son premier enfant était né. Sa belle-mère était présente pendant les premières deux semaines après l'accouchement mais a décidé de retourner chez elle quand Tshilonga a repris ses forces. Etant complètement dépendante sur*

le soutien de son mari, Tshilonga a accepté ses avances sexuelles pour s'assurer qu'il ne cherche pas le plaisir ailleurs et l'abandonne finalement. Malgré que ses règles ne soient pas venues, elle s'est retrouvée enceinte et a sevré son petit de 2 mois rapidement.

Que pensez-vous de cette histoire? Est-ce que cela se produit dans votre communauté? Comment la communauté perçoit-elle les mariages/grossesses précoces? Que feriez-vous si vous étiez Tshilonga? Que feriez-vous si vous étiez ses parents?

2. A quel âge commencent les jeunes femmes et hommes dans votre communauté d'être sexuellement actifs ? À quel âge se marient-ils? Quels changements avez-vous observé dans ces pratiques au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#)) Qu'est ce qui a inspiré ces changements? Quand est-ce que les jeunes hommes/femmes sont prêts à se marier/être parents (physiquement et émotionnellement?)
3. Comment décriviez-vous la vie en couple dans votre communauté? Comment peut-on décrire un mariage exemplaire? Comment gère-t-on des désaccords pendant le mariage? Quelles sont les causes habituelles de ces désaccords? Quand est-ce que l'utilisation de la force est-elle justifiée ? Pourquoi ? Dans quel type de ménages observe-t-on la prévalence plus élevée de la VBG (ex. dénis de ressources, d'opportunités ou de services, agressions physiques, violences psychologiques, violences sexuelles)? Pourquoi ? Comment les relations entre les hommes et les femmes ont changés au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
4. Combien d'enfants les membres de votre communauté ont-ils habituellement? Pourquoi? Quel est l'espacement des naissances habituel dans votre communauté? Pourquoi? Quels changements par rapport un nombre d'enfants souhaités et/ou l'espacement de naissances avez-vous observé ces derniers 10-15 ans ? Pourquoi ? Comment ces pratiques diffèrent parmi les ménages dans votre communauté ? (PISTE DE RECHERCHE : groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), niveau d'instruction, quintile économique)
5. *Narration: Ngalula a 16 ans. Elle est chanceuse de pouvoir toujours aller à l'école. Pourtant, ces parents n'ont pas beaucoup de ressources et ainsi ils obligent Ngalula à travailler pendant les vacances scolaires pour pouvoir aider avec les frais scolaires, les frais des matériaux et du transport. Cette année la situation économique dans la zone s'est détériorée et Ngalula n'a pas pu économiser assez. Pendant ces démarches elle a rencontré un jeune homme, Njiba, qui lui a promis de la soutenir à l'école. Ngalula était très heureuse qu'elle puisse continuer ses études et elle a trouvé l'amour aussi ! Chaque fois qu'elle a vu Njiba, ils ont partagé le plat ensemble, chaque semaine elle a reçu un petit cadeau en forme de savon ou maquillage. Ngalula s'est sentie comblée et elle n'a pas hésité de remercier Njiba en se donnant à lui entièrement. Ses prochaines règles ne sont pas venues. Ngalula était enceinte. Njiba est disparu.*
Que pensez-vous de cette histoire? Que feriez-vous si vous étiez Ngalula?
6. Quelles pratiques utilise-t-on pour espacer des naissances (PISTE DE RECHERCHE : moyens contraceptifs traditionnels/modernes, éloignement du mari, abstinence) Comment ces pratiques sont-elles perçues/acceptées par la communauté ? Quel type de ménage est strictement contre la limitation et/ou l'espacement de naissances ? (PISTE DE RECHERCHE : âge du couple, groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, niveau d'instruction)
7. Quelles barrières de l'accouchement au structure sanitaire/consultation prénatales vous posent des plus grandes difficultés? Coûts financiers élevés, mauvais accueil, préférence de l'accouchement à la maison (espace intime, accouchement non-assisté), préférence de l'accouchement avec l'assistance de l'accoucheuse traditionnelle. Pourquoi ? Comment l'utilisation de l'accouchement au structure sanitaire change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quel type de femmes accède plus difficilement ou choisit de ne pas accéder aux structures sanitaires pour l'accouchement / consultations prénatales ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée

monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)

O. GUIDE D'ENTRETIEN: CHARGE DE TRAVAIL ET CHARGE MENTALE DES FEMMES

1. Qu'est ce qui caractérise une femme idéale dans cette communauté ? Quels astuces les femmes ont développé afin de rapprocher au maximum cet idéal ? Quel comportement est difficilement accepté (ou pas du tout accepté) chez une femme ? Pourquoi ?
2. A quoi ressemble votre routine quotidienne? (Cf. [Activités quotidiennes](#)) Comment votre routine change-t-elle au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Quels changements en routine quotidienne avez-vous observé entre vous et vos parents/grands-parents? (Cf. [Calendrier historique](#)) Comment votre routine quotidienne diffère-t-elle de celle des hommes? Quelles différences dans les routines quotidiennes avez-vous observé entre les différents ménages?
3. Comment percevez-vous votre charge de travail? Quand est-ce votre charge de travail est plus élevée/vous vous sentez plus occupées ou fatiguées? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Que faites-vous quand vous vous sentez comme ça? Quel type d'activités représente une charge de travail particulier ? Comment votre charge de travail change pendant la grossesse/après l'accouchement ? Qu'est-ce qui caractérise les ménages avec la charge de travail plus/moins importante? Qu'est ce que vous faites si vous n'arrivez pas d'exécuter toutes vos tâches journalières ?
4. Comment percevez-vous votre charge mentale ? Quand vous vous sentez plus préoccupées/stressées ? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Que faites-vous quand vous vous sentez comme ça? Qu'est ce que vous n'êtes pas capable de faire quand vous vous sentez comme ça ? (PISTE DE RECHERCHE : tâches ménagères, activités génératrices de revenu, allaitement maternel, pratiques d'hygiène, rapports sexuels) Quels sentiments ressentez-vous lors de ces moments de préoccupation/stress ? (PISTE DE RECHERCHE : manque de joie, angoisse, manque d'énergie, difficultés de concentration, manque d'intérêt pour le bébé/ménage, culpabilisation, sentiment d'abandon, troubles d'appétit, troubles de sommeil, cauchemars) Quelles sont les causes courantes de vos préoccupations/stress (PISTE DE RECHERCHE : problèmes conjugaux, problèmes familiales, surcharge de travail, manque de ressources financières, maladie, décès, départ d'un membre de famille (migration), manque de soutien)
5. A quel point est-il accepté pour une femme de démontrer ses émotions/frustrations ? Quelles démonstrations de détresse sont généralement tolérées vs. quelles démonstrations ne sont pas du tout tolérées ? Quels mécanismes de support au sein du ménage/famille/communauté existent pour l'offrir le soutien nécessaire ?
6. Comment décriviez-vous l'état d'esprit des femmes après l'accouchement ? Quels sentiments sont souvent associés avec cet événement ? Quels autres sentiments les femmes dans votre communauté ont avoué d'avoir après l'accouchement ? Quel type de femmes risquent de ressentir ces sentiments ? Pourquoi ?
7. Comment décriviez-vous vos relations avec les autres membres de votre ménage? Quelles relations vous apportent le plus de joie? Quelles relations vous préoccupent le plus? Pourquoi? Dans quelle mesure êtes-vous à l'aise de dire aux membres de votre ménage que vous n'êtes pas bien/pas d'accord?
8. Aux quels groupes communautaires faites-vous partie? Quels sont les avantages et/ou désavantages de la participation dans ces groupes? À quelle fréquence participez-vous aux rassemblements communautaires?

