



Programme d'Urgence Nutritionnelle RDC
Etude de faisabilité en appui à la résilience nutritionnelle au
Kwango

RAPPORT FINAL



Juin 2019



Remerciements

Ce rapport final est l'occasion de remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont participé à cette recherche et se sont impliquées pour contribuer à son succès.

Tout d'abord, il importe de remercier toutes les femmes et tous les hommes qui ont donné de leur temps et se sont montrés disponibles en acceptant d'accueillir les équipes de recherche et de répondre à leurs questions.

Sont à saluer aussi les autorités locales administratives et sanitaires, les mobilisateurs communautaires, les traductrices et traducteurs, etc. qui ont rendu ces enquêtes de terrain matériellement possibles et ont assuré le meilleur déroulement de toute cette recherche.

Ce projet de recherche a profité de la franche collaboration de tous les membres du comité technique et nous aimerions les remercier pour leur participation, leurs idées et leur disponibilité.

La facilitation et le soutien du gouvernement congolais à travers le PRONANUT national et provincial ainsi que les différents ministères aux deux niveaux et les autorités locales ont permis le bon déroulement de cette recherche. Nous leur savons gré de cela.

Action contre la Faim tient à remercier tout particulièrement Luc Bellon, Directeur Pays Action Contre la Faim, qui est à l'origine de ce projet de recherche innovant et l'a défendu tout au long de sa réalisation. Que soient également remerciés les chercheurs.euses et les expert.es ayant contribué à ce rapport, notamment Johanna Jelensperger (consultante indépendante), Dr Julien Ntaongo (Responsable Recherche ACF RDC), Anna Bonnin (chargée de recherche ACF siège) Bienvenu Mukoso (consultant anthropologue), Prof. Jean-Pierre Banea (partenaire scientifique national, UNIKIN), Dr Jennifer Coates et Merry Fitzpatrick (partenaires scientifiques internationales de TUFTS University), Simone Ramones (Coordinatrice Terrain PUNC Action contre la Faim RDC), les responsables des départements techniques d'Action contre la Faim en RDC, Djénéba Sidibe et Coulibaly Aboubakary, les référents techniques du siège d'Action Contre la Faim : Manuel Vaxelaire, Andrea Angioletti, Elizabetta Dozio, Emilie Robert, Olivia Freire, Josselin Gauny, Gwenaëlle Luc, Cécilia Blaustein.

Enfin, nous tenons à remercier très chaleureusement la coopération britannique (UKAID) pour le soutien financier à ce projet, ainsi que leur équipe à Kinshasa pour les orientations stratégiques, qui a permis à une telle enquête d'exister.

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES	6
RESUME EXECUTIF.....	8
INTRODUCTION.....	10
PARTIE I. MÉTHODOLOGIE	12
A. CONCEPTS METHODOLOGIQUES ET DEFINITIONS THEORIQUES	12
<i>a. Définition de la notion d'état nutritionnel.....</i>	12
<i>b. Analyse des causes de la malnutrition dans le Kwango selon le cadre conceptuel de l'UNICEF.....</i>	12
<i>c. Analyse en perspective de la résilience des populations à la malnutrition</i>	12
B. METHODOLOGIE GENERALE DE L'ENQUETE PUNC.....	13
<i>a. Objectifs de l'étude.....</i>	13
<i>b. Principes clés de l'approche.....</i>	13
<i>c. Justification du site d'étude retenu.....</i>	15
<i>d. Protocole d'échantillonnage.....</i>	15
<i>e. Composition de l'équipe en charge de l'étude.....</i>	16
C. METHODOLOGIE DETAILLEE PAR ETAPES :	16
D. LIMITES DE L'ENQUETE.....	21
<i>a. Envergure de l'étude.....</i>	21
<i>b. Disponibilité de données secondaires.....</i>	21
<i>c. Sélection des villages</i>	21
<i>d. Limitation en termes de couverture du caractère prospectif de la résilience.....</i>	21
<i>e. Non-retour auprès des communautés pour présentation du cadre d'intervention.....</i>	21
PARTIE II. ANALYSE CONTEXTUELLE DU KWANGO.....	22
A. CONTEXTE GLOBAL DE LA PROVINCE DU KWANGO	22
<i>a. Données géographiques, démographiques et développement humain au Kwango</i>	22
<i>b. caractéristiques économiques, moyens d'existence et revenus</i>	24
<i>c. Caractéristiques agro-écologiques, foncières et environnementales</i>	26
<i>d. Contexte politique, culturel et socio-ethnique.....</i>	29
.....	32
<i>Perceptions communautaires sur le contexte du Kwango.....</i>	32
B. SITUATION NUTRITIONNELLE ET ALIMENTAIRE POUR LA PROVINCE DU KWANGO.....	32
<i>a. Situation alimentaire et nutritionnelle</i>	32
<i>b. Situation de la malnutrition sévère aigüe et chronique.....</i>	35
<i>Source : données quantitatives phase 3</i>	37
<i>c. Situation sanitaire et médicale des enfants dans le Kwango : des prévalences inquiétantes</i>	38
<i>d. Liens entre malnutrition et saisonnalité</i>	39
<i>Perceptions communautaires de la malnutrition</i>	39
<i>Perceptions communautaires sur la situation globale du Kwango</i>	41
<i>f. Mécanismes intersectoriels de coordination nutrition et principaux acteurs</i>	41
<i>Perceptions communautaires sur les dysfonctionnements administratifs de leur province.....</i>	42
PARTIE III. PRÉSENTATION DES DYNAMIQUES ET FACTEURS DE LA MALNUTRITION AU KWANGO	43
A. CAUSES FONDAMENTALES DE LA MALNUTRITION : UNE TRANSVERSALITÉ DE PRATIQUES NON OPTIMALES	45
<i>a. Un manque de gouvernance et de redevabilité dans les groupements.....</i>	45
<i>b. Une difficile mobilisation communautaire</i>	45

c. Des rapports sociaux de sexe en défaveur des femmes.....	46
d. La prise en compte nécessaire de ces trois problèmes dans toutes les interventions	48
B. CAUSE IMMÉDIATES ET SOUS-JACENTES : DES INTERRELATIONS COMPLEXES.....	49
a. Les maladies (dont Konzo).....	49
b. Des soins aux enfants non optimaux	56
c. Une alimentation insuffisante en quantité et diversité.....	57
PARTIE IV. PRÉSENTATION DU CADRE D'INTERVENTION VISANT À UNE RÉSILIENCE FACE À LA MALNUTRITION	62
.....	62
A. UN CADRE D'INTERVENTION MULTISECTORIEL PRENANT EN COMPTE LES INTERRELATIONS ENTRE LES BESOINS DES POPULATIONS	64
B. UNE ADAPTABILITÉ DES INTERVENTIONS AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DES MÉNAGES ET DES PERSONNES..	66
a. Le cas très spécifique des nombreux ménages touchés par le Konzo.....	67
b. L'importance de la prise en compte dans les interventions des biais liés aux relations hommes– femmes	67
C. UN CADRE D'INTERVENTION EN LIEN AVEC L'APPROCHE DE GESTION COLLECTIVE DES COMMUNS	68
D. DES SOLUTIONS PROPOSÉES POSSIBLES ADAPTABLES	68
CONCLUSION	72
BIBLIOGRAPHIE	76
ANNEXES.....	81
ANNEXE 1 : METHODOLOGIE DE CALCUL DU NOMBRE DE MENAGES A INTERROGER POUR L'ENQUETE MENAGES.....	81
ANNEXE 2 : METHODOLOGIE DE LA REPARTITION DE L'ECHANTILLON PAR DOMAINE (TERRITOIRE)	81
ANNEXE 3 : METHODOLOGIE DE SELECTION DES MENAGES A ENQUETER.....	81
ANNEXE 4 : METHODOLOGIE DE SELECTION DES INDIVIDUS A INTERROGER.....	82
ANNEXE 5 : CRITERES DE SELECTION DES TERRITOIRES ET VILLAGES A ENQUETER	82
ANNEXE 6 : METHODOLOGIES DEVELOPPEES DES 5 PHASES	83
ANNEXE 7 : MOYENS D'EXISTENCE ET REVENUS DANS LE TERRITOIRE DE POPOKABAKA	92
ANNEXE 8 : CHOCS ET STRATEGIES DE RESILIENCE RENCONTRES PAR LES MENAGES	92
ANNEXE 9 : EVOLUTION DES TAUX DE MAG, MAC ET KONZO DANS LA PROVINCE DU KWANGO	94
ANNEXE 10 : HISTORICITE DU NOMBRE DE CAS DECLARES DANS LA ZONE DE SANTE DU KWANGO ENTRE 2004 ET 2015	96
ANNEXE 11 : PRINCIPALES CORRELATIONS STATISTIQUES APPARUES LORS DE L'ENQUETE QUANTITATIVE (PHASE 3)	97
ANNEXE 12 : NUTRITION ET DEVELOPPEMENT DANS LE KWANGO.....	99
ANNEXE 13 : SCHEMA CAUSAL DES SOLUTIONS PERMETTANT D'ARRIVER A DES SITUATIONS DE RESILIENCE A LA MALNUTRITION	103
ANNEXE 14 : ARBRES EXPOSANT LES ACTIONS POSSIBLES EN PRENANT EN COMPTE LEURS PREREQUIS	104

Table de Figures

Figure 1 - Cadre conceptuel de la malnutrition.....	12
Figure 2 - Méthodologie par étapes avec chronogramme et contributions des acteurs externes.....	17
Figure 3 - Source d'alimentation des ménages, Territoire de Popokabaka	33
Figure 4 – Cartographie des principaux acteurs et mécanismes de coordination intersectoriels pour la Nutrition au Kwango	41
Figure 5 – Schéma causal de la malnutrition dans le Kwango	44
Figure 6 – Schéma causal des facteurs de genre impliqués dans les situations de malnutrition	48
Figure 7 – Schéma causal des problèmes d'accès à l'eau potable impliqués dans les situations de malnutrition.....	51
Figure 8 – Schéma causal des facteurs agricoles impliqués dans les situations de malnutrition	53
Figure 9 – Schéma causal des facteurs de soins impliqués dans les situations de malnutrition	55
Figure 10 – Schéma causal des facteurs « moyens d'existence et revenus » impliqués dans les situations de malnutrition	59
Figure 11 – Schéma des principaux domaines d'intervention et leurs liens en vue d'une amélioration de la résilience à la malnutrition	63
Figure 12 – Schéma du cadre d'intervention prenant en compte les besoins fondamentaux des populations.....	65
Figure 13 – Schéma du cadre d'intervention proposant des actions possibles.....	71
Figure 14 - exemples d'intersectionnalité des interventions à mener	73
Figure 15 - exemples d'intersectionnalité des interventions à mener	75

Table de tableaux

Tableau 1 - Méthodologie détaillé par étapes	18
Tableau 2 - Principaux indicateurs, province du Kwango, RDC.....	22
Tableau 3 - Description principales sources de moyens de revenus, province du Kwango, RDC.....	25
Tableau 4 - Principaux indicateurs de nutrition, province du Kwango, RDC (en rouge, les indicateurs du Kwango moins bons que pour le reste du pays)	35
Tableau 5 - Prévalence de la malnutrition, territoires de Feshi, Kahemba et Popokabaka, Province du Kwango, novembre 2018-janvier 2019	36
Tableau 6 - Malnutrition aigüe et chronique pour une sélection de Zone de Santé, DPS Kwango, RDC	37

