

SYNTHÈSE

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 - Juin 2024



SYNTHÈSE EXECUTIVE

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).

L'analyse causale de la sous-nutrition Link NCA menée dans le Territoire de Kamonia de Décembre 2023 au Juin 2024 avait pour l'objectif de 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 prévention de la sous-nutrition dans la zone d'intervention du projet. Parmi 20 facteurs de risque étudiés, cinq facteurs de risque ont été identifiés comme ayant un impact majeur sur la prévalence de la sous-nutrition (malnutrition aigüe et retard de croissance) dans la zone d'étude, notamment a) le faible espacement de naissances, grossesses précoces, répétitives ou non-désirées, b) le faible état nutritionnel de femmes, c) les pratiques d'allaitement des enfants 0-6 mois non-optimales, d) le faible accès aux sources de revenu et e) les faibles capacités de résilience.

MÉTHODOLOGIE

Une analyse causale de la sous-nutrition Link NCA étudie les multiples facteurs responsables de la sous-nutrition. Elle représente un point de départ pour améliorer l'efficacité et la pertinence des programmes de sécurité nutritionnelle dans un contexte donné. 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 local¹.

L'étude Link NCA menée dans le Territoire de Kamonia a compris la revue systématique de données secondaires, suivie par la collecte de données qualitatives primaires. La collecte de données quantitatives primaires a été remplacée par des analyses statistiques en utilisant des bases de données existantes afin de maintenir une approche mixte.

ETAPES CLÉS

Revue systématique de données secondaires a été réalisé en Décembre 2023 - Janvier 2024. La revue de données secondaires a compris plus de 67 documents de multiples domaines, y compris la recherche antérieure applicable à la zone d'étude, dans le but d'identifier un ensemble de facteurs de risque et leurs interactions qui pourraient déclencher la sous-nutrition chez les enfants de moins de 5 ans.

Analyses de données quantitatives secondaires (régressions logistiques bivariées et linéaires) ont été menées de Janvier au Février 2024, en utilisant les bases de données l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2014² et de l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) de 2018³.

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.

Etude qualitative approfondie a été menée entre Février et Mars 2024 dans trois localités qualitativement représentatives de la zone d'étude. Au niveau du village, une variété de participants, y compris les chefs coutumiers, les agents de santé et les relais communautaires, ainsi que les mères et pères d'enfants de moins de 5 ans, ont été invités à participer. Au total, 45 discussions de groupe et 43 entretiens semi-directifs ont été organisés avec 367 participants, dont 231 femmes. L'étude qualitative a compris une étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis de leurs frères ou sœurs non-malnutris.

¹ Pour plus d'informations sur la méthodologie, veuillez consulter www.linknca.org.

² 'EDS 2013-2014'.

³ 'Enquête Par Grappes a Indicateurs Multiples, MICS Palu, Rapports de Résultats de l'Enquête, 2017-2018'.

Synthèse des résultats a été réalisée entre Mars et Avril 2024. Les résultats finaux ont été présentés aux principaux décideurs et partenaires opérationnels lors de l'atelier technique final le 13 Juin 2024 à Tshikapa.

RÉSULTATS PRINCIPAUX

A. CATÉGORISATION DES FACTEURS DE RISQUE

Suite à une triangulation de données provenant de sources diverses (Cf. *Etapes clés*), les facteurs de risque de la sous-nutrition ont été catégorisés comme *majeurs*, *importants* et *mineurs*, dépendamment de leur effet plausible sur la prévalence de la sous-nutrition dans la zone d'étude. 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.

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	++

B. RÉSULTATS QUALITATIFS NOTABLES

Perception de malnutrition aigüe. 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. Etymologiquement, le terme *nsadi* désigne des maladies intestinales causées par des parasites. L'enfant désigné comme souffrant de *nsadi wa tshiombe*⁴ 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. 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*⁵ qui se manifeste par des œdèmes. L'enfant est considéré d'être dans un état critique avec des plaies externes aussi qu'internes. Dépendamment des moyens financiers dans le ménage, l'enfant sera acheminé vers le centre de santé pour les soins modernes. 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

⁴ 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.

⁵ « Maladie de la taupe » qui se manifeste par le gonflement du corps (œdèmes).

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.

Taille de ménage. Nourri par le principe « *enfant est une richesse* », 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. 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. L'agrandissement de ménages a été associé 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. 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. 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.