P. GUIDE D'ENTRETIEN: AUTONOMIE DES FEMMES

1. À quelle fréquence sortez-vous de votre maison/quartier/village? Qui décide si vous pouvez partir? Où pouvez-vous aller sans demander personne?

2. Quelles activités les femmes de cette communauté peuvent-elles effectuer pour générer des revenus? Qui contrôle les revenus ainsi générés? Quelles d'autres activités pensez-vous que les femmes de cette communauté devraient être autorisées à exercer pour générer des revenus? Quels changements en autonomie/pouvoir de décisions avez-vous observé entre vous et vos parents/grands-parents? (Cf. [Calendrier historique](#))
3. Que pouvez-vous vendre au marché sans consulter un autre membre de votre ménage? Que pouvez-vous acheter au marché sans consulter un autre membre de votre ménage? Selon vous, quels changements pourraient vous aider en ce qui concerne la vente/l'achat au marché? Pourquoi?
4. Pour quelles activités pouvez-vous prendre des décisions sans consulter personne? Pour quelles activités avez-vous besoin de consulter un autre membre de votre ménage? Pour quelles activités seul un membre de votre ménage peut prendre des décisions? (PISTE DE RECHERCHE: scolarité, mariage, dépenses ménagères, composition des repas, activités quotidiennes, charge de travail, repos après l'accouchement, traitement médical en cas de maladie, planification familiale). Que pensez-vous de cette division de la prise de décision? Que souhaiteriez-vous changer à propos de cette division du processus décisionnel? Dans quels domaines aimeriez-vous que les décisions soient prises différemment?
5. Pour les décisions, où vous devez consulter un autre membre de votre ménage, dans quelle mesure pouvez-vous participer à la prise de décision? Pour les décisions, lorsqu'un membre de votre ménage prend des décisions, dans quelle mesure pouvez-vous participer à la prise de décision? Dans quelle mesure vous sentez-vous écouté lorsque des décisions sont prises? Que pouvez-vous faire lorsque vous n'êtes pas d'accord avec une décision prise? Que se passe-t-il lorsque votre opinion n'a pas été prise en compte, mais qu'il s'est avéré que cela aurait été une bonne décision? Comment cela change-t-il la prise de décision au sein du ménage?
6. Votre pouvoir de décision change-t-il lorsque vos maris migrent? Qui prend les décisions en leur absence?
7. Dans quelle mesure pouvez-vous accéder aux informations pour prendre des décisions éclairées? Quels obstacles à l'accès rencontrez-vous pour accéder à l'information?
8. Quels droits les femmes de cette communauté ont-elles en ce qui concerne la possession/l'héritage de la terre? Qui décide généralement de ce qu'il faut planter?
9. Quels droits les femmes de cette communauté ont-elles en matière de prêt ou d'emprunt d'argent? Qui décide de la façon dont l'argent emprunté est dépensé? Qui est responsable du remboursement de l'argent? Quels avantages/inconvénients cet arrangement vous apporte-t-il? Comment pensez-vous que cet arrangement devrait changer?
10. Quel type de femmes a le pouvoir de décision plus restreint que les autres femmes dans cette communauté ? (PISTE DE RECHERCHE : Age, Différence d'âge entre le couple, Statut matrimonial, Type de mariage (monogame vs. polygame), Religion, Niveau d'instruction, Quintile économique, etc.) Pourquoi ? Comment cela affecte leur fonctionnement et/ou leur santé/santé de leurs enfants ?

Q. GUIDE D'ENTRETIEN: CHARGE DE TRAVAIL ET CHARGE MENTALE DES HOMMES

1. **Narration:** *Kimba est mariée depuis 3 ans. Il a des jumeaux avec sa femme Muambuyi. Les deux garçons ont fêté à peine 15 mois. Les jumeaux demandent beaucoup d'attention et Muambuyi ne s'en sort pas facilement si sa sœur ne l'aide pas. Kimba est rarement présent comme il gagne sa vie dans les activités minières. Les soirs il aime sortir avec ses amis pour se décontracter un peu après une longue journée de travail. Ses aventures lui consomment au moins une moitié de la somme qu'il est capable de gagner au cours de la journée. Un jour les jumeaux tombent malades et nécessitent des soins au centre de santé. Muambuyi attend le retour de Kimba tard la nuit et lui demande de l'argent pour la consultation. Kimba n'a pas la somme désirée et promet*

de l'apporter le lendemain. Le soir suivant il ne revient pas à la maison, ni le soir après. L'argent gagné dans les mines est utilisé pour payer les bières et les cigarettes. Les jumeaux s'affaiblissent.

2. Qu'est ce qui caractérise un homme idéal dans cette communauté ? Quels astuces les hommes ont développé afin de rapprocher au maximum cet idéal ? Quel comportement est difficilement accepté (ou pas du tout accepté) chez un homme ? Pourquoi ?
3. A quoi ressemble votre routine quotidienne? (Cf. [Activités quotidiennes](#)) Comment votre routine change-t-elle au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Quels changements en routine quotidienne avez-vous observé entre vous et vos parents/grands-parents? (Cf. [Calendrier historique](#)) Comment votre routine quotidienne diffère-t-elle de celle des femmes? Quelles différences dans les routines quotidiennes avez-vous observé entre les différents ménages?
4. Comment percevez-vous votre charge de travail? Quand est-ce votre charge de travail est plus élevée/vous vous sentez plus occupées ou fatiguées? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Que faites-vous quand vous vous sentez comme ça? Quel type d'activités représente une charge de travail particulier ? Qu'est-ce qui caractérise les ménages avec la charge de travail plus/moins importante? Qu'est-ce que vous faites si vous n'arrivez pas d'exécuter toutes vos tâches journalières ?
5. Comment percevez-vous votre charge mentale ? Quand vous vous sentez plus préoccupées/stressées ? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Que faites-vous quand vous vous sentez comme ça? Qu'est-ce que vous n'êtes pas capable de faire quand vous vous sentez comme ça ? (PISTE DE RECHERCHE : activités génératrices de revenu, pratiques d'hygiène, rapports sexuels) Quels sentiments ressentez-vous lors de ces moments de préoccupation/stress ? (PISTE DE RECHERCHE : manque de joie, angoisse, manque d'énergie, difficultés de concentration, manque d'intérêt pour le ménage, culpabilisation, sentiment d'abandon, troubles d'appétit, troubles de sommeil, cauchemars) Quelles sont les causes courantes de vos préoccupations/stress (PISTE DE RECHERCHE : problèmes conjugaux, problèmes familiales, surcharge de travail, manque de ressources financières, maladie, décès, départ d'un membre de famille (migration), manque de soutien)
6. A quel point est-il accepté pour un homme de démontrer ses émotions/frustrations ? Quelles démonstrations de détresse sont généralement tolérées vs. quelles démonstrations ne sont pas du tout tolérées ? Quels mécanismes de support au sein du ménage/famille/communauté existent pour l'offrir le soutien nécessaire ?
7. Comment décririez-vous vos relations avec les autres membres de votre ménage? Quelles relations vous apportent le plus de joie? Quelles relations vous préoccupent le plus? Pourquoi? Dans quelle mesure êtes-vous à l'aise de dire aux membres de votre ménage que vous n'êtes pas bien/pas d'accord?
8. Aux quels groupes communautaires faites-vous partie? Quels sont les avantages et/ou désavantages de la participation dans ces groupes? À quelle fréquence participez-vous aux rassemblements communautaires?