Acronymes

ADIK	Action pour le développement intégré du Kwango
AGR	Activité Génératrice de Revenu
ANJE	Alimentation des Nourrissons et Jeunes Enfants
BCZ	Bureau Central de la Zone de Santé
BM	Banque Mondiale
CAC	Cellule d'Action Communautaire
CAID	Cellule d'Analyse des Indicateurs de Développement
CARG	Conseil Agricole Rural de Gestion
CCBN	Cellule communautaire à Base Nutrition
CFSVA	Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis
CNMN	Comité National Multisectoriel de Nutrition
COGEPE	Comité de gestion des points d'eau
COOPI	Cooperazione Internazionale
CPMNU	Comité Provincial Multisectoriel Nutrition
CPS	Consultation Pré-Scolaire
CRS	Catholic Relief Services
CVD	Comités Villageois de Développement
DFID	Département Britannique pour le Développement International
DPS	Division Provinciale de la Santé
DSCRIP	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EHA	Eau, Hygiène, Assainissement
EI	Entretiens Individuels
ENA	Emergency Nutrition Assessment
ENABEL	Agence Belge de Développement
ENN	Emergency Nutrition Network
FAO	Food and Agriculture Organization
FC	Franc Congolais
FEWSNET	Famine Early Warning System Network
FG	Focus Groupe
GIB-ADER	Groupe Inter-bailleurs Agriculture/Développement Rural
GIB-NUT	Groupe Inter-bailleurs Nutrition
GIZ	Agence de coopération internationale Allemande
HI	Handicap International
INERA	Institut National de Recherche Agricole
INRB	Institut National des Recherches Biomédicales
INS	Institut National de Statistique
IPAPEL	Inspection Provinciale de l'Agriculture, de la pêche et de l'élevage
IPC	Integrated Food Security Phase Classification
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MdA	Médecins d'Afrique
MDM	Médecins du Monde
NU	Nations Unies
ODK	Open Data Kit
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
OP	Organisation Paysans
P/A	Indice Poids/Âge
P/T	Indice Poids/Taille
PAM	Programme Alimentaire Mondial

PB	Périmètre Brachiale
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë
PDSS	Projet de renforcement du système de santé (Banque Mondiale)
PFNL	Produit forestiers non-ligneux
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNIA	Plan National d'Investissement Agricole
PPIA	Plan Provincial d'Investissement Agricole de la province du Bandundu
PRONANUT	Programme National de nutrition
PSAN	Politique de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle
PSNMN	Plan Stratégique National Multisectoriel en Nutrition
PUNC	Pool d'Urgence Nutritionnelle en RDC
PUNC	Pool d'Urgence Nutritionnelle en RDC
RDC	République Démocratique du Congo
RRCN	Réponse Rapide aux crises nutritionnelles
SAME	Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SNIS	Système National de l'Information Sanitaire
SNSAP	Système National de Surveillance Nutritionnelle et d'Alerte Précoce
SOFI	State of Food Insecurity in the world
SUN	Scaling Up Nutrition
T/A	Indice Taille/Age
UE	Union Européenne
UNHCR	Haut-Commissariat pour les Réfugiés (Nations Unies)
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UNIKIN	Université de Kinshasa
UNITA	Union National pour l'Indépendance Totale de l'Angola
USAID	United States Agency International Development

Résumé exécutif

Au cours des 20 dernières années, Action Contre la Faim a répondu, à travers son Programme d'Urgence Nutritionnelle Congo (PUNC), aux besoins immédiats en termes de réponse à la malnutrition aiguë en République Démocratique du Congo (RDC) en menant des actions nutritionnelles d'urgence liées au traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS).

En RDC plus de 8 % des enfants de moins de 5 ans souffraient de malnutrition aiguë globale (MAG) en 2013-14, soit plus de 1,5 million d'enfants (EDS, 2013-2014). Dans la Province du Kwango, la récurrence des crises nutritionnelles est particulièrement alarmante. Entre 2016 et 2017, 10 des 14 zones de santé ont été en situation d'alerte nutritionnelle ou de crise confirmée, avec des taux de MAG allant jusqu'à 16,4% dans la zone de santé de Kahemba¹ et de MAS jusqu'à 6,5% dans la zone de santé de Feshi².

Le Kwango est touché par les trois principales formes de malnutrition : chronique, aiguë et carences en micronutriments. L'évolution des taux de malnutrition sur les dernières années témoigne d'une dégradation de la situation, avec un fort impact de la saisonnalité. La malnutrition est perçue comme la résultante de multiples facteurs socio-économiques. C'est pourquoi, considérant les tendances de la malnutrition (en 2017, 3/4 de la province du Kwango étaient en crise nutritionnelle), la complexité des facteurs contribuant à la malnutrition, la prévalence du Konzo, le faible accès aux services sociaux de base ainsi qu'à la terre, l'environnement institutionnel provincial avec la Charte de Nutrition, les partenaires d'interventions et la stabilité géopolitique, l'étude est menée dans la province du Kwango.

C'est dans ce cadre qu'Action Contre la Faim, en étroite collaboration avec PRONANUT et l'appui de la coopération britannique (UK aid), a initié ce projet de recherche qui a pour objectifs de :

- 1) mieux comprendre les déterminants de la malnutrition ainsi que les multiples barrières qui empêchent les communautés de la province du Kwango de répondre de manière appropriée à leurs besoins nutritionnels**
- 2) proposer des options de réponse spécifiques au contexte et aboutir à un cadre d'intervention permettant de s'attaquer aux causes profondes de la malnutrition tout en renforçant la résilience nutritionnelle locale des communautés ciblées.**

Le schéma causal d'UNICEF sur les causes de la malnutrition a permis de penser les causes de la sous-nutrition au Kwango de manière dynamique et de mettre en évidence différents niveaux d'interactions.

Ce projet de recherche, opérationnel et programmatique, place les personnes et les communautés au centre de l'analyse et de la planification. Il s'appuie sur les interactions avec les communautés afin de générer des idées et de créer une dynamique. C'est une approche participative, multisectorielle et systémique. Elle s'est déroulée en cinq phases : 1) exploratoire / de cadrage, 2) diagnostic communautaire, 3) analyse approfondie des principaux problèmes, 4) identification des options de réponse au niveau communautaire et 5) élaboration d'un cadre d'intervention.

Les causes profondes de la malnutrition identifiées sont transversales et relèvent de pratiques socio-culturelles. Il s'agit d'un manque de gouvernance à tous les échelons de la société (lié à la méfiance des personnes pour mettre en œuvre des activités collectives), d'une faible confiance des populations en leurs capacités d'action et de rapports de genre en défaveur des femmes.

Si les causes immédiates s'avèrent classiques, à savoir les maladies, un défaut de soins aux enfants et une alimentation problématique, les raisons sous-jacentes à cette situation nutritionnelle sont multisectorielles et intersectionnelles. Les causes sous-jacentes à la malnutrition dans le Kwango ont été identifiées comme étant la surcharge de travail des femmes (conséquence des inégaux rapports de genre), un manque de développement des pratiques agricoles et des chaînes de valeur, des défaillances dans les pratiques et les infrastructures d'eau, hygiène et assainissement et des obstacles à l'utilisation des services de santé. Ces problèmes s'entrecroisent de manière complexe et créent des interdépendances dans les actions à mener. Ils associent des besoins et des manques aux niveaux individuels, collectifs, structurels et étatiques.

¹ Enquêtes SMART, Juillet 2016

² Enquêtes SMART, Octobre 2016

C'est dans cette perspective de prendre en compte les dynamiques et les besoins des populations que le cadre d'intervention a été élaboré. Les pistes d'action envisagées visent à accroître les connaissances (droit foncier, techniques de rotation des cultures...) et les compétences des populations à se mobiliser pour agir sur les problèmes qui les concernent. Cela passe par des processus lents et des actions indirectes pour assurer les conditions propices au renforcement des pratiques de gouvernance, de la confiance des individus dans les actions et structures collectives et pour redynamiser des infrastructures locales telles que les marchés ou les centres de santé.

INTRODUCTION

Au cours des 20 dernières années, Action Contre la Faim a répondu aux besoins immédiats en termes de réponse à la malnutrition aiguë en République Démocratique du Congo (RDC) à travers des actions nutritionnelles d'urgence liées au traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS). Depuis 2006, Action Contre la Faim a développé, avec le soutien de l'UNICEF, un programme de renforcement du Programme National de Nutrition (PRONANUT), afin de consolider les capacités de traitement de la malnutrition aiguë et de surveillance aux niveaux national, provincial et local. L'un des éléments de ce programme est le Programme d'Urgence Nutritionnelle Congo (PUNC), financé par l'UNICEF depuis 2007, et par la coopération britannique (UKAID) depuis 2009. L'objectif de ce programme est d'identifier les zones touchées par une crise nutritionnelle, non soutenues par d'autres organisations non gouvernementales (ONG), et de fournir une réponse appropriée et opportune³.

Ces interventions sont essentielles pour sauver des vies et prévenir l'épuisement des actifs et de la résilience. Cependant, elles ne s'attaquent pas aux causes profondes de la malnutrition ni n'empêchent la réapparition de la malnutrition, comme en témoigne la récurrence constatée par le comité de coordination du PUNC⁴ d'alertes nutritionnelles⁵ dans la plupart des régions.

Les données nutritionnelles de la RDC montrent que plus de 8% des enfants de moins de 5 ans souffraient de malnutrition aiguë globale (MAG) en 2013/14, soit plus de 1,5 million d'enfants⁶. Le PRONANUT a révélé une situation nutritionnelle encore plus préoccupante pour 2018, avec des taux de MAG de plus de 10%, et une estimation de 3,7 millions d'enfants souffrant de malnutrition aiguë. La prévalence du retard de croissance reste également très élevée avec 43% des enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance en 2013/14⁷.

Dans la Province du Kwango, où Action Contre la Faim intervient dans le cadre de réponses d'urgence nutritionnelle ponctuelles depuis 2010, et de façon renforcée en 2017/2018, la récurrence des crises nutritionnelles est particulièrement alarmante. Entre 2016 et 2017, 10 des 14 zones de santé ont été en situation d'alerte nutritionnelle ou de crise confirmée, avec des taux de MAG allant jusqu'à 16,4% dans la zone de santé de Kahemba⁸ et de MAS jusqu'à 6,5% dans la zone de santé de Feshi⁹. Ces tendances et indicateurs dans un contexte non affecté par les conflits et catastrophes naturelles témoignent de vulnérabilités profondes à la malnutrition. Les éléments historiques confirment ce constat : le manque de nourriture, les famines et la malnutrition ont été observés dans le district du Kwango à partir de 1931, notamment en 1936-1939, en 1941 et en 1956-1957¹⁰ et auraient prévenu toute tentative de développement¹¹.

C'est dans ce cadre qu'Action Contre la Faim, en étroite collaboration avec le PRONANUT, et avec le soutien de la coopération britannique (UK AID), a mené une recherche approfondie en appui à la « résilience nutritionnelle » du Kwango, où les populations doivent faire face à des crises nutritionnelles structurelles bien que cette province ne connaisse pas de conflits armés.

La première partie du rapport explique la méthodologie retenue pour les 5 phases de l'enquête.

La présentation du contexte en deuxième partie donne à voir une province exposée de manière récurrente à des situations de malnutrition, en l'absence de troubles violents et destructurants. Les causes de la malnutrition apparaissent donc plus structurelles que conjoncturelles, même si des chocs climatiques et agricoles viennent périodiquement fragiliser les ménages.