Utilisation des moyens contraceptifs. Les femmes désapprouvent l'utilisation de moyens contraceptifs modernes par peur des effets secondaires. Les implants contraceptifs sont des moyens les plus utilisés mais aussi les plus redoutés. Les femmes craignent surtout des saignements abondants, irréguliers, longs et/ou la disparition des menstrues avec des conséquences sur leur capacité de concevoir au moment voulu (infertilité). 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. 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. 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. Dans certaines communautés religieuses, les méthodes contraceptives peuvent être interdites dans leur intégralité, soit disant allant à l'encontre de la parole de Dieu.

Espacement de naissances. 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. 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.

Allaitement maternel et alimentation de complément. Les communautés 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 (1 semaine à un mois vs. 3 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. Cette absence est aussi associée à l'introduction 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, pour assurer que l'enfant « *ne pleure pas de faim* » quand la mère est engagée dans les activités génératrices de revenu. Pourtant, 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 et à l'irrégularité de repas offerts aux enfants (leur premier et dernier repas de la journée consommé après 14h, le plus souvent vers 17h ou 18h).

Accès aux sources de revenu. Alors que l'agriculture continue d'être une source de revenu principal de ménages, 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). 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. Par suite, 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.

Surcharge de travail des femmes. Les femmes estiment que leur charge de travail est très élevée et beaucoup plus élevée comparativement aux années antérieures. 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. Par suite, la femme n'est plus au même endroit, elle circule beaucoup et loin pour trouver des possibilités qui la permettraient de « mettre la nourriture à la table le soir ». La population estime que le déséquilibre dans la charge de travail des femmes et des hommes a commencé apparaître autour l'année 2010 quand il est devenu de plus en plus rare de trouver un diamant. La situation s'est substantiellement empirée suite à la rébellion de *Kamuina Nsapu* en 2017. 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 (semilles). 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. 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 semilles entraîne des conséquences importantes sur l'alimentation du ménage les mois suivants, augmentant leur charge mentale. 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.

Soutien social 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 n'est pas équilibré par une augmentation du support au sein de ménage. 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. 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. 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 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. Certains hommes 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. 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.

« *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.* »

Clivage intergénérationnel. Avec les circonstances de vie en constant 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. La communauté regrette 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 que les enfants nés entre 2002 et 2017 présentent effectivement des signes de « mauvaise » éducation car ils n'ont pas pu bénéficier de ces réunions familiales. Les jeunes ont plutôt pointé vers leurs parents qui d'après eux ont failli leurs responsabilités pour bien préparer leur avenir. Mariages précoces. Etant donné que les parents n'arrivent plus subvenir aux besoins de leur progéniture, les jeunes sont poussés 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 désavantagé⁶. 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. 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. 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. De même manière, le mariage sert à la réduction de la taille de ménage afin de permettre la meilleure distribution des ressources disponibles.

C. ASSOCIATIONS STATISTIQUES

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. 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 (IMC) de la mère se sont démontrés comme des **facteurs de protection** pour l'*émaciation* ainsi que le *retard de croissance*. Les **facteurs de risque** communs pour l'*émaciation* et l'*insuffisance pondérale* comprennent un nombre croissant de membres de ménage et la défécation à l'air libre. 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*.

D. SCHÉMAS CAUSAUX

Perception communautaire. 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

⁶ 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.

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 au 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.