R. GUIDE D'ENTRETIEN: PERSPECTIVES DE VIE (PARENTS)

1. Comment la vie dans votre communauté a changé depuis la génération de vos parents/grands-parents ? Qu'est-ce que vous avez eu l'habitude de vivre/entendre qui n'est plus la réalité aujourd'hui ? Quelles valeurs ont progressivement disparu et quelles nouvelles valeurs sont révérees ? Quel effet ce changement a eu sur la vie dans la communauté ?
2. Quels événements (PISTE DE RECHERCHE : sécheresse, inondation, insécurité, conflit agropastoral, flux de population, croissance démographique, exploitation des ressources naturelles) ont eu l'impact important sur la vie dans votre communauté ? (Cf. [Calendrier historique](#)) Comment ces événements ont progressivement changé la vie dans votre communauté ?

3. Quels chocs ont actuellement le plus grand impact sur la survie de ménages (PISTE DE RECHERCHE : maladie, décès, départ d'un membre de ménage, séparation/divorce, diminution et/ou perte de récolte, scolarisation des enfants (au moment de l'inscription), etc.)
4. Comment l'accès aux sources de revenu/aliments/soins de santé/l'eau/infrastructures sanitaires/électricité/téléphone/appareils ménagers a changé depuis les derniers 10-15 ans ? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quel effet ce changement a eu sur la vie dans la communauté ?
5. Quels mécanismes d'entraide communautaire ont été utilisés dans le passé mais ont progressivement disparu ? Quel effet cette disparition a eu sur la capacité de ménages de résister aux chocs vécus ? Quels nouveaux mécanismes ont été créés afin d'assister les ménages dans les moments difficiles et/ou contribuer au développement de la communauté ? Quel type de ménages n'a un accès facile à ces mécanismes ? Pourquoi ?
6. Comment décriviez-vous la façon dans laquelle vos parents interagissaient avec vous et la façon dans laquelle vous interagissez avec vos enfants ? Qu'est-ce qui a changé entre temps ?
7. Sur quels sujets avez-vous eu l'habitude de discuter avec vos parents ? Sur quels sujets avez-vous l'habitude de discuter avec vos enfants ? Comment les sujets et/ou le temps accordé à ces discussions a changé ces derniers 10-15 ans ? (Cf. [Calendrier historique](#)) Pourquoi ? Quels sujets avez-vous évité avec vos parents et quels sujets évitez-vous avec vos enfants ? Pourquoi ? Qui est censé de familiariser les enfants avec les sujets sensibles ?
8. En cas de besoin, auprès de qui cherchez-vous les conseils/l'aide ? Qui a la plus grande influence sur vos décisions ? Auprès de qui cherchez vos enfants les conseils/l'aide ? Qu'est-ce que vous pensez de ce choix ?
9. Quels désaccords entre les jeunes, leurs parents et/ou leurs grands-parents existent-ils dans votre communauté ? Quelles valeurs partagez-vous/ne partagez-vous avec les jeunes générations ? Qu'est-ce que vous reprochez les plus à vos enfants ?
10. D'après vous, quels sont les problèmes les plus récurrents entre les femmes et les hommes ? Pourquoi existent-ils ? (PISTE DE RECHERCHE : (sources de revenu et leur utilisation/qualité de repas/charge de travail/rerelations intimes/infidélité/nombre d'enfants/pouvoir de décision) Qu'est-ce que vous ne tolérez jamais dans vos relations ? Comment les relations entre les hommes et les femmes ont changés au cours de ces derniers 10-15 ans ? (Cf. [Calendrier historique](#))
11. Quand est-ce que l'utilisation de la force est-elle justifiée ? Pourquoi ? Quel type de violence (ex. dénis de ressources, d'opportunités ou de services, agressions physiques, violences psychologiques, violences sexuelles) est la plus récurrente/normalisée/pas du tout tolérée ?
12. Quelles possibilités de travail/épanouissement avez-vous dans votre communauté ? Que pensez-vous de ces possibilités ? Comment ces possibilités influencent votre façon de vivre dans vos ménages/votre communauté ? Aux quelles activités assistez-vous habituellement avec les autres membres de la communauté ? Aux quels groupes communautaires faites-vous partie ? Quels sont les avantages et/ou désavantages de la participation dans ces groupes ? Quelles institutions présentent-elles la plus grande valeur pour vous dans votre vie ? (PISTE DE RECHERCHE : famille/diaspora/école/église/état/aide internationale). Comment leur rôle a changé au fil de temps ?
13. Comment le sentiment de la sécurité/l'insécurité influence votre façon à vivre dans la communauté ?

5. GUIDE D'ENTRETIEN: PERSPECTIVES DE VIE (JEUNES)

1. **Narration:** *Imani a 17 ans. Elle est issue d'une famille simple où elle devrait assumer les responsabilités pour les tâches ménagères très tôt. Elle désirait étudier mais à un moment, son père a arrêté à payer les frais de scolarité. Il a donné la préférence à son fils unique. Imani était*

très triste. Avec l'aide de sa mère, elle a lancé un petit commerce de fruits pour gagner sa vie. Un jour elle rencontre Baraka qui achète des mangues chez elle. Il revient chaque jour et offre de prendre soin d'Imani. Les parents d'Imani entendent des rumeurs qui circulent dans le village et encourage Imani à se marier. Inexpérimentée et sous pression de quitter le foyer, Imani devient la quatrième épouse de Baraka, un homme de 45 ans. Quelques mois après, Imani tombe enceinte et Baraka s'éloigne.

Que pensez-vous de cette histoire? Est-ce que cela se produit dans votre communauté? Comment les jeunes perçoivent-ils ce phénomène ?