L'objet de la partie 3 sera de rendre compte des différentes causes impliquées dans les situations de malnutrition ou freinant la résilience et de leur niveau d'impact direct ou indirect sur la santé et l'alimentation des enfants. Il

³https://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/NUT_Case_Study_DRC_Nutrition_Emergency_Pool_January_2017_French_0.pdf

⁴ UNICEF, PRONANUT, COOPI, PAM, ECHO, DFID et Action Contre la Faim

⁵ Une zone de santé est déclarée en alerte nutritionnelle si au moins 4 indicateurs de malnutrition sur 6 dépassent les seuils d'alerte 2 mois sur 3 par trimestre selon le système national de surveillance nutritionnelle, sécurité alimentaire et alerte précoce (SNSAP)

⁶ EDS, 2013-2014

⁷ EDS, 2013-2014

⁸ Enquêtes SMART, Juillet 2016

⁹ Enquêtes SMART, Octobre 2016

¹⁰ Nicolai 1963 : 405-407

¹¹ Fresco 1986 : 93

s'agira d'analyser comment les pratiques socio-culturelles, les insuffisances en infrastructures et les difficultés multisectorielles se recourent et se renforcent, créant ainsi une situation complexe.

Si les causes de la malnutrition dans le Kwango sont classiques, c'est leurs liens et leurs dynamiques qu'il importe de prendre en compte pour comprendre quels sont les leviers et les obstacles locaux et comment les intégrer à de futures interventions. Ce sera l'objet de la dernière partie. Elle présente les besoins des populations, les domaines dans lesquels intervenir et l'importance des interrelations entre les solutions envisageables afin de répondre de manière complète aux interrelations existant entre les problèmes. Il apparaît ainsi qu'une seule action permet d'intervenir sur plusieurs problèmes de secteurs différents.

PARTIE I. MÉTHODOLOGIE

A. Concepts méthodologiques et définitions théoriques

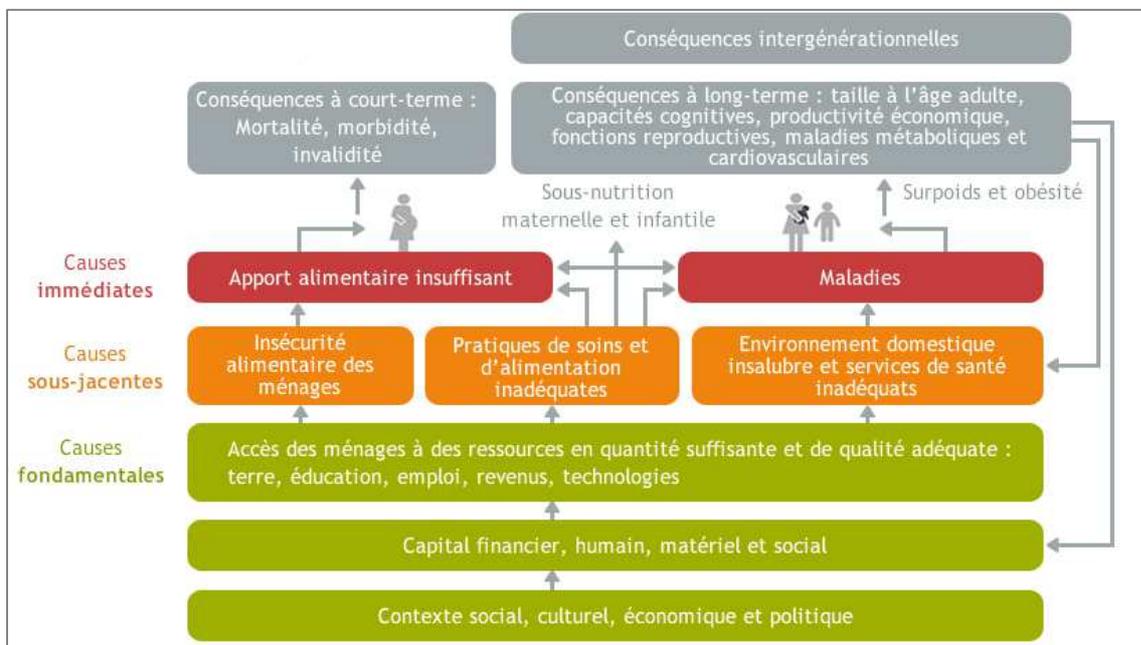
a. Définition de la notion d'état nutritionnel

L'état nutritionnel se rapporte à « l'état physiologique d'un individu résultant des interactions entre les apports et les besoins en nutriments, ainsi que de la capacité de l'organisme en matière de digestion, d'assimilation et d'utilisation de ces nutriments. »¹². La malnutrition correspond à un « état physiologique anormal causé par des carences, des excès ou des déséquilibres de l'alimentation (énergie ou nutriments) nécessaires pour mener une vie saine et active, ou les deux¹³ ». En RDC, et en particulier au Kwango, province peu urbanisée, c'est davantage l'apport alimentaire insuffisant par rapport aux besoins en nutriments qui est constaté. **Ainsi, dans le cadre de ce projet, les trois formes de malnutrition (sévère, chronique et carences en micronutriments) ont été prises en compte dans leur ensemble.**

b. Analyse des causes de la malnutrition dans le Kwango selon le cadre conceptuel de l'UNICEF

Réaffirmée dans la série d'articles la plus récente du *Lancet* portant sur la dénutrition maternelle infantile (Lancet, 2013), la malnutrition est la résultante de multiples déterminants immédiats, sous-jacents et basiques, et nécessite une réponse multisectorielle. **Dans ce projet, un accent particulier a été mis sur la compréhension de ces différents déterminants ou « causes profondes » de la malnutrition dans le contexte particulier du Kwango, et les liens entre ces différents déterminants, afin de pouvoir identifier quelles seraient les réponses les plus appropriées pour que les populations puissent mieux répondre à leurs besoins nutritionnels dans le temps et ce, de façon multisectorielle.**

Figure 1 - Cadre conceptuel de la malnutrition



Source : UNICEF, 2013

c. Analyse en perspective de la résilience des populations à la malnutrition

L'analyse des problèmes de la malnutrition et de ses causes ou déterminants a été utilisée comme un point d'entrée permettant **d'aborder les vulnérabilités dans leur ensemble et d'identifier les options de réponse**

¹² FAO, SOFI, 2013

¹³ idem

reliant la nutrition et la résilience, considérant que la nutrition est à la fois un résultat et un facteur de résilience¹⁴. On entend ici par résilience « la capacité qui garantit que des facteurs de stress et des chocs adverses n'aient pas de conséquences négatives durables sur le développement »¹⁵.

Dans les pays et zones touchés par des crises prolongées, liées aux conflits, aux catastrophes naturelles, ou aux chocs répétés, les personnes sont généralement exposées de manière accrue aux risques de décès, de maladie et de perte des moyens de subsistance pour une longue durée, à une gouvernance affaiblie et à des niveaux de protection inadéquats. Dans ces conditions, les facteurs responsables de la malnutrition s'aggravent¹⁶. Dans le cadre de la province du Kwango, plus que de conflits ou de catastrophes naturelles, il s'agit plutôt de **problèmes structurels fondamentaux** qui maintiennent les populations dans un état de précarité constante **et inscrivent la malnutrition dans la longue durée**¹⁷.

Partant du postulat que ce travail d'étude dans le Kwango aboutit à l'élaboration d'un cadre d'intervention permettant d'intervenir sur les causes profondes de la malnutrition et de renforcer la résilience locale de la population, il a été convenu **d'étudier la capacité des ménages et des communautés à ne pas subir des détériorations de leur statut nutritionnel du fait des chocs et stress extérieurs et structurels** ou à retrouver leur état nutritionnel après une détérioration.

Cela implique d' :

- 1) **Identifier les chocs et les stress** qui affectent la population, en partant de leur perception : identification des principaux facteurs de risque
- 2) **Identifier les stratégies de réponse des ménages et des personnes à ces chocs et stress (réactives et anticipatives)** : analyse des leviers et obstacles des populations à l'action
- 3) **Analyser les interactions entre les facteurs de risque** : compréhension de l'intersectionnalité existant entre les problèmes pour élaborer des solutions prenant en compte cette intersectionnalité.

B. Méthodologie générale de l'enquête PUNC

Les éléments ci-dessous sont ceux utilisés pour toutes les étapes de l'enquête PUNC. En partie C et en annexes, sont présentés les éléments méthodologiques détaillés et spécifiques à chaque étape.

a. Objectifs de l'étude

Sur la base de cette étude dans la province du Kwango, il s'agit de **dégager un cadre d'intervention à moyen et long termes permettant de répondre aux causes profondes identifiées de la malnutrition tout en renforçant la « résilience nutritionnelle » locale des communautés et des personnes vulnérables.**

Plus particulièrement, les objectifs sont de :

- 1) Mieux comprendre les déterminants de la malnutrition ainsi que les multiples barrières qui empêchent les communautés du Kwango de répondre de manière appropriée à leurs besoins nutritionnels.
- 2) Proposer des options de réponse spécifique au contexte et aboutir à un cadre d'intervention permettant de s'attaquer aux causes profondes de la malnutrition tout en renforçant la résilience nutritionnelle locale des communautés et des personnes ciblées.

b. Principes clés de l'approche

L'approche de l'étude se fonde sur les principes suivants :

- **Placer les personnes et les communautés au centre de l'analyse**, en vue d'identifier les domaines qui méritent une attention particulière ainsi que les options les plus appropriées basées sur les connaissances et les capacités des personnes.
- S'appuyer principalement sur les **interactions avec les communautés** et des informations qualitatives afin de générer des idées et de créer une dynamique.

¹⁴ FAO, Nutrition et Résilience, 2014

¹⁵ FSIN, 2014

¹⁶ SOFI, 2015

¹⁷ ce qui entraîne des stratégies de résilience—ou des absences de stratégies- spécifiques et ancrées dans les habitudes

- Adopter un **processus participatif à tous les niveaux**, pour permettre une appropriation de l'étude et de ses résultats, optimiser les enrichissements au fur et à mesure du processus et maximiser l'utilisation des résultats dans les programmes et politiques en lien avec la nutrition :
 - Au niveau local : implication des communautés
 - Au niveau provincial : mobilisation du comité multi sectoriel nutrition de la province du Kwango
 - Au niveau national : formation d'un comité technique composés de membres du gouvernement, de la société civile, des académiques et des partenaires techniques et financiers
- Adopter une **perspective multisectorielle et systémique**, en explorant l'ensemble des secteurs en lien avec la nutrition (dont santé, agriculture, élevage, pêche, environnement/eau et assainissement, affaires sociales, genre) et en combinant à la fois des problèmes économiques, de marché, comportementaux, sociaux, anthropologiques et structurels.
- Mener une **recherche opérationnelle et programmatique** afin de déterminer ce qui est réalisable et ce qui peut être opérationnalisé, en s'appuyant sur ce qui existe déjà et sur les leçons du passé.

A ce titre, les principales questions de recherche qui sous-tendent cette enquête étaient :

- 1) Quelle est la situation en termes de nutrition et de sécurité alimentaire, et les tendances historiques ?
- 2) Quelles ont été les principales interventions mises en œuvre dans le domaine de la nutrition et les leçons apprises sur les dernières années ?
- 3) Quels sont les groupes et individus les plus vulnérables à la malnutrition ?
- 4) Quels sont les principaux facteurs de risque de la malnutrition dans la zone d'étude ?
- 5) Quels sont les chocs et stress qui affectent la résilience du statut nutritionnel des individus dans la zone d'étude et les stratégies adoptées pour y faire face ?
- 6) Quelles sont les dynamiques, réseaux et acteurs qui peuvent jouer un rôle ?
- 7) Quelles pourraient être les options de réponse les plus appropriées ?