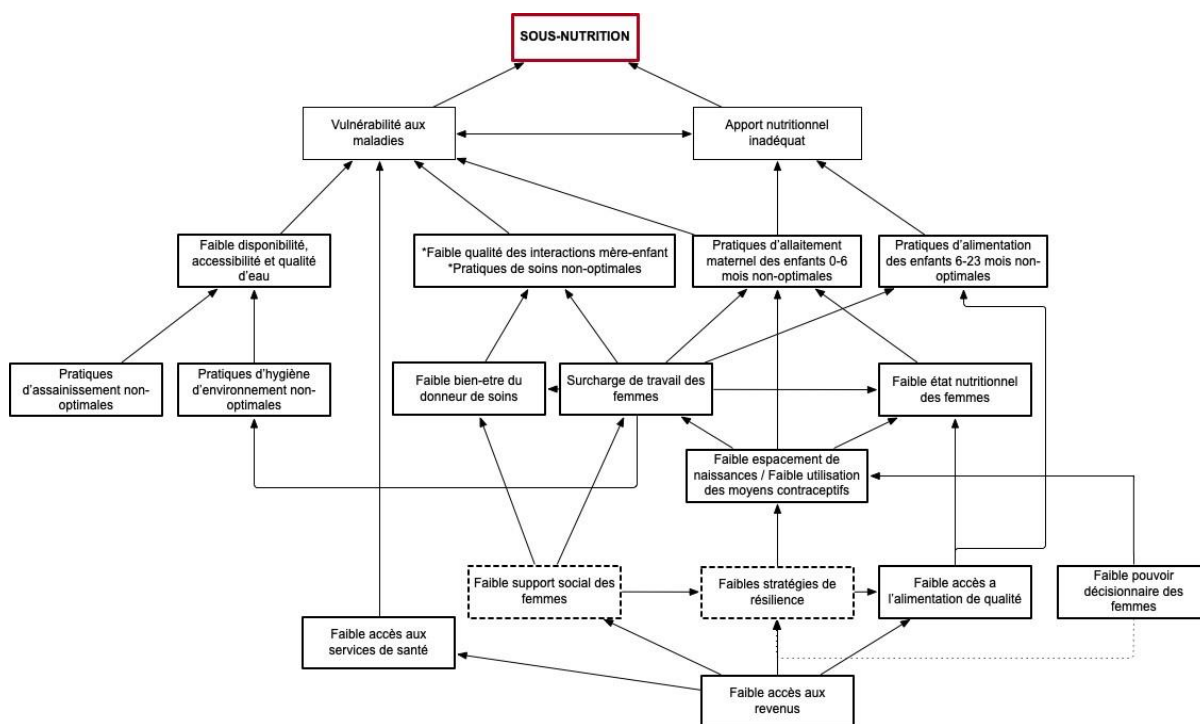


Figure 1: Perceptions communautaires des schémas causaux de la sous-nutrition, Territoire de Kamonia⁷

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

⁷ Les cellules en ligne discontinuée 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.

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 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 formes de la sous-nutrition.

Emaciation⁸. Sur la base des preuves disponibles, deux voies causales construites autour de sept facteurs de risque clés peuvent expliquer la plupart des cas d'emaciation dans la zone d'étude. Premièrement, la 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.

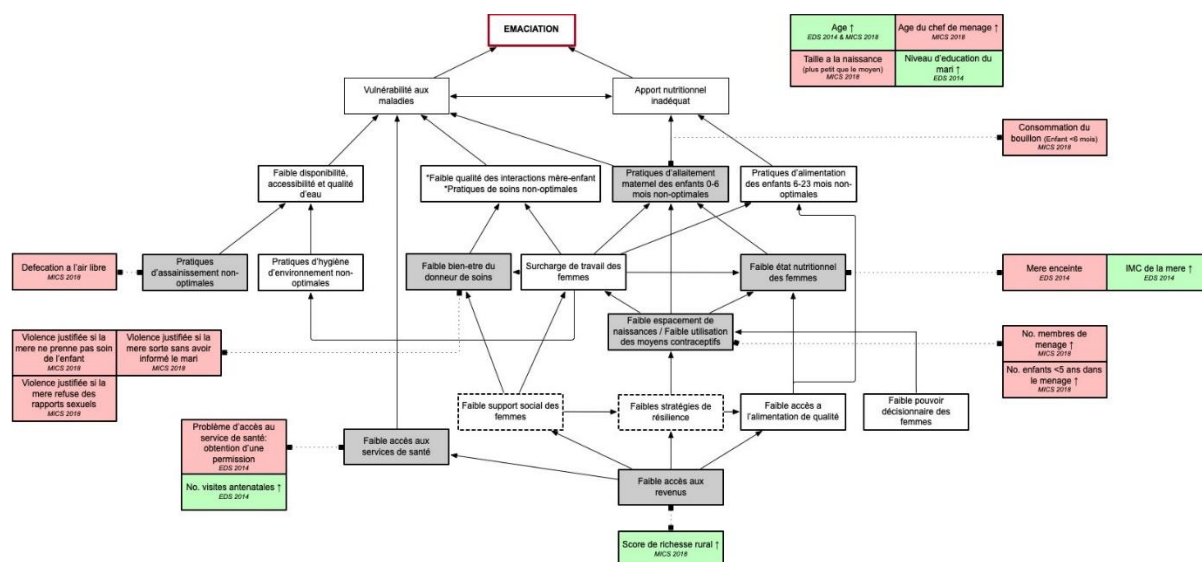


Figure 2: Schéma causal de la malnutrition aigüe, Territoire de Kamonia⁹

Facteur de risque : Le risque d'emaciation 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'emaciation 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 prenne 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'emaciation 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'emaciation diminuait avec l'âge croissant de l'enfant ainsi qu'une valeur croissante de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) de la mère, 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.