2. Comment la vie dans votre communauté a changé depuis la génération de vos parents/grands-parents ? Qu'est-ce que vous avez eu l'habitude de vivre/entendre qui n'est plus la réalité aujourd'hui ? Sur quelles traditions insistent-ils vos parents que vous considérez démodés aujourd'hui ? Comment le refus de ces traditions influence-t-il vos relations avec vos parents ?
3. Quels désaccords entre les jeunes, leurs parents et/ou leurs grands-parents existent-ils dans votre communauté ? Quelles valeurs partagez-vous/ne partagez-vous avec eux? Qu'est-ce que vous reprochez les plus à vos parents ?
4. Comment décriviez-vous la façon dans laquelle vos parents interagissent avec vous (lien affectif, activités communes, apprentissage) ? Sur quels sujets avez-vous eu l'habitude de discuter avec vos parents ? Quels sujets évitez-vous ? Pourquoi ? Chez qui vous cherchez des informations sur les sujets sensibles ?
5. En cas de besoin, auprès de qui cherchez-vous les conseils/l'aide? Qui a la plus grande influence sur vos décisions?
6. D'après vous, quels sont les problèmes les plus récurrents entre les femmes et les hommes ? Pourquoi existent-ils ? (PISTE DE RECHERCHE : (sources de revenu et leur utilisation/qualité de repas/charge de travail/rerelations intimes/infidélité/nombre d'enfants/pouvoir de décision) Comment les relations entre les hommes et les femmes diffèrent des relations entre vos parents ? (Cf. [Calendrier historique](#))
7. Quand est-ce que l'utilisation de la force est-elle justifiée ? Pourquoi ? Quel type de violence (ex. dénis de ressources, d'opportunités ou de services, agressions physiques, violences psychologiques, violences sexuelles) est la plus récurrente/normalisée/pas du tout tolérée ?
8. Quelles possibilités de travail/épanouissement avez-vous dans votre communauté ? Que pensez-vous de ces possibilités? Comment ces possibilités influencent votre façon de vivre dans vos ménages/votre communauté? Aux quelles activités assistez-vous habituellement avec les autres membres de la communauté? Aux quels groupes communautaires faites-vous partie? Quels sont les avantages et/ou désavantages de la participation dans ces groupes? Quelles institutions présentent-elles la plus grande valeur pour vous dans votre vie ? (PISTE DE RECHERCHE : famille/diaspora/école/église/état/aide internationale). Comment leur rôle a changé au fil de temps ?
9. Comment le sentiment de la sécurité/l'insécurité influence votre façon à vivre dans la communauté?

T. GUIDE D'ENTRETIEN: SOURCES DE REVENU & STRATEGIES DE RESILIENCE

1. Quelles sont les principales sources de revenu dans votre communauté? Varient-ils au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Ont-ils changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) Qu'est-ce qui a provoqué le changement?
2. Quelles activités les femmes de cette communauté peuvent-elles effectuer pour générer des revenus? Qui contrôle les revenus ainsi générés? Quelles d'autres activités pensez-vous que les femmes de cette communauté devraient être autorisées à exercer pour générer des revenus?
3. Aux quels défis faites-vous face en domaine d'agriculture? (PISTE DE RECHERCHE: accès à l'eau/la terre, conflits agropastoraux, dégradation du sol, indisponibilité de

semences/outils/savoir-faire/travail, coût du travail, maladies des plantes, accès au marché pour la vente, fluctuations des prix en période de semis/récolte, fluctuations de la demande sur le marché, exigences de qualité) Ces défis varient-ils au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Ces défis ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#)) Qu'est-ce qui a provoqué le changement?

4. Quels défis rencontrez-vous en domaine d'élevage? (PISTE DE RECHERCHE: accès à l'eau/pâturage/vaccination, conflits agropastoraux, maladies animales, indisponibilité du savoir-faire, accès aux marchés pour la vente, fluctuation des prix, fluctuation de la demande sur le marché, exigences de qualité) Ces défis varient-ils au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#)) Qu'est-ce qui a provoqué le changement?
5. Quelles conséquences ont ces défis sur le revenu de votre ménage ? Quelles stratégies d'adaptation déployez-vous pour compenser les pertes éventuelles? (Cf. [Stratégies de survie](#))
6. Quels ménages de votre communauté sont-ils plus vulnérables à l'insécurité alimentaire? A partir de quel critère peut-on catégoriser les ménages comme plus aisés ?
7. Les membres de votre communauté ont-ils tendance à migrer? Si oui, qui migre? Où? Quand? Pour combien de temps? Pourquoi? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Les tendances migratoires dans votre communauté ont-ils changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quelles sont les conséquences de la migration ou de l'évolution des flux migratoires sur les membres d'un ménage qui restent? (PISTE DE RECHERCHE: revenu, charge de travail, prise de décision, nutrition, santé, pratiques de soins de l'enfant)

U. GUIDE D'ENTRETIEN: ACCES AU MARCHÉ ET UTILISATION DE RESSOURCES

1. Comment décriviez-vous votre accès au marché? Aux quelles barrières d'accès faites-vous face (PISTE DE RECHERCHE: distance, manque de transport, frais de transport, insécurité) Comment votre accès au marché change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#))
2. Quels types de produits sont régulièrement disponibles au marché? Pendant quelle période de l'année sont les produits moins disponibles et/ou indisponibles? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Quels produits ne sont pas du tout disponibles malgré le besoin communautaire? Qu'est-ce que vous faites pour pallier à ce problème? La disponibilité des produits a-t-elle changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#))
3. Comment les prix des produits fluctuent au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment ils-ont changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
4. Auxquels d'autres services accéder vous au marché?
5. Comment utilisez-vous le revenu de votre ménage? (Cf. [Dépenses ménagères](#)) Quelles dépenses sont-elles priorisées ? Quelles dépenses ont progressivement disparu sous poids de votre situation économique ? Quel effet sur la santé des vos enfants observez-vous à cet égard ?
6. Comment/Combien/Dans quel but les membres de votre communauté ont tendance à économiser des ressources?
7. Comment les membres de votre communauté accèdent au crédit? Auprès de qui/Sous quelles conditions? Quel volume de dettes les membres de votre communauté ont tendance à accumuler?
8. Pour quel type de dépenses peuvent les femmes prendre des décisions sans consulter personne? Pour quel type de dépenses elles ont besoin de vous consulter? Pour quel type de dépenses vous seuls pouvez prendre des décisions? (PISTE DE RECHERCHE: scolarité, mariage, dépenses ménagères, composition des repas, activités quotidiennes, charge de travail, repos après l'accouchement, traitement médical en cas de maladie, planification familiale). Que pensez-vous de cette division de la prise de décision? Qu'est ce qui devrait

changer à propos de cette division? Le processus décisionnel change-t-il en l'absence du mari (Ex. migration)?