Que voulons-nous atteindre?

- Recueillir des connaissances sur les déterminants de la malnutrition et la résilience de l'état nutritionnel de la population face aux chocs et aux stress dans la province de Kwango
- Explorer des solutions à moyen et à long terme pour la résilience nutritionnelle dans la province du Kwango - et, en particulier, comprendre si les interventions basées sur des transferts monétaires pourraient être une bonne option pour atteindre les plus vulnérables et améliorer cette résilience
- Informer les programmes et les politiques dans le contexte spécifique du Kwango, et plus largement en RDC, en intégrant certains éléments et solutions découvertes dans ce contexte spécifique (élaboration d'un « cadre d'intervention »)
- Atteindre un certain niveau d'appropriation des solutions potentielles par les communautés

Comment allons-nous travailler ? Une approche qui donne à cette étude un caractère unique

- Mettre l'accent sur la compréhension des dynamiques et des chemins de causalité à partir d'un cadre générique de causes de la malnutrition
- S'appuyer principalement sur les interactions avec les communautés et les informations qualitatives pour générer des idées et créer une dynamique ; et faire de ce projet un processus participatif au niveau local, provincial et national, permettant une appropriation par le pays
- Adopter une méthodologie étape par étape, afin d'enrichir le processus et la méthodologie à mesure que les éléments évoluent et que les données sont rassemblées et analysées
- Adopter une perspective multisectorielle et systémique, en combinant à la fois des problèmes économiques, de marché, comportementaux, sociaux, anthropologiques et structurels
- Inclure un cadre d'analyse de réponse qui permettra de déterminer ce qui est réalisable et peut être opérationnalisé
- Trianguler des données d'un large éventail de parties prenantes et de méthodes, dont les données déjà existantes et les leçons dégagées des interventions passées

c. Justification du site d'étude retenu

L'étude est menée dans la province du Kwango, considérant :

- les tendances de la malnutrition dans cette zone au cours des dix dernières années, et en particulier la crise nutritionnelle en cours. En 2017, les trois quarts de la province du Kwango étaient en crise nutritionnelle confirmée selon le Système National de Surveillance Nutritionnelle et d'Alerte Précoce (SNSAP).
- la complexité des facteurs contribuant à la malnutrition, influencés par des facteurs socio-économiques (le manque d'accès à l'eau et à l'assainissement, les questions de genre, les évolutions dans les moyens de subsistance, le manque d'accès aux revenus et le manque d'accès à la terre) et des chocs et stress (l'insécurité alimentaire, les maladies dont le Konzo¹⁸).
- l'environnement institutionnel porteur au niveau de la province, avec l'élaboration d'une « Charte de Nutrition » pour la province du Kwango en août 2017, et les travaux de recherche sur la malnutrition menée dans la Zone de Santé de Popokabaka.
- la présence d'un certain nombre de partenaires d'intervention actuels (Action Contre la Faim, ISCO, COOPI, ENABEL, etc.) ou par le passé (GIZ), et leur connaissance approfondie du contexte.
- la stabilité géopolitique

d. Protocole d'échantillonnage

Basée sur les résultats des travaux de la phase exploratoire, la revue documentaire¹⁹ et les recommandations du comité technique, une méthodologie d'échantillonnage aléatoire raisonné a été adoptée et s'est faite à trois degrés :

➤ Premier degré, territoires

La sélection de territoires a été faite par selon les critères ci-après :

- prévalence de la Malnutrition Aigüe Globale (2017-2018) selon le Périmètre Brachiale (PB) [Données SNSAP]
- classification IPC 2017
- fréquence des alertes nutritionnelles et sécurité alimentaire
- interventions / appui extérieur
- caractéristiques agro-écologiques et végétation
- prévalence du Konzo

L'étude a couvert les trois territoires sur cinq qui reflètent le mieux les différentes caractéristiques de la province du Kwango en fonction de ces critères d'inclusion.

Sur la base de ces éléments, les territoires de Feshi, Kahemba et Popokabaka ont été retenus : ces trois territoires ont les plus fortes prévalences de malnutrition et de Konzo, font tous l'objet d'une alerte récurrente et sont constitués des différentes zones de végétation.

➤ Deuxième degré, villages

Dans chaque territoire, différents villages ou bourgs ont été sélectionnés selon une méthode aléatoire raisonnée et par rapport aux critères suivants, dans une logique de contraste / diversité :

- accessibilité géographique
- accessibilité géographique à un centre de santé (distance)
- accessibilité à l'eau potable
- activités économiques / Centre économique

Au final, cinq villages ou bourgs ont été sélectionnés dans chaque territoire dont trois ayant accès à au moins un des critères sus-cités et deux n'ayant accès à aucun service. Cette sélection des villages s'est faite en collaboration avec les bureaux de territoire.

➤ Troisième degré, participant.es

¹⁸ Le Konzo (qui signifie en YAKA, une des langues de la province du Kwilu, jambes fatiguées) est une forme de paralysie spastique d'apparition brusque, et irréversible atteignant symétriquement les membres inférieurs ou les quatre membres dans les cas sévères, attribuée à l'exposition au cyanure du fait de la consommation prolongée de grandes quantités de manioc amer insuffisamment traité et associée à un régime pauvre en acides aminés soufrés. (Tylleskar 1991, 1992, 1993).

¹⁹ Cf la bibliographie pour les sources secondaires analysées.

*pour l'enquête qualitative

Les participant.es ont été choisi.es par les mobilisateurs communautaires en fonction des thèmes de la discussion à mener. Les personnes ciblées étaient :

- les pères et les mères d'enfant de moins de 5 ans
- les gardiennes d'enfants de moins de cinq ans (mais qui n'ont pas d'enfants de moins de 5 ans)
- des responsables de comité de gestion (eau et terres)
- des chefs de village, de secteurs et de groupements
- des leaders religieux
- des enseignant.es, commerçant.es et agricultrices.eurs
- les administrateurs de territoires
- des guérisseurs
- tout informateur clef

* pour l'enquête quantitative

Il s'agit d'une enquête transversale utilisant un sondage en grappes à deux degrés auprès des ménages. Le 1er degré est représenté par le village tandis que le deuxième degré est le ménage. La grappe est un village. Une grappe représente en moyenne entre 500 ménages. L'échantillon était de 1320 ménages répartis dans les trois territoires sélectionnés: Feshi (330), Kahemba (568) et Popokabaka (422). Dans chaque village, les ménages ont été choisis par tirage aléatoire systématique. Le questionnaire ménage (sur les tablettes) a été administré aux femmes allaitantes et enceintes ainsi que les mères/pères d'enfants de moins de 5 ans. Les données de l'enquête ménage étaient envoyées directement sur le serveur ODK et les mesures anthropométriques saisies sur les fichiers Excel puis entrées dans ENA.

e. Composition de l'équipe en charge de l'étude

➤ Equipe cœur

L'équipe cœur de recherche, basée à Kinshasa, était composée d'un responsable du programme de recherche épidémiologiste (Dr Julien NTAONGO), d'un consultant socio-anthropologue chargé de recherche qualitative (Bienvenu MUKOSO), d'un partenaire scientifique national (Dr Jean-Pierre BANE) et d'une chargée de recherche du siège (Anna BONNIN).

Lors des enquêtes de terrain, l'équipe a été renforcée pour assurer la collecte des données quantitatives et qualitatives (experts du PRONANUT, experts sectoriels, animatrices communautaires, traducteurs et traductrices, mobilisateurs communautaires).

➤ Appui technique et méthodologique

L'équipe a été appuyée par une consultante internationale pendant toute la phase de démarrage du projet, avec une expérience en programmation nutrition multisectorielle et résilience, méthodologie participative et analyse institutionnelle (Johanna JELENSPERGER), par les expert.es techniques d'Action Contre la Faim au niveau national et au siège (service recherche, communication, expert sécurité alimentaire, eau et assainissement, santé, transferts monétaires). L'équipe a également bénéficié de l'appui de partenaires scientifiques au niveau international par l'implication de la Tufts University (Dr Jennifer COATES, Dr Merry FITZPATRICK).

➤ Orientation et pilotage

L'équipe d'Action Contre La Faim a travaillé de façon rapprochée avec le Programme National de Nutrition en RDC (PRONANUT) afin d'assurer le pilotage de l'étude. Le comité technique mobilisé pendant toutes les phases du projet a joué également un rôle clé d'orientation, d'enrichissement et de validation de l'étude.

C. Méthodologie détaillée par étapes :

Ce projet a adopté une méthodologie évolutive par étapes afin de s'adapter au plus près des réalités et des données de terrain. Les deux figures ci-dessous détaillent ces étapes méthodologiques.

Figure 2 - Méthodologie par étapes avec chronogramme et contributions des acteurs externes