⁸ Forme de la malnutrition aigüe, l'amaigrissement.

⁹ Les cellules en rouge représentent les facteurs de risque liés de manière significative à la malnutrition aigüe (émaciation), tandis que les cellules en vert indiquent des facteurs de protection significativement liés à la malnutrition aigüe (émaciation), selon les calculs de valeur $p < 0.05$. 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.

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*.

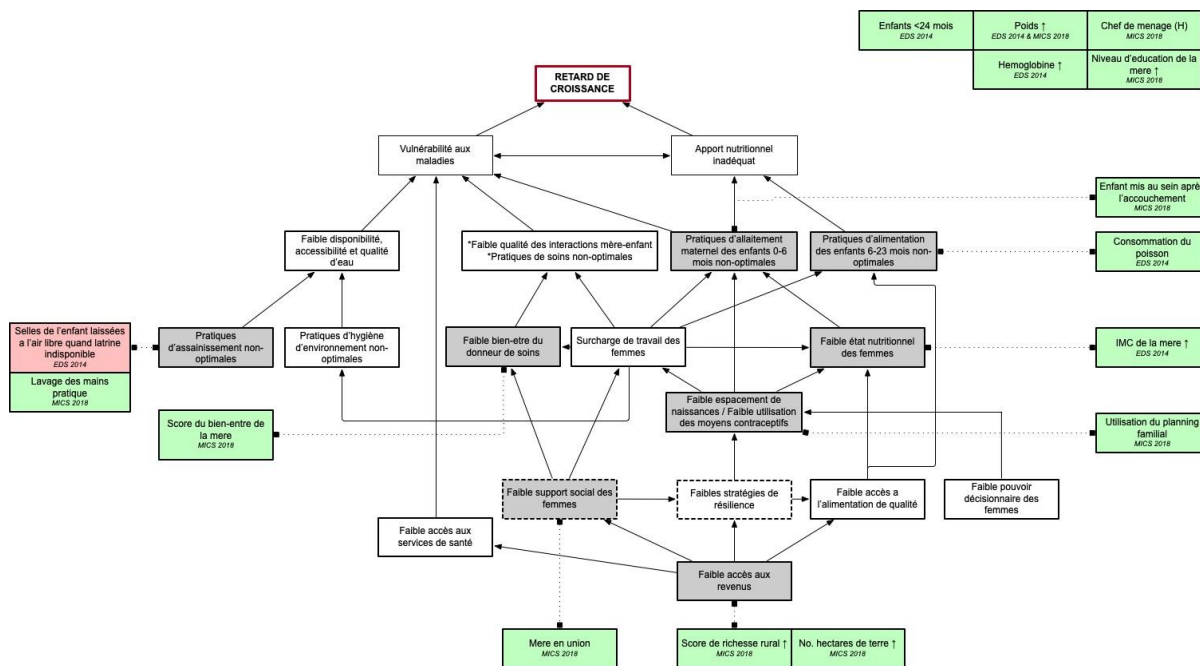


Figure 3: Schéma causal du retard de croissance, Territoire de Kamonia⁹

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.

RECOMANDATIONS

- 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 ;
- 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 ;
- 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;
- 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 ;
- 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;

LIMITATIONS

Indisponibilité de certains indicateurs clés standard Link NCA. Les bases de données EDS 2014 et MICS 2018 n'incluaient pas tous les indicateurs utilisés au cours d'une étude Link NCA. Pour cette raison, certains facteurs de risque n'ont pas pu être suffisamment triangulés et leur catégorisation 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. Associations statistiques. Il est conseillé d'évaluer les associations statistiques avec précaution car les liens observés ne prouvent pas nécessairement la causalité, tandis que les liens non observés ne signifient pas que la causalité n'existe pas. 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. Limitations temporelles: Considérant qu'il n'a pas été possible d'effectuer des régressions sur des données plus récentes, les associations statistiques 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.