9. Pour les décisions, où les femmes devraient vous consulter, dans quelle mesure vous les laissez assister à la prise de décision? Pour les décisions que vous principalement prenez seuls, dans quelle mesure vous laissez les femmes à exprimer leur opinion? Dans quelle mesure vous écoutez aux femmes pour la prise des décisions? Que se passe-t-il lorsque l'opinion de votre épouse n'a pas été prise en compte, mais qu'il s'est avéré que cela aurait été une bonne décision? Comment cela change-t-il la prise de décision au sein du ménage?
10. Que peuvent les femmes vendre au marché sans vous consulter? Que peuvent-elles acheter au marché sans vous consulter?
11. Les femmes reçoivent-elles une allocation hebdomadaire/mensuelle? Si oui, combien et pour quoi?
12. Quels droits les femmes de cette communauté ont en ce qui concerne la possession/l'héritage de la terre? Quels droits les femmes de cette communauté ont en matière de prêt ou d'emprunt d'argent? Qui décide de la façon dont l'argent emprunté est dépensé? Qui est responsable du remboursement de l'argent? Quels avantages / inconvénients cet arrangement vous apporte-t-il?

V. GUIDE D'ENTRETIEN: EAU, ASSAINISSEMENT & HYGIÈNE

1. Comment décriviez-vous l'importance de l'eau dans la vie de votre communauté ? Comment cette perception influence l'utilisation de l'eau ? Quel usage de l'eau est priorisé en cas de soudure? (PISTE DE RECHERCHE : boisson, cuisine, bains, lessive, consommation animale/agriculture)
2. Comment décriviez-vous votre accès à l'eau? Aux quelles barrières d'accès faites-vous face (PISTE DE RECHERCHE: distance, disponibilité, qualité, prix, charge de travail, manque/frais de transport, temps d'attente) Comment votre accès à l'eau change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#))
3. Quel type de ménages fait face aux plus grandes difficultés d'accéder à l'eau ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)
4. Qui est responsable de chercher de l'eau pour le ménage? Combien d'eau récupérez-vous pendant une journée? Comment cela change tout au long de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment cela a changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) Pourquoi? Quelles sont les conséquences de ces changements?
5. Comment les membres de votre communauté traitent/stockent de l'eau? Auxquels défis font-ils face à cet égard?
6. Comment décriviez-vous la propreté/saleté ? Comment la définition de la propreté/saleté diffère en cas des filles/garçons/femmes/hommes ? Comment cette perception influence l'assainissement/hygiène dans votre communauté ? Comment votre approche vers l'assainissement a changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) Pourquoi ?
7. Comment décriviez-vous votre accès aux installations sanitaires? Aux quelles barrières d'accès faites-vous face (PISTE DE RECHERCHE: disponibilité, durabilité, acceptabilité, prix, charge de travail) Est-ce que cela a changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
8. Quel type de ménages fait face aux plus grandes difficultés d'accéder aux installations sanitaires et/ou leurs pratiques d'assainissement/hygiènes environnementale différent substantiellement des autres ménages dans cette communauté ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame,

séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)

9. Quelles croyances locales/postures influencent-elles les pratiques d'hygiène et d'assainissement optimales dans cette communauté? Quelles croyances empêchent l'appropriation des « nouvelles » pratiques promues par le personnel de santé? De quelles pratiques avez-vous entendu parler mais vous ne jugez pas risqué de ne pas les pratiquer ?

W. GUIDE D'ENTRETIEN: PERCEPTIONS DE LA MALNUTRITION + FACTEURS DE RISQUE (PERSONNEL DE SANTÉ)

1. Quels types de services offrez-vous? (PISTE DE RECHERCHE: soins prénatals, accouchement, soins postnatals, vaccination) Quels frais facturez-vous pour ces services ?
2. Comment la communauté perçoit-elle les services dans cet établissement de santé? Quels services ont-ils tendance à utiliser le plus souvent? Quels services ils n'utilisent pas du tout? Pourquoi?
3. Quelles barrières d'accès (Cf. [Flashcards des barrières d'accès](#)) posent la communauté les plus grandes difficultés en termes d'accès aux structures sanitaires ? Pourquoi ? Comment leur accès aux établissements de santé change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))

Barrières géographiques: inexistence de centres de santé/nutrition dans certains villages impliquant de longues distances à parcourir pour se faire soigner ;

Barrières financières : coût des soins de santé et/ou du transport, manque de moyens financiers pour se prendre en charge (acheter à manger) durant le traitement de l'enfant à l'hôpital ;

Barrières temporelles : manque de temps/ charge de travail élevée des femmes ;

Barrières socio-culturelles : recours à la médecine traditionnelle, absence de permission du conjoint, perception de la malnutrition comme causée par des forces surnaturelles et recours aux églises du réveil, causes premières de la maladie liées à une intention d'origine sociale (par exemple due aux ancêtres qui, en tant que garants du respect des normes, ont puni les contrevenants en les rendant malades, eux ou leurs familles, en diffusant le malheur dans leurs vies) ;

Barrières liées à la qualité des soins : insuffisances en infrastructures et équipement (pas de bons bâtiments, pas de matériels complets pour assurer les interventions chirurgicales et autres, pas de laboratoires, manque de kits d'énergie pouvant alimenter les centres de santé), insuffisances et ruptures de stock en médicaments, manque de personnel qualifié, faible rémunération du personnel

4. Quel type de ménages fait face aux plus grandes difficultés d'accéder aux services de santé ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)
5. Quelles sont les maladies infantiles les plus courantes dans cette communauté? (PISTE DE RECHERCHE: diarrhée, fièvre, infections respiratoires aiguës, paludisme) Quelles sont leurs principales causes? Au cours de quels mois sont-elles les plus fréquentes? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment la prévalence de ces maladies a-t-elle changé au cours des derniers 10-15 ans ? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quelle est l'option de traitement préférée dans cette communauté en cas de ces maladies infantiles?
6. Quelle est la perception de la sous-nutrition dans la communauté? Quelles sont ses causes principales dans cette communauté? (Cf. [Flashcards Hypothèses](#)) Est-ce que la communauté comprend ses causes différemment? Si oui, comment? Pourquoi?
9. Quel type d'enfant semble être plus vulnérable à cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE : sexe, âge, groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, quintile économique, chef de ménage F/H), caractéristiques de la mère (âge, charge de travail, bien être), pratiques d'allaitement/alimentation/hygiène, etc.
10. Quel type de femme semble être plus vulnérable à la sous-nutrition? (PISTE DE RECHERCHE : âge, groupe ethnique, religion, statut matrimonial (célibataire, mariée,

divorcée, veuve), type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, charge de travail, bien être, quintile économique, etc.)