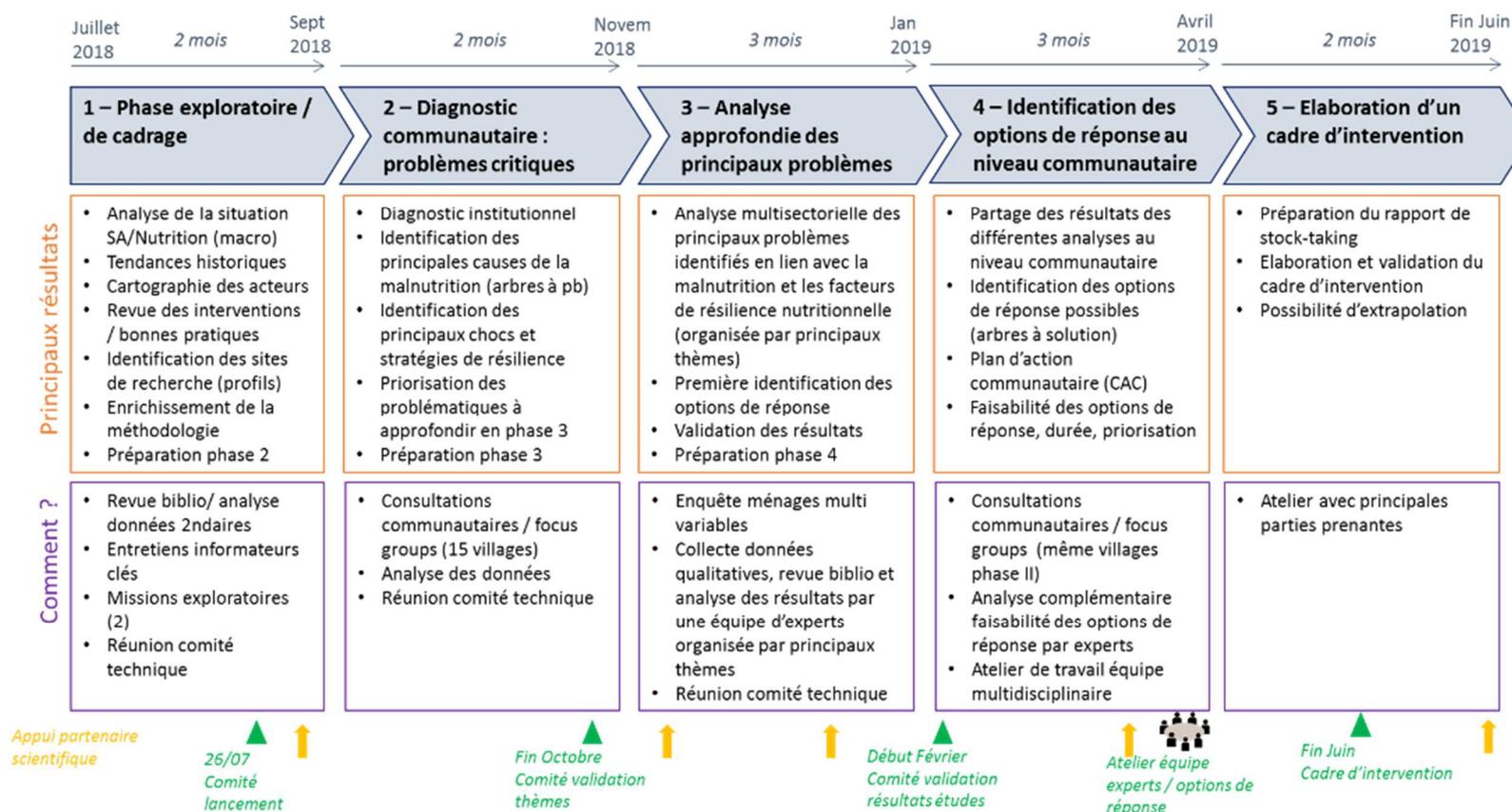


Tableau 1 - Méthodologie détaillé par étapes

phases	objectifs	activités	outils utilisés	Thèmes enquêtés / méthodologie appliquée
1 : exploratoire	<ul style="list-style-type: none"> * définir la portée de l'étude * affiner la méthodologie d'ensemble * assurer l'ancrage du projet à travers la mobilisation des différentes parties prenantes 	<ul style="list-style-type: none"> * mobilisation d'un groupe d'experts techniques et parties prenantes et de partenaires scientifiques * constitution de 6 bases de données secondaires disponibles²⁰ * analyse initiale du contexte de la province du Kwango * enrichissement et validation de la méthodologie de l'étude 	<ul style="list-style-type: none"> * revue documentaire * revue non systématique de la littérature scientifique * entretiens individuels (EI) * focus groups (FG) * mission exploratoire à Kahemba du 19 au 25 Juillet 2018 	<p>EI :</p> <ul style="list-style-type: none"> -perception des problèmes et causes de la malnutrition et liens avec la résilience et dynamiques au Kwango -recommandations /points d'attention pour cette étude - recensement des documents politiques, de projet et études pertinentes -cartographie des acteurs à impliquer pour le projet <p>FG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - perceptions et causes de la malnutrition - saisonnalité de la malnutrition et vulnérabilité des populations -réactions des populations face à la malnutrition et stratégies d'adaptation - interventions mises en place et résultats
2 : diagnostic communautaire	<ul style="list-style-type: none"> * impliquer les communautés dans les villages ciblés afin d'identifier les principaux thèmes en lien avec la situation nutritionnelle * mettre en place une dynamique et un dialogue au sein des communautés autour des problèmes de malnutrition et facteurs de résilience 	<ul style="list-style-type: none"> * enquête qualitative de terrain 	<ul style="list-style-type: none"> * entretiens individuels semi-directifs * focus groupes * grilles d'observation 	<p>EI : avec les leaders communautaires et les mères d'enfants dénutris</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données générales - Contexte institutionnel / Politique - Contexte historique : Evènements marquants au sein du village, dont chocs et situation nutritionnelle - Principales activités / Moyens d'existence. <p>FG : Perceptions et causes de la malnutrition</p> <ul style="list-style-type: none"> - principaux Chocs et Stress

²⁰ Données historiques sur le Kwango ; Données démographiques sur le Kwango ; Données sur le cadre politique Nutrition en RDC et au Kwango ; Données sur la situation nutritionnelle dont les données SNSAP, les enquêtes SMART, les enquêtes nutritionnelles nationales (DHS, EDS) et les données disponibles au niveau global (FAO, UNICEF, OMS, Scaling up nutrition (SUN)) ; Données sur la situation sécurité alimentaire dont les données IPC ; Documents de projet et évaluations / enquêtes / études menés par les différents partenaires présents intervenant au Kwango

	* dégager les thèmes les plus pertinents qui seront ensuite approfondis lors de la phase 3			<ul style="list-style-type: none"> - eau, hygiène et assainissement - nutrition des ménages - santé de l'enfant - genre et travail - capacité de résilience aux chocs <p>Observations systématiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - bornes/sources d'eau - centre de santé - marchés - latrines - assainissement/hygiène - pratiques de jardin
3 : Analyse qualitative et quantitative approfondie	<ul style="list-style-type: none"> * réaliser une analyse approfondie des principaux déterminants et chocs/stress identifiés * rechercher les associations statistiques entre la malnutrition aigüe et les facteurs de risque, ainsi qu'avec les facteurs protecteurs de résilience nutritionnelle * identifier les premières options de réponse potentielle 	<ul style="list-style-type: none"> * enquête quantitative * enquête anthropométrique * enquête qualitative de terrain 	<ul style="list-style-type: none"> * questionnaires ménages * prise de mesures anthropométriques chez les enfants de moins de 6 à 59 mois et les femmes en âge de procréer * entretiens individuels semi-directifs²¹ * focus groupes * grilles d'observation 	<p>Thèmes de l'enquête qualitative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - revenus / moyens d'existence - système alimentaire sensible à la nutrition / gestion des ressources naturelles - comportements / genre - accès aux services sociaux de base - gouvernance <p>Thèmes de l'enquête quantitative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mesures anthropométriques - alimentation et pénuries - moyens d'existence et revenus - composition des ménages - parcours de soin et maladies - accès au foncier - chocs et résilience
4 : * priorisation communautaire des facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> * creuser les questions en suspens soulevées en suivant 9 thématiques * partager les résultats des analyses des trois précédentes 	enquête qualitative de terrain	<ul style="list-style-type: none"> * entretiens individuels semi-directifs * focus groupes 	<p>Thèmes de l'enquête qualitative :</p> <ul style="list-style-type: none"> - moyens d'existence et pratiques d'alimentation - modes de garde, gestion et maladies des animaux

²¹ Les personnes rencontrées l'ont été à différents niveaux : 1. National (directions/services de ministères nationaux, ONG) 2. Provincial (agent.es des divisions/services/bureaux de ministères provinciaux, ONG) 3. Local (acteurs de terrain intervenant dans le secteur de la nutrition, populations)

<p>hypothétiques * élaboration des options de réponse par le comité technique</p>	<p>phases au niveau communautaire * faire une évaluation avec les communautés des actions existantes : ce qui a fonctionné, échoué, pourquoi * étudier les options de réponse souhaitée par les communautés en fonction des principaux déterminants de la malnutrition identifiés pour chaque groupe vulnérable * étudier les solutions locales existantes pour chaque facteur de risque majeur (déviants positifs) * étudier la faisabilité des options de réponse identifiées (leviers et barrières locales) * prioriser les facteurs de risque avec les communautés</p>			<p>-accès aux terres agricoles -gestion des ressources du ménage par l'homme -charge de travail des femmes -accès à l'eau -production agricole -pratiques d'hygiène et assainissement -accès aux soins et parcours de soins</p>
<p>5 : élaboration d'un cadre d'intervention</p>	<p>* élaborer un cadre d'intervention permettant de développer la résilience des populations à la malnutrition</p>	<p>*analyse des principaux facteurs de risque et organisation de leurs liens *évaluation des principaux besoins des populations à prendre en compte *conception de propositions d'action adaptée au Kwango</p>	<p>*schémas causaux * arbres à problèmes et à solution * cadre d'intervention</p>	<p>Cf annexe 6, P 92</p>

L'analyse des données collectées et leur triangulation ont permis de voir se dégager petit à petit des tendances de thèmes à approfondir, en appliquant un principe de « saturation théorique ». La saturation théorique a été définie à l'origine par Glaser et Strauss comme étant le point où «on ne trouve aucune donnée supplémentaire permettant au (chercheur) de développer les propriétés de la catégorie»²². Sur le plan opérationnel, on considère souvent que la saturation des données est atteinte lorsqu'aucune nouvelle information (nouveaux thèmes, nouveaux codes) ne ressort de l'analyse et lorsque l'information obtenue est suffisante pour reproduire les résultats. L'atteinte de la saturation des données est renforcée par la triangulation des sources et des méthodes.

D. Limites de l'enquête

a. Envergure de l'étude

Au regard de l'envergure de l'étude et de la multi causalité de la malnutrition, en particulier lorsque l'on examine les causes fondamentales, sous-jacentes et immédiates et leurs corrélations, des priorisations ont dû être faites au fur et à mesure des phases. Ainsi, tous les thèmes en lien avec les déterminants de la malnutrition n'ont pu être couverts en détail. L'étude a utilisé le cadre de l'UNICEF comme guide de base et a mis l'accent sur les problèmes issus des discussions et des données secondaires, même si, faute d'observation participante de longue durée au sein des communautés, tous les enjeux sous-jacents et les pratiques quotidiennes effectives n'ont pu être analysés avec toute la profondeur souhaitée.

b. Disponibilité de données secondaires

Certaines données secondaires sur le Kwango auraient été utiles tout au long de la recherche mais n'étaient pas disponibles (par exemple : données récentes sur l'ensemble de la province en termes de malnutrition chronique ou carences en micronutriments, données sur la diversité alimentaire, données sur l'assainissement, etc.). Plusieurs bases de données n'étaient pas disponibles ou avec des données brutes trop aléatoires pour les exploiter en vue de connaître les évolutions historiques et saisonnières de la malnutrition, des maladies infantiles, des chocs climatiques, des prix des denrées agricoles.

c. Sélection des villages

Les villages sélectionnés en début de phase 2 l'ont été de façon rationalisée selon certains critères. Ces villages ne sont pas statistiquement représentatifs de l'ensemble du Kwango, mais cet échantillon a été sélectionné dans un but de représentativité qualitative.

d. Limitation en termes de couverture du caractère prospectif de la résilience

Cette étude n'a pas collecté des données longitudinales sur les mêmes individus, avant et après un choc, afin d'évaluer statistiquement le degré de maintien de leur statut nutritionnel, ainsi que les stratégies et les atouts mis en œuvre. Au lieu de données prospectives, l'étude a capturé les dynamiques, les voies et les mécanismes menant à la malnutrition des individus à travers les descriptions de leurs expériences passées et la façon dont leur état nutritionnel était ou non affecté par les chocs.

e. Non-retour auprès des communautés pour présentation du cadre d'intervention

La phase 4 a permis de recueillir les solutions déjà mises en œuvre par les populations, de prioriser les facteurs de risque identifiés et de collecter les recommandations d'action souhaitées par les personnes enquêtées. C'est sur ces pistes de solutions et les propositions faites lors de l'atelier final du comité technique que le cadre d'intervention a été, pour partie, élaboré. Cependant, il aurait fallu pouvoir retourner une ultime fois sur le terrain pour re-rencontrer tous les acteurs interrogés et leur présenter la conclusion générale de l'enquête et le cadre d'intervention afin d'avoir leurs avis et priorisation sur ce dernier et de les y impliquer concrètement.

²² Glaser et Strauss, 1965 ; Guest et al, 2006 ; O'Reilly & Parker, 2012 ; Fusch et Ness, 2015

PARTIE II. ANALYSE CONTEXTUELLE DU KWANGO²³

Le Kwango est un district du Congo depuis 1890, incorporé à la province du Bandundu en 1960, puis à nouveau province indépendante depuis l'éclatement du Bandundu en trois provinces en 2015. La province représente environ 3,9 % de la RDC en terme de surface, et 2,6 % en terme de population²⁴. Le Kwango continue d'être classé parmi les régions les plus pauvres de la RDC. Le projet de recherche PUNC est en adéquation avec les recommandations issues de la « Conférence provinciale de repositionnement de la nutrition en priorité de développement » organisée à Kenge, Kwango, en août 2017²⁵, mettant l'accent sur la nécessité de conduire des recherches sur les causes profondes de la malnutrition dans cette province faisant face à des problèmes structurels historiques.