11. Quelles croyances locales influencent-elles les pratiques de soins des enfants dans cette communauté? Quelles croyances empêchent l'appropriation des « nouvelles » pratiques promues par le personnel de santé? (PISTE DE RECHERCHE : allaitement maternel exclusif : l'eau donnée comme bénédiction et/ou pour calmer l'enfant quand la mère n'est pas présente, l'allaitement doit être arrêté au moment de la nouvelle grossesse et/ou quand la femme ne mange pas bien, lait maternel perçu comme insuffisant pour le bon développement d'un bébé, alimentation du nourrisson et du jeune enfant : fofou allongé à partir de trois mois, bouillie enrichie = médicament en cas de maladie, pas nécessairement aliment journalier)
12. Quelles barrières de l'accouchement au structure sanitaire/consultations prénatales posent à cette communauté des plus grandes difficultés? Coûts financiers élevés, mauvais accueil, préférence de l'accouchement à la maison (espace intime, accouchement non-assisté), préférence de l'accouchement avec l'assistance de l'accoucheuse traditionnelle. Pourquoi? Comment leur accès aux accouchements au structure sanitaire change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quel type de femmes accède plus difficilement ou choisit de ne pas accéder aux structures sanitaires pour l'accouchement? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)

X. GUIDE D'ENTRETIEN: PERCEPTIONS DE LA MALNUTRITION + FACTEURS DE RISQUE (AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE / RELAI COMMUNAUTAIRE)

1. Comment la communauté perçoit-elle les services offerts dans les établissements de santé? Quels services ont-ils tendance à utiliser le plus souvent? Quels services ils n'utilisent pas du tout? Pourquoi?
2. Quelles barrières d'accès (Cf. [Flashcards des barrières d'accès](#)) posent la communauté les plus grandes difficultés en termes d'accès aux structures sanitaires? Pourquoi? Comment leur accès aux établissements de santé change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
Barrières géographiques : inexistence de centres de santé/nutrition dans certains villages impliquant de longues distances à parcourir pour se faire soigner ;
Barrières financières : coût des soins de santé et/ou du transport, manque de moyens financiers pour se prendre en charge (acheter à manger) durant le traitement de l'enfant à l'hôpital ;
Barrières temporelles : manque de temps/ charge de travail élevée des femmes ;
Barrières socio-culturelles : recours à la médecine traditionnelle, absence de permission du conjoint, perception de la malnutrition comme causée par des forces surnaturelles et recours aux églises du réveil, causes premières de la maladie liées à une intention d'origine sociale (par exemple due aux ancêtres qui, en tant que garants du respect des normes, ont puni les contrevenants en les rendant malades, eux ou leurs familles, en diffusant le malheur dans leurs vies) ;
Barrières liées à la qualité des soins : insuffisances en infrastructures et équipement (pas de bons bâtiments, pas de matériels complets pour assurer les interventions chirurgicales et autres, pas de laboratoires, manque de kits d'énergie pouvant alimenter les centres de santé), insuffisances et ruptures de stock en médicaments, manque de personnel qualifié, faible rémunération du personnel
3. Quel type de ménages fait face aux plus grandes difficultés d'accéder aux services de santé? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)
4. Quelles sont les maladies infantiles les plus courantes dans cette communauté? (PISTE DE RECHERCHE: diarrhée, fièvre, infections respiratoires aiguës, paludisme) Quelles sont leurs principales causes? Au cours de quels mois sont-elles les plus fréquents? (Cf.

Calendrier saisonnier) Comment la prévalence de ces maladies a-t-elle changé au cours des derniers 10-15 ans ? (Cf. **Calendrier historique**) Quelle est l'option de traitement préférée dans cette communauté en cas de ces maladies infantiles?

5. Quelle est la perception de la sous-nutrition dans la communauté? Quelles sont ses causes principales dans cette communauté? (Cf. **Flashcards Hypothèses**) Est-ce que la communauté comprend ses causes différemment? Si oui, comment? Pourquoi?
6. Quel type d'enfant semble être plus vulnérable à cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE : sexe, âge, groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, quintile économique, chef de ménage F/H), caractéristiques de la mère (âge, charge de travail, bien être), pratiques d'allaitement/alimentation/hygiène, etc.
7. Quel type de femme semble être plus vulnérable à la sous-nutrition? (PISTE DE RECHERCHE : âge, groupe ethnique, religion, statut matrimonial (célibataire, mariée, divorcée, veuve), type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, charge de travail, bien être, quintile économique, etc.)
8. Quelles croyances locales influencent-elles les pratiques de soins des enfants dans cette communauté? Quelles croyances empêchent l'appropriation des « nouvelles » pratiques promues par le personnel de santé? (PISTE DE RECHERCHE : allaitement maternel exclusif : l'eau donnée comme bénédiction et/ou pour calmer l'enfant quand la mère n'est pas présente, l'allaitement doit être arrêté au moment de la nouvelle grossesse et/ou quand la femme ne mange pas bien, lait maternel perçu comme insuffisant pour le bon développement d'un bébé, alimentation du nourrisson et du jeune enfant : fofou allongé à partir de trois mois, bouillie enrichie = médicament en cas de maladie, pas nécessairement aliment journalier)
9. Quelles barrières de l'accouchement au structure sanitaire/consultation prénatales posent à cette communauté des plus grandes difficultés? Coûts financiers élevés, mauvais accueil, préférence de l'accouchement à la maison (espace intime, accouchement non-assisté), préférence de l'accouchement avec l'assistance de l'accoucheuse traditionnelle. Pourquoi ? Comment leur accès aux accouchements au structure sanitaire change au cours des saisons? (Cf. **Calendrier saisonnier**) Comment a-t-il changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. **Calendrier historique**) Quel type de femmes accède plus difficilement ou choisit de ne pas accéder aux structures sanitaires pour l'accouchement ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)

Y. GUIDE D'ENTRETIEN: SANTÉ + FACTEURS DE RISQUE (GUERISSEUR TRADITIONNEL / ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE)

1. Comment la communauté perçoit-elle les services offerts dans les établissements de santé? Quels services ont-ils tendance à chercher plutôt chez vous ? Pourquoi? Quel type de ménages fait recours à vos soins le plus souvent?
2. Quelles barrières d'accès (Cf. **Flashcards des barrières d'accès**) posent la communauté les plus grandes difficultés en termes d'accès aux structures sanitaires ? Pourquoi ?
Barrières géographiques : inexistence de centres de santé/nutrition dans certains villages impliquant de longues distances à parcourir pour se faire soigner ;
Barrières financières : coût des soins de santé et/ou du transport, manque de moyens financiers pour se prendre en charge (acheter à manger) durant le traitement de l'enfant à l'hôpital ;
Barrières temporelles : manque de temps/ charge de travail élevée des femmes ;
Barrières socio-culturelles : recours à la médecine traditionnelle, absence de permission du conjoint, perception de la malnutrition comme causée par des forces surnaturelles et recours aux églises du réveil, causes premières de la maladie liées à une intention d'origine sociale (par exemple due aux ancêtres qui, en tant que garants du respect des normes, ont puni les contrevenants en les rendant malades, eux ou leurs familles, en diffusant le malheur dans leurs vies) ;