Tableau 2 - Principaux indicateurs, province du Kwango, RDC

Indicateurs	Kwango		RDC	
	Valeur	Source/Années	Valeur	Source/Années
Indicateurs généraux / socio-démo				
Superficie en km2	89 974	INS, 2015	2 344 860	FAO, 2014
Densité	27 habitants / km2	INS, 2015	37 habitants / km2	NU
Superficie agricole en km2	NA		262 000	FAO, 2014
Population totale en milliers	2 152	INS, 2015	81 340	BM/NU, 2017
Dont hommes	1 048			
Dont femmes	1 104			
Part de la population vivant avec moins de 1,90 \$ par jour	92,5 %	CAID, 2015	77,1 %	BM, 2011
Taux de mortalité infanto-juvénile	89 ‰*	EDS, 2013-2014	104 ‰	EDS, 2013-2014
Taux de mortalité infantile	57 ‰*	EDS, 2013-2014	58 ‰	EDS, 2013-2014
Taux d'alphabétisation dans la population des 15-49 ans / hommes	NA		88 %	EDS, 2013-2014
Taux d'alphabétisation dans la population des 15-49 ans / femmes	NA		63,8 %	EDS, 2013-2014

NA : non disponible *Données du Bandundu

A. Contexte global de la province du Kwango

a. Données géographiques, démographiques et développement humain au Kwango

Une province enclavée

Le Kwango couvre une superficie de 89 974 km², soit 3,84 % de la superficie totale de la RDC, avec une densité moyenne de 27 habitants/Km²²⁶. Il comprend 5 territoires administratifs²⁷, 14 zones de santé²⁸, 5 cités, 224

²³ Cette partie d'analyse contextuelle se fonde principalement sur les données secondaires, renforcées par les observations de terrain faites tout au long de l'enquête. Les résultats spécifiques à celles-ci sont présentés en phase III.

²⁴ INS, 2015

²⁵ <http://scalingupnutrition.org/fr/news/la-province-kwangose-se-dote-dune-charte-et-dune-feuille-de-route-pour-lutter-contre-la-malnutrition/>

²⁶ INS, 2015

²⁷ Feshi, Kahemba, Kasongo-Lunda, Popokabaka et Kenge

²⁸ Kajiji, Kisandji, Kahemba, Panzi, Popokabaka, Kasongo-Lunda, Wamba-Lwadi, Tembo, Kitenda, Kenge, Boko, Kimbau, Mwela-Lembwa, Feshi

groupements et 4 471 villages et est situé dans la partie sud de l'ancienne province du Bandundu où il occupe une position excentrée et enclavée. Même si le Kwango est le lieu de passage routier entre le Kwilu, les provinces du Kasai et la frontière angolaise, ce passage reste limité à cause du très mauvais état des infrastructures routières. Malgré des investissements importants par les partenaires techniques et financiers (USAID, Union Européenne, ENABEL) notamment sur les grands axes, les routes continuent à être peu entretenues. En 2016, 84% des routes du Kwango étaient en mauvais état, 11% dans des conditions praticables, alors que seulement 5% étaient en bonne condition. Le Kwango manque surtout de petites routes permettant de relier les grands axes avec les territoires les plus isolés²⁹. L'enclavement est perçu comme un problème majeur dans la variation des aliments et la génération de ressources. C'est surtout le lien avec l'évacuation des produits et/ou l'accès à des denrées qui est souligné comme étant problématique. Ce manque d'infrastructures ne permet pas d'écouler les produits et décourage les petits producteurs à augmenter leur production. Les routes de dessertes agricoles sont rares et en très mauvais état et le transport entre Kikwit et Kahemba par exemple varie entre 50 et 60 \$. Cette difficulté joue un rôle aussi sur l'approvisionnement des petits marchés ou des villages en produits, contribuant ainsi à des prix d'achat élevés pour les populations locales.

La question de l'enclavement n'est pas propre au Kwango, elle touche d'autres provinces de RDC qui présentent des taux de malnutrition plus faibles. Ce qui doit être pris en considération, c'est la manière dont cette barrière s'associe aux autres obstacles pour amener à une situation économique et nutritionnelle problématique.

Une population en forte croissance avec des indicateurs humains très bas

La population est de l'ordre de 2 152 000 d'après l'INS en 2015 et de 2 298 983 personnes selon les rapports annuels des zones de santé de 2016. Cette population serait passée à 2 448 147 personnes selon les rapports annuels des zones de santé de 2018, soit une augmentation de 2% par an sur les trois dernières années.

Le Kwango continue d'être classé parmi les régions les plus pauvres de la RDC. En 2015, 92,7% de la population du Kwango vivaient avec moins de 1,90 US \$ / jour³⁰. L'espérance de vie à la naissance dans la Province du Kwango est estimée à 47 ans³¹.

Au niveau national, le plus haut taux d'analphabétisme a été trouvé dans le Bandundu (43 %)³². D'après une enquête récente de la Banque Mondiale (PDSS, 2017), **au Kwango, 47% des femmes n'auraient reçu aucune instruction** contre 35 % en moyenne sur l'ensemble des 100 zones de santé enquêtées au niveau de quatre provinces. Dans le Kwango, les populations doivent faire face à plusieurs difficultés concernant l'accès à l'éducation : manque de moyens financiers, infrastructures scolaires en état de délabrement très avancé, contrainte du paiement des enseignants par les parents, manque d'emploi des parents, manque de fournitures scolaires. Même pour les ménages qui ont accès à l'éducation, très peu d'écoles dispensent les enseignements sur l'alimentation et les exercices pratiques sur la nutrition. Environ 52% d'enfants ne bénéficient pas d'exercices pratiques (cantine/jardin scolaire) sur la nutrition. Mais pour ceux qui en bénéficient, plus de 74% des cas, les enfants montrent à leurs parents ce qu'ils apprennent à l'école en matière de nutrition.

Dans la province du Kwango, **seulement 7,8 % de ménages ont accès à un environnement assaini.** Environ 15,7% de la population pratiquent la défécation à l'air libre³³. Des latrines sont présentes dans les villages et les cités : ce sont des fosses simples souvent partagées par plusieurs ménages³⁴.

Le système de santé est organisé en zones de santé, où chaque unité est responsable de 100 000 à 150 000 personnes. Le territoire de Kasongo-Lunda compte environ 92 centres de santé / hôpitaux, les autres territoires sont moins équipés : 84 pour Feshi, 60 pour Kenge, 49 pour Kahemba, et 25 pour Popokabaka. Pour la plupart des populations du Kwango (environ 79,17%), **l'argent constitue la plus grosse difficulté d'accès aux services de soin.** Dans plus de 20% de cas, les ménages placent les dépenses liées aux soins parmi leurs priorités. En d'autres termes, les dépenses de santé sont en concurrence avec les dépenses alimentaires, agricoles ou scolaires. En général, en cas de maladie, les ménages ayant les moyens financiers se rendent au centre de santé, mais **la très**

²⁹ CAID, 2017

³⁰ *Incidence de Pauvreté en RDC par Province et Territoire*, CAID, 2015

³¹ DPS, 2016

³² CFSVA, 2011-2012

³³ *Atlas*, Unicef, 2017

³⁴ *Rapports Sécurité Alimentaire et Nutrition*, Action Contre la Faim

grande majorité recourt à l'automédication³⁵ et aux tradipraticiens. Les personnes en charge du soin de l'enfant retardent en général de plusieurs jours la visite auprès du tradipraticien puis au centre de santé. Souvent, elles s'adressent aux deux et mélangent les types de traitements. **En cas de signes de malnutrition, les enquêtés ont rapporté emmener leurs enfants prioritairement à l'hôpital ou aux centre de santé.**

b. caractéristiques économiques, moyens d'existence et revenus

Des moyens d'existence majoritairement agro-pastoraux et des revenus peu diversifiés

Le Kwango est une zone agro-pastorale qui tire la majeure partie de ses ressources du travail de la terre (cultures vivrières principales : manioc, l'arachide, igname ou patate douce), **de l'élevage** (petits ruminants, bovins) **et des produits de la cueillette³⁶.** En 2010, dans la province du Bandundu, le secteur agriculture-pêche-élevage représentait 82% de l'activité économique avec : les activités agricoles (57%), la pêche (8,9%) et l'élevage (13%)³⁷. **La production vivrière est totalement paysanne, essentiellement réalisée par les femmes ;** elle est assurée par tous les ménages, y compris les fonctionnaires et les enseignants.es.

Malgré le potentiel halieutique du Kwango, **la pêche reste encore peu développée ;** elle reste rudimentaire et artisanale. Rares sont les ménages qui ne possèdent pas quelques animaux de petit bétail mais, là encore, il s'agit d'une **pratique d'élevage rudimentaire, à petite échelle, servant de protection financière en cas de chocs.** Le bétail est souvent confronté à des épidémies locales peu maîtrisées car les ménages n'ont ni les moyens ni les connaissances pour y faire face. Bien que l'élevage soit dominé par les hommes, les femmes y contribuent de manière importante (achat, gardiennage, soins quotidiens).

La principale source de revenus pour les ménages est la vente de leurs récoltes (manioc, maïs et arachides), des aliments sauvages périodiques (chenilles et champignons), du charbon de bois et du bois de chauffe ainsi que du bétail. Les ménages plus aisés tirent des revenus de la vente du gros bétail. Dans le nord du Kwango, les populations vendent également de l'huile de palme et du vin de palme. Etant donné le mauvais état des routes et la difficulté des ménages à se rendre aux lieux de vente, **le troc des produits agricoles et des produits forestiers non ligneux (PFNL) se pratique très souvent, généralement contre des produits manufacturés et de première nécessité. Dans la plupart des cas, ce sont les commerçants qui fixent les modalités et la valeur des produits échangés, souvent en défaveurs des productrices et des producteurs³⁸.**

Les sources de revenus sont faiblement diversifiées car les emplois salariés sont peu nombreux et les filières de transformation rarement développées. Les ménages sont donc dépendants de l'agriculture et des PFNL pour obtenir les liquidités nécessaires au paiement des frais de santé, de scolarisation ou à toutes les dépenses. Cette situation entraîne la vente des produits et réserves agricoles au détriment de leur auto-consommation et rend les ménages vulnérables aux chocs climatiques et agricoles, avec peu de stratégies de résilience. En terme de dépense des ménages, les personnes enquêtées ont indiqué que les dépenses sont principalement orientées vers l'habillement, l'alcool, la scolarisation des enfants et les soins médicaux (vendeurs ambulants de comprimés), mais peu sur l'alimentation.

Les questions de revenus et moyens d'existence sont ressorties comme fortement liées aux questions de genre et de comportements défavorables des hommes. En effet, même si les femmes sont celles qui procurent le plus régulièrement l'argent aux ménages, leur pouvoir de décision est très faible quant aux usages faits. L'apport d'argent dans les ménages –par cash transfert ou autre– n'est pas plébiscité par les femmes et les hommes enquêtés car les risques d'utilisation à des fins autres que la santé, l'alimentation, l'éducation sont grands, étant donné les pratiques actuelles de gestion des ressources des ménages.

³⁵ dont utilisation de plantes locales : « kongo bololo », « Kionzo » (kongo), « Kakusa » (paludisme), « mukilakala » (force aux malnutris), Kitshakudi (ovule contre le pululu)

³⁶ FewNet, 2016 et résultats des phases 3 et 4 (qualitatives et quantitatives) de l'enquête PUNC

³⁷ Cadrage macroéconomique actualisé, Province du Bandundu, 2010

³⁸ USAID, UKAID FEWSNET, et al., 2016

Tableau 3 - Description principales sources de moyens de revenus, province du Kwango, RDC

Principales sources de moyens de subsistances	Description
Production vivrière et de rente	manioc, maïs, riz paddy, arachide, voandzou, niébé, banane plantain, patate douce, taro, igname, millet, haricot, légumes et fruits divers
Elevage et produits dérivés	Bovins, Petits ruminants
Produits de la cueillette	Chenilles, Mfumbwa, champignons, larves
Pêche et pisciculture	Anguilles « Misombi »
Chasse	Antilopes, lapins sauvages, bœufs sauvages, serpents et rats « tfumbi »
Artisanat	Chaises en bambous, nattes, nasses
Petit commerce, repas préparés, transport	Vente d'alcool, Vente de bambous, vente de lianes

Source : IPC, 2017, CFVSA, 2014, Mission exploratoire Juillet 2017

Une production agricole insuffisante en quantité et en diversité

Les femmes rencontrent de nombreux obstacles à une production en quantité et diversité suffisantes. Le manque d'intrants (semences, outils, fertilisants), l'accès compliqué aux terres, la petite taille des parcelles, le manque d'aide des hommes et l'absence d'encadrement agronomique font que **les productions agricoles restent faibles en quantité et en diversité. Or, l'alimentation des ménages dans le Kwango est très liée à la qualité, à la diversité et à la quantité des productions agricoles.** Il s'avère que les analyses quantitatives de la phase 3 montrent que **le fait d'avoir une diversité dans la production agricole (production des légumineuses, céréales et tubercules) aurait un effet protecteur contre la malnutrition chronique** (respectivement $p=0.023$, $OR=0.653$) et $p= 0.05$, $OR=0.661$). Dans le Kwango, environ 51,44% des ménages ont affirmé produire les légumes, 48,2% des légumineuses et noix, et 67,7% produisent des tubercules et autres racines (manioc, patates douces, ignames, ...). Le manioc est l'aliment consommé et disponible pour les ménages qui possède la plus faible valeur nutritionnelle. Il contient seulement quelques calories et très peu de protéines ou de micronutriments. Comme son prix de vente est bas, il est peu rentable pour les ménages de le vendre. Ils le consomment donc majoritairement. Cela est d'autant plus vrai pour les ménages les plus pauvres qui bénéficient ainsi malgré tout d'un aliment à consommer.

Les cultures diversifiées sont faibles en quantité produite et surtout destinées à la vente. Ces produits nutritifs profitent peu à l'alimentation des ménages les cultivant. **Les agricultrices et agriculteurs ne disposent pas d'une banque/réserve semencière diversifiées leur permettant d'avoir une agriculture diversifiée et orientée vers la nutrition.**

La production animale est caractérisée par un élevage de petit bétail et un peu de pisciculture. **Mais le manque d'encadrement zootechnique a pour conséquence une faible production là aussi.** Celle-ci est orientée vers la vente afin de couvrir les autres besoins financiers. Tout ceci fait que les ménages bénéficient peu des protéines animales de leur production. **L'alimentation des ménages au Kwango est donc monotone et problématique par son manque d'apport régulier en micronutriments, vitamines et protéines.**

Un commerce limité par le manque d'infrastructures routières et commerciales

Alors que les produits d'élevage et de pêche du Kwango sont destinés à 60% au marché de Kikwit et de Kinshasa, **l'accès des productrices et producteurs aux marchés et au commerce est fortement limité. Cet obstacle est le résultat d'un manque d'entretien des routes de desserte agricole et de l'inexistence des structures de stockage et de marchés spécialisés sur les différents territoires.** La rentabilité économique est faible dans la contrée.

Le marché est caractérisé par la co-existence non intégrée de petits marchés ruraux, de marchés locaux et de plus grands marchés urbains ou de centres commerciaux (centres urbains tels que Kahemba, Kasongo Lunda, Kikwit, Kenge, Bulungu, Suka, Tshikapa...) où les marchandises sont expédiées. C'est un cercle vicieux dont les solutions sont intrinsèquement liées : l'augmentation de la production et des chaînes de valeur n'a de sens que si l'état des routes est amélioré. La question est de trouver les formes d'action et de groupements permettant

d'agir conjointement et de motiver à la fois les commerçant.es et les producteurs-trices pour améliorer l'état des routes.

Le manque de marchés intégrés, de zones de stockage et de filières d'écoulement a une répercussion sur la production agricole et les pratiques alimentaires. Les ménages, parce qu'ils ne peuvent transformer et stocker leurs produits agricoles, doivent les vendre très rapidement après la récolte, au moment où les prix sont les plus bas. De plus, le manque de débouchés commerciaux et de filières de transformation freine la motivation des productrices et des producteurs -qui en auraient les moyens- à produire plus. **La faiblesse des chaînes de valeur est un obstacle aussi bien à la diversification des revenus des ménages qu'à la constitution de réserves alimentaires favorables à la résilience en cas de choc ou de soudure.** Ceux qui vendent dans les marchés sont surtout des jeunes gens qui se « *débrouillent* ». Il n'y a pas de grands commerçants. Les prix des produits alimentaires sur les marchés sont jugés par les personnes enquêtées trop élevés et fluctuants.

Une économie fortement marquée par un passé diamantifère

Si le Kwango reste une province essentiellement agricole, le sous-sol du district a eu par le passé quelques dispositions minières. L'activité diamantifère a procuré des ressources à la région, liées à la commercialisation des diamants angolais et à l'extraction sur sites propres (zone de santé de Tembo). C'est principalement au niveau de l'Angola que l'activité diamantifère a été pratiquée dans les années 1980 à 2000, générant une forte émigration des hommes du Kwango vers les mines. Ce passé diamantifère a des conséquences socio-économiques sur la situation actuelle. **En effet, une partie des hommes revenus d'Angola a perdu l'habitude et la motivation pour cultiver les champs et une grande majorité des refoulés est revenue avec très peu de moyens financiers. L'exode massif de la main-d'œuvre active vers l'Angola a entraîné une baisse de revenus chez les ménages restés au Kwango, du fait d'une plus faible production agricole.** Suite au conflit frontalier avec l'Angola et les mouvements massifs de populations, beaucoup des familles sont exposées à une vie précaire : « *Les jeunes partent toujours en Angola et laissent les enfants avec ceux qui ne sont pas forts d'où la malnutrition* »³⁹.

c. Caractéristiques agro-écologiques, foncières et environnementales

Des zones-agro-écologiques diversifiées

La distribution de la couverture végétale au Kwango présente une certaine diversité. Sur les plateaux de Bateke, de Kwango et de Lunda, la province est couverte à 75 % de savanes steppiques. Les forêts occupent près de 25 à 30 % de l'étendue, principalement dans les territoires de Kasongo Lunda, Kitenda et Tembo. C'est une zone agro-pastorale où la savane domine. Dans les territoires de Feshi et de Kahemba, un important élevage de bœufs - autrefois d'entreprise, désormais familial et religieux- s'est développé. L'agriculture et le maraîchage sont présents dans les galeries forestières de toutes les rivières et les forêts de bas-fonds ou de coteaux.

Le sol dans cette zone est du type Kalahari avec dominance sablo-argileux. Il existe des particularités en ce qui concerne la structure du sol dans le territoire de Kahemba qui, suite à la présence de la végétation assez dense de brachystegia (Mikondo), présente un aspect humifère. La zone de Kasongo-Lunda présente quant à elle un terrain montagneux⁴⁰.

Un approvisionnement hydraulique suffisant en quantité mais peu développé pour les populations

Le Kwango dispose d'un réseau hydrographique dense et varié mais les réseaux organisés d'eau potable font défaut sur tout le territoire. Au Kwango, seuls 5,8 % des ménages ont accès à l'eau potable⁴¹. Pour les ménages qui ont accès à l'eau potable –essentiellement dans les cités⁴² –, il s'agit généralement de sources aménagées par les ONG dont Action Contre la Faim et ISCO. Pour la très grande partie de la population, **l'approvisionnement en eau se fait par les rivières et les ruisseaux.** Quelques initiatives privées (congrégations religieuses, particuliers...) tentent d'offrir ce service mais la qualité de l'eau distribuée n'est pas vérifiée et les risques de contamination existent. À Kahemba, l'accès à l'eau est particulièrement difficile. Il existe au total 53 sources d'eau sur le territoire, dont 32 seulement sont des sources d'eau aménagées. La conservation des équipements

39 Propos recueillis auprès des personnes enquêtées

⁴⁰ IPC, 2017

⁴¹ Atlas, Unicef, 2017

⁴² Et même dans les cités, l'accès à l'eau potable n'est pas fréquent soit parce que le prix de l'eau demandé est trop cher pour les ménages soit que les infrastructures soient défectueuses.

s'avère difficile. Par exemple, une source d'approvisionnement en eau construite par ISCO est tombée en panne en 2016 deux ans seulement après sa construction. C'est le cas également d'une pompe mise en place par Action Contre la Faim à Kajiji. Pendant la saison sèche, les femmes récupèrent la plupart des eaux de boisson et de lavage dans les rivières qui se trouvent souvent à quelques heures de marche, tandis que pendant la saison des pluies l'eau provient essentiellement de la collecte des eaux de pluie.

Dans les cités, où existent quelques bornes fontaines, les ménages avec un revenu faible vont à la rivière pour chercher l'eau de boisson car leur utilisation est payante. Les enquêtés n'ont pas toujours une bonne compréhension de ce qu'est une eau potable ou, au contraire, ont des doutes quant à la potabilité de l'eau des bornes et adductions installées (par exemple à Kahemba, méfiance car observation de dépôts au niveau de l'eau récoltée à la borne). Globalement, le manque d'eau potable pose un très grand problème aux populations car il entraîne des maladies diarrhéiques débouchant souvent sur la malnutrition.

Outre l'approvisionnement, la gestion de l'eau dans les ménages pose problème : **les récipients utilisés pour la conservation et la manière dont les membres du ménage s'en servent constituent également des sources de contamination.**

Un accès difficile au foncier

Les personnes enquêtées ont très souvent fait référence à **l'infertilité nouvelle des sols impactant leurs productions et leur alimentation ainsi qu'à la dégradation des ressources naturelles et de l'écosystème** en général. Selon elles, la seule solution à leur disposition est de changer de surface cultivée.

Dans la province de Kwango, **l'accès aux terres agricoles n'est pas facile**, comme l'ont affirmé 34,5% des personnes enquêtées. A Popokabaka et à Feshi, actuellement, beaucoup d'espaces arables est concédé par les chefs de terre ou de village aux fermiers pour l'élevage des bovins⁴³. La population a désormais des problèmes pour cultiver les champs : elle doit parcourir de grandes distances pour trouver une terre fertile, parfois 2 à 3 heures de marche. Les personnes qui n'ont pas de terrain pour travailler se mettent au service des autres en contre-partie d'une partie des récoltes qui leur permettra de nourrir leurs familles. **Cette situation fait que les gens ont du mal à se lancer dans des grandes productions et à avoir une nourriture suffisante pour la survie de leurs familles.**

L'administration publique (services étatiques) ne prévoit aucun programme d'intervention de gestion foncière de l'état. La gestion des terres est faite par les Chefs des terres (coutumiers), le ministère de l'agriculture (structure étatique) n'a pas d'emprise sur la gestion des terres.