Barrières liées à la qualité des soins : insuffisances en infrastructures et équipement (pas de bons bâtiments, pas de matériels complets pour assurer les interventions chirurgicales et autres, pas de laboratoires, manque de kits d'énergie pouvant alimenter les centres de santé), insuffisances et ruptures de stock en médicaments, manque de personnel qualifié, faible rémunération du personnel

3. Comment êtes-vous capable de pallier à ces problèmes ? Comment leur accès aux soins chez vous change au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#)) Comment a-t-il changé au cours de ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#))
4. Quelles barrières de l'accouchement au structure sanitaire/consultations posent à cette communauté des plus grandes difficultés? Coûts financiers élevés, mauvais accueil, préférence de l'accouchement à la maison (espace intime, accouchement non-assisté), préférence de l'accouchement avec l'assistance de l'accoucheuse traditionnelle. Pourquoi ? Quel type de femmes accède plus difficilement ou choisit de ne pas accéder aux structures sanitaires pour l'accouchement ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)
5. En regardant les images, quels sont les principaux défis auxquels les parents sont confrontés pour garder leurs enfants en bonne santé? (Cf. [Flashcards Hypothèses](#))
6. Que pensez-vous des enfants sur ces photos? (Cf. [Photos d'enfants malnutris aigus \(marasme/kwashiorkor\) + enfants souffrant de retard de croissance](#))
7. De quelle maladie souffrent-ils? Quels mots utilisez-vous pour décrire tels enfants dans votre communauté? Quels mots sont-ils plus sensibles que d'autres? Que pensez-vous de cette maladie? Comment est-elle similaire ou différente des autres maladies infantiles? Quel type est plus commun dans votre communauté?
8. Quelles sont les causes de cette maladie? Comment traitez-vous cette maladie dans votre communauté? (Cf. [Itinéraire thérapeutique](#)) Quel est le traitement le plus courant?

Z. GUIDE D'ENTRETIEN: PERCEPTIONS DE LA MALNUTRITION + FACTEURS DE RISQUE (LEADERS COMMUNAUTAIRES)

1. Que pensez-vous des enfants sur ces photos? (Cf. [Photos d'enfants malnutris aigus \(marasme/kwashiorkor\) + enfants souffrant de retard de croissance](#))
2. De quelle maladie souffrent-ils? Quels mots utilisez-vous pour décrire tels enfants dans votre communauté? Quels mots sont-ils plus sensibles que d'autres? Que pensez-vous de cette maladie? Comment est-elle similaire ou différente des autres maladies infantiles? Quel type est plus commun dans votre communauté?
3. Quelles sont les causes de cette maladie? Quelles sont les raisons pour lesquelles un enfant deviendrait comme ça?
4. En regardant les images, quels sont les autres principaux défis auxquels les parents sont confrontés pour garder leurs enfants en bonne santé? (Cf. [Flashcards Hypothèses](#)) Quelles croyances locales sont liées à ces défis?
5. Comment traitez-vous cette maladie dans votre communauté? (Cf. [Itinéraire thérapeutique](#)) Quel est le traitement le plus courant?
6. Quel type d'enfant semble être plus vulnérable à cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE : sexe, âge, groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, quintile économique, chef de ménage F/H), caractéristiques de la mère (âge, charge de travail, bien être), pratiques d'allaitement/alimentation/hygiène, etc.
7. Quel type de femme semble être plus vulnérable à la sous-nutrition? (PISTE DE RECHERCHE : âge, groupe ethnique, religion, statut matrimonial (célibataire, mariée, divorcée, veuve), type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, charge de travail, bien être, quintile économique, etc.)
8. Quelles croyances locales influencent-elles les pratiques de soins des enfants dans cette communauté? Quelles croyances empêchent l'appropriation des « nouvelles » pratiques promues par le personnel de santé? (PISTE DE RECHERCHE : allaitement maternel)

exclusif : l'eau donné comme bénédiction et/ou pour calmer l'enfant quand la mère n'est pas présente, l'allaitement doit être arrêté au moment de la nouvelle grossesse et/ou quand la femme ne mange pas bien, lait maternel perçu comme insuffisant pour le bon développement d'un bébé, alimentation du nourrisson et du jeune enfant : fofou allongé à partir de trois mois, bouillie enrichie = médicament en cas de maladie, pas nécessairement aliment journalier

AA. GUIDE D'ENTRETIEN: ÉTUDE DE CAS (ETHNIE/RELIGION/COUCHE DE LA SOCIÉTÉ)

1. Quels sont vos principales valeurs de vie qui gère le fonctionnement dans votre groupe? Comment ces valeurs diffèrent de valeurs des autres groupes dans votre communauté? Comment ces différences influencent la vie commune dans votre communauté? Comment ces valeurs ont changé ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) A quel point ces valeurs ont changé sous poids de la cohabitation avec les autres groupes dans votre communauté? Comment percevez-vous ce changement?
2. Quels sont les rôles des hommes/femmes/enfants/jeunes/personnes âgées dans votre groupe? Qui est le premier responsable de la vie/santé de l'enfant? Quelles évolutions dans ces rôles avez-vous observé dans ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) Quel effet ces évolutions ont-elles eu sur la vie dans votre groupe/communauté?
3. Comment décriviez-vous les relations entre les femmes et les hommes (la vie en couple) dans votre groupe? Comment ces relations diffèrent des autres groupes dans votre communauté? A quel point les mariages entre les différents groupes sont-ils acceptés/tolérés? Les membres de quels groupes ne sont jamais autorisés de se marier? Quelle évolution dans ces derniers 10-15 ans avez-vous observé à cet égard? (Cf. [Calendrier historique](#))
4. Aux quelles croyances adhèrent les membres de votre groupe? Comment ces croyances influencent-elles les pratiques de soins des enfants (allaitement maternel, alimentation du nourrisson et du jeune enfant, interactions avec l'enfant)? Quelles croyances ont progressivement disparu sous poids de la modernisation/cohabitation avec les autres groupes? Comment cette disparition influence la santé des enfants aujourd'hui?
5. Quelles sont les routines journalières des hommes/femmes/enfants dans votre groupe? Comment diffèrent-elles des routines des autres groupes dans votre communauté? Quelles avantages/désavantages pourraient ces routines avoir sur la santé des femmes/enfants dans vos ménages? Comment ces routines ont changé ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#)) Pourquoi?
6. Quelles pratiques recommandées par le personnel de santé vous posent les plus grandes difficultés en termes de leur appropriation et/ou la mise en œuvre? Pourquoi? A quel point considérez-vous ces pratiques pertinentes pour votre vie?
7. En regardant les images, quels sont les principaux défis auxquels les parents de votre groupe sont confrontés pour garder leurs enfants en bonne santé? (Cf. [Flashcards Hypothèses](#)) Pourquoi?
8. Comment l'accès de votre groupe à l'eau/terre/ressources naturelles/sources de revenu/services de santé, etc. diffèrent des autres groupes dans votre communauté? Pourquoi? Comment votre accès a changé ces derniers 10-15 ans? (Cf. [Calendrier historique](#))

BB. GUIDE D'ENTRETIEN: MALNUTRITION (ETUDE COMPARATIVE)

Pratiques	Enfant malnutri	Autres enfants
Informations générales		
Sexe		
Age		

Age de la mère au moment de la grossesse		
Situation familiale au moment de la grossesse		

Pratiques	Enfant malnutri	Autres enfants
Grossesse		
Etat de santé général		
Difficultés lors de la grossesse		
Bien-être mental		
Charge de travail		
Support disponible		
Consultations prénatales		
Habitudes alimentaires : quantité		
Habitudes alimentaires : qualité		
Ressources financières		
Evénements spéciaux		

Pratiques	Enfant malnutri	Autres enfants
Accouchement & soins postnataux		
Lieu		
Assistance		
Complications pendant l'accouchement		
Poids à la naissance		
Etat de santé général enfant		
Etat de santé général mère		
Repos		
Consultations postnatales		
Vaccination		

Pratiques	Enfant malnutri	Autres enfants
Allaitement maternel		
Initiation de l'allaitement		
Durée de l'allaitement		
Fréquence de l'allaitement		
Allaitement exclusif ?		
Autres liquides ?		
Habitudes alimentaires : quantité		
Habitudes alimentaires : qualité		
Charge de travail		
Bien-être mental		
Support disponible		
Interactions avec le nourrisson		
Infections		
Ressources financières		
Evénements spéciaux		

Pratiques	Enfant malnutri	Autres enfants
Aliments de complément		
Initiation (mois)		
Allaitement complémentaire ?		
Durée d'allaitement complémentaire		
No. repas par jour		
Type de repas		
Charge de travail de la mère		
Bien-être mental		
Support disponible		

Interactions avec l'enfant		
Infections		
Ressources financières		
Evénements spéciaux		

CC. GUIDE D'OBSERVATIONS DANS LA COMMUNAUTÉ/MÉNAGE

	Observations
Assainissement	
Présence des latrines	
Type de latrine	
Propreté des latrines	
Point d'eau / savon disponible dans la proximité ?	
Gestion des selles de l'enfant	

	Observations
Eau	
Sources d'eau	
Type de source d'eau	
Propreté de source d'eau	
Propreté autour de source d'eau	
Usage de source d'eau	
Distance vers point d'eau	
Temps d'attente	
Puisage par qui ?	
Propreté des bidons	
Lavage des bidons avant le remplissage ?	
Pratiques non-optimales observées / Sources de contamination de l'eau	
Transport de l'eau	
Stockage de l'eau à la maison	
Traitement de l'eau	

	Observations
Hygiène	
Lavage des mains après la toilette	
Lavage des mains après la gestion des selles de l'enfant	
Lavage des mains avant la cuisson des aliments	
Lavage des mains avant manger	
Lavage d'un sein avant allaiter	
Propreté du corps de l'enfant	
Propreté des vêtements de l'enfant	
Couches pour les enfants observées ?	
Espace de jeu de l'enfant	
Propreté de la cour	
Présence d'animaux dans la cour	
Présence d'animaux dans la maison	
Présence d'excréments des animaux dans la cour	
Présence d'excréments des animaux dans la maison	
Interactions enfant-animaux domestiques	
Propreté de la cuisine	
Gestion de déchets	

DD. SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS, CATÉGORISATION DES FACTEURS DE RISQUE ET RECOMMANDATIONS FINALES

Le but de cet exercice est d'impliquer les membres de la communauté dans la catégorisation des facteurs de risque en fonction de leur impact sur l'occurrence de la sous-nutrition dans leur communauté. En d'autres termes, les membres de la communauté seront encouragés à

hiérarchiser les facteurs de risque identifiés, du plus problématique au moins problématique, en fonction de leur lien avec la sous-nutrition. En outre, ils seront encouragés à identifier les facteurs de risque, qu'ils pensent susceptibles de changer en premier, s'ils sont correctement pris en charge.

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

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

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

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

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

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

EE. ANNEXE

Un ensemble d'aides visuelles (flashcards) est disponible dans un fichier séparé.

ANNEXE F: RECOMMANDATIONS ISSUES DE L'ATELIER TECHNIQUE FINAL, 13 JUIN 2024, TSHIKAPA

ESPACEMENT DE NAISSANCES / GROSSESSES PRECOCES, REPETITIVES OU NON-DESIREES

Recommandation	Responsable	Priorisation
Intensifier la sensibilisation des couples et autres membres de la communauté sur le planning familial.		12
Elargir les espaces de confiance pour l'encadrement des membres de la communauté sur les compétences de vie.		7
Rendre disponible les commodités du planning familial dans les structures sanitaires.		3

FAIBLE ETAT NUTRITIONNEL DES FEMMES

Recommandation	Responsable	Priorisation
Intensifier la sensibilisation sur l'alimentation adéquate des femmes enceintes et allaitantes (démonstrations culinaires).		10
Sensibiliser les leaders communautaires sur la répartition des tâches dans le ménage.		5
Accompagner les ménages dans le développement de jardins de case.		1
Sensibilisation des femmes enceintes et allaitantes sur la fréquentation des services de santé.		0
Renforcement de l'approche 1000 jours		0

FAIBLES PRATIQUES D'ALLAITEMENT 0-6 MOIS

Recommandation	Responsable	Priorisation
Redynamiser les groupes de soutien ANJE, assurant la couverture totale, afin d'organiser le partage d'expérience parmi ses membres.	Communauté/ZS	9
Impliquer les leaders communautaires dans les activités des groupes de soutien ANJE.	Communauté	5
Renforcer les capacités du personnel soignant sur les pratiques ANJE.	DPS/ZS	4
Organiser les cadres de concertation sur les barrières aux pratiques ANJE.		3
Organiser les supervisions régulières sur les activités liées à l'ANJE.	ZS	1
Rendre disponibles les moyens financiers et techniques dans les ZS.	Partenaires	1
Rendre disponible les services liés à l'ANJE (CPN, CPoN)	DPS	0

FAIBLE ACCES AUX SOURCES DE REVENU

Recommandation	Responsable	Priorisation
Développer les activités génératrices de revenu pour rendre les femmes plus autonomes.		8
Réhabiliter les routes de desserte agricole et les routes d'intérêt provincial et national.		7
Encadrer techniquement et organiser les agriculteurs en groupes et associations agricoles.		5
Promouvoir l'agrobusiness.		3
Doter aux ménages les matériels aratoires, les semences améliorées, la formation sur les techniques agricoles innovantes.		2

Prôner la paix et la résolution pacifique des conflits tout en décourageant l'impunité et l'arbitraire.		2
Faciliter l'accès au microcrédit agricole.		2
Faciliter l'accès à la terre à travers un régime foncier imitatif et respectueux de l'environnement.		1

FAIBLES CAPACITES DE RESILIENCE

Recommandation	Responsable	Priorisation
Amener les ménages au changement social du comportement.		10