Dans les zones où il n'y a pas ou pas assez de terres d'Etat mises gratuitement à disposition des villageois.es, près de 20% de la population louent la terre par saison agricole⁴⁴. Ce mode d'accès aux terres agricoles n'est pas anodin. De manière générale, outre les terres d'Etat gratuites, les personnes bénéficiant gratuitement des terres sont les membres de la famille cheffale. Les ménages de fermiers qui ont des moyens peuvent acheter des terres. **Pour le reste des ménages –c'est-à-dire souvent ceux qui ont peu de moyens– l'accès aux champs se fait par la location saisonnière. Cela a plusieurs conséquences.** Tout d'abord, la taille des parcelles louées est petite et leur emplacement pas toujours choisi par les locataires. Par ailleurs, le changement fréquent de terres cultivées augmente le temps et l'effort passés à défricher et nettoyer le sol. Cette mobilité rend complexe l'élaboration pluriannuelle de rotation ou de plans de culture.

Comme les surfaces sont petites et les rendements moindres, les personnes privilégient les cultures de manioc ou de rente au détriment de la diversité de cultures. De plus, le loyer à payer est imputé sur la totalité des récoltes ou le revenu de leur vente, ce qui diminue d'autant les ressources du ménage. Enfin, il a été constaté que ce mode d'accès aux champs, s'il est parfois privilégiés par certaines femmes car il permet de ne pas rester sur des parcelles peu productives, fragilise les locataires qui peuvent se retrouver expulsées en cours de saison par les propriétaires. Enfin, une corrélation statistique entre le type d'accès à la terre et la malnutrition est apparue dans

⁴³ Cette manière de faire est, en elle-même, révélatrice du manque de gouvernance au sein même des communautés et des instances de décision villageoises. En effet, les personnes enquêtées ont dit que les chefs privilégient leurs intérêts financiers en vendant les terres villageoises aux fermiers, au détriment des populations agricoles. Bromwich, B. (2017). Power, contested institutions and land: repoliticising analysis of natural resources and conflict in Darfur. *Journal of Eastern African Studies*, 12(1), 1-21. doi:10.1080/17531055.2017.1403782
Maxwell, D., & Wiebe, K. (1999). Land Tenure and Food Security: Exploring Dynamic Linkages. *Development & Change*, 30(4), 826-849.

⁴⁴ Les systèmes de gestion foncière se superposent entre une gestion coutumière et une gestion étatique, ce qui peut être au détriment des ménages les plus vulnérables.

l'enquête ménage. **Les ménages qui louent la terre par saison agricole manquent plus de nourriture durant l'année et sont plus vulnérables à la malnutrition aigüe en période de soudure** ($p=0.0541$; $OR=4.8$). Leurs enfants courent 4 fois plus de risque de développer une malnutrition aigüe par rapport aux ménages qui ont obtenu la terre gratuitement. Ces derniers sont moins vulnérables à la malnutrition chronique ($p=0.014$)⁴⁵.

De nombreux villages bénéficient d'un accès gratuit aux terres agricoles car elles appartiennent à l'Etat. **Il n'y a pas de critère notable d'exclusion de type ethnique, historique, religieux, professionnel dans l'accès aux champs. Cependant, les ménages ayant peu de moyen financier (femmes seules ou sans appui du mari, ménages de mono-agriculture, ménages avec personnes malades ou âgées, ménages de retournés d'Angola) sont ceux qui ont le plus de mal à accéder aux bonnes terres et à avoir des parcelles proches de taille suffisante.**

Un environnement sanitaire et un assainissement problématiques

La situation sanitaire dans la province du Kwango est encore plus précaire qu'elle ne l'est au niveau national car **seuls 7,8 % des ménages ont accès à un environnement assaini**⁴⁶. La situation varie en fonction des territoires et pourrait être plus facilement améliorée dans les territoires du nord, plus proches de la capitale et dotés de meilleures infrastructures. Les personnes enquêtées ont fait part des nombreux problèmes contribuant à créer un environnement insalubre et de leurs liens avec la malnutrition (appellation « Basafu » : hygiène défectueuse au village). En ce qui concerne les installations d'assainissement, des latrines à fosse simple sont présentes dans la plupart des villages. **Elles sont rarement hygiéniques et les parents leur reprochent d'être des sources importantes de contamination**, aussi bien par les mouches qu'elles attirent que par les excréments au sol dans lesquels les enfants marchent. La plupart des latrines est partagée entre plusieurs ménages, ce qui pose un problème car l'entretien n'est pas collectif ou partagé. Ce sont les hommes propriétaires de la parcelle où se situent les latrines qui sont en charge de son nettoyage. Or, ils se découragent rapidement du fait du manque d'implication des autres utilisatrices et utilisateurs dans l'entretien des latrines. Une seule fois a été rencontré un ménage ayant installé des latrines spécifiques aux enfants afin de diminuer les risques de contamination pour eux, sur recommandation d'une ONGI. Cependant, certains ménages craignent que les enfants jeunes utilisent les latrines. Les parents ont peur que les plus petits tombent dans les fosses, que la dalle s'effondre ou qu'ils se contaminent plus que lorsqu'ils défèquent à l'air libre⁴⁷.

Les populations ont aussi relevé un lien direct entre la divagation des animaux⁴⁸ au niveau des sources d'eau (animaux sauvages, gros bétail) ou au sein des habitations (porcs, petit bétail) et les maladies zoonotiques, lesquelles touchent plus particulièrement les enfants. Aucun type de ménage n'est plus vulnérable à ces maladies que les autres car les animaux sont en divagation sur toutes les parcelles et les enfants y sont exposés de la même manière. Cependant, c'est à la saison des pluies que les risques de contamination sont les plus forts car l'eau ruisselle et stagne dans tout le village.

Les pratiques d'hygiène ne sont pas optimales, aussi bien en ce qui concerne le lavage des mains que des enfants. La perception de la saleté est plus liée à la couleur des mains ou associée à certaines tâches (travail agricole, contact avec les animaux) qu'à la connaissance des chaînes de contamination. Aussi, il n'est pas considéré comme nécessaire de se laver systématiquement les mains avant les repas. Quand le lavage est effectué, c'est souvent à l'eau simple et dans une bassine commune aux membres du ménage. L'usage de la cendre comme désinfectant n'est pas connu par les populations et le savon est peu présent dans les ménages faute de moyens. Les bassines ou les seaux à robinet manquent aux ménages pour les mêmes raisons. **La faible disponibilité en eau, la surcharge de travail des femmes et l'absence d'implication des hommes dans les soins aux enfants ont des répercussions sur leur hygiène quotidienne, facteur propice au développement des maladies.**

Des ressources naturelles exposées à des menaces variées

Cette province fait face à un environnement fortement dégradé, en particulier à un sol appauvri, et subit l'impact des évolutions climatiques, notamment l'irrégularité des pluies.

⁴⁵ Cf annexe 11

⁴⁶ *Atlas*, Unicef, 2017

⁴⁷ Miller-Petrie, M. K., Voigt, L., McLennan, L., Cairncross, S., & Jenkins, M. W. (2016). Infant and Young Child Feces Management and Enabling Products for Their Hygienic Collection, Transport, and Disposal in Cambodia. *Am J Trop Med Hyg*, 94(2), 456-465. doi:10.4269/ajtmh.15-0423

⁴⁸ Rares sont les ménages qui utilisent les enclos ou les poulaillers sur leur parcelle. Hormis le gros bétail, confié à des bouviers dans des fermes loin des villages, tous les autres animaux (porcs, canards, poules, chèvres, moutons) sont en divagation.

La principale menace naturelle pesant sur le Kwango est liée à l'érosion des sols par l'eau et par les vents, aggravée en certains points par l'activité anthropique (concentration urbaine, feux de brousse, etc.). **Les forêts dans la province du Kwango sont fortement dévastées** surtout à cause des cultures non fixes⁴⁹. L'arrivée des pluies se fait désormais plus tardivement et les sols connaissent une forte lixiviation, ce qui pourrait s'expliquer par la hausse des températures due au changement climatique⁵⁰.

La réduction rapide de la fertilité des sols, notamment dans la partie la plus agricole de la province, est une grave menace pour la sécurité alimentaire. La dévastation des forêts, le raccourcissement de la durée des jachères, le manque d'intrants et de connaissances agronomiques ainsi que les feux de brousse répétés d'année en année diminuent constamment la fertilité des sols du Kwango⁵¹. **Les populations sont conscientes des chocs et stress climatiques ayant un effet sur leur productivité et les ressources naturelles.** Dans les trois territoires de la province de Kwango, il a été observé que de grandes difficultés environnementales conditionnent la vie de la population. Ainsi, **le problème d'accès à la terre est également lié à cette problématique de manque de gestion des ressources naturelles et de méconnaissance des techniques de régénération des sols.** Du fait d'une exploitation trop intense des terres agricoles, les ménages changent régulièrement de parcelles afin de profiter de sols plus fertiles. Cela entraîne un déboisement intensif et une érosion des sols lessivés par les pluies.

Chocs et facteurs de résilience des populations

Dans le sud du Kwango, les principaux dangers sont les ravageurs des cultures (animaux en divagation, mosaïque, cochenille et araignée verte) qui sévissent toute l'année et les maladies de la volaille (en avril et octobre). Les stratégies d'adaptation consistent en une augmentation des ventes du petit bétail, en la vente des réserves agricoles, alimentaires ou semencières ou d'aliments sauvages, en l'augmentation du travail agricole par la location de sa force de travail ainsi qu'en des migrations transfrontalières en Angola.

Dans le nord du Kwango, les principaux dangers sont les ravageurs des cultures pendant la saison de croissance, les ravageurs des animaux et les retards dans le début des pluies (mars et octobre). Le nord-ouest peut également être inondé en avril et en novembre. Pour faire face à ces risques, les ménages augmentent les ventes de volaille, leurs ventes de charbon de bois / bois de chauffe ou intensifient leurs ventes d'huile et de vin de palme. Dans le nord-ouest, plus près de Kinshasa, certains ménages migrent également vers les centres urbains⁵².

Dans la plupart de cas, les réactions et stratégies des populations du Kwango face aux différents chocs sont insuffisantes ou inadaptées⁵³.

D'après les éléments recueillis lors du diagnostic communautaire sur la perception des principaux chocs et stress auxquels ces communautés sont confrontées, les tendances suivantes sont ressorties :

- Les chocs dominants sont ceux qui relèvent des domaines environnementaux et sanitaires.
- Les saisons influencent beaucoup la survenue de la majorité de chocs/stress environnementaux et sanitaires.
- Les chocs/stress qui surviennent pendant la saison de pluies affectent principalement les individus, tandis que ceux qui surviennent en saison sèche affectent souvent directement les cultures ou les bétails.
- Exceptés le Konzo et la malnutrition chronique, tous les chocs/stress sanitaires s'installent brutalement.
- La majorité de chocs/stress sont ressentis à l'échelle de la région (territoire) et dans une certaine mesure à l'échelle de villages.

d. Contexte politique, culturel et socio-ethnique

Contexte administratif et faible fonctionnement de la gouvernance et des services décentralisés

C'est en 1890 que le Kwango, alors appelé district du Kwango, fut annexé à l'État indépendant du Congo et devint son 12e district. Lors des réformes administratives du milieu des années 1960, le district du Kwango fut incorporé

⁴⁹ Coordination Prov. Envir. 2016 et Kwango, *Le pays des Bana Lunda*, 2013

⁵⁰ Ministère de l'Environnement, *Conservation de la Nature et Tourisme*, 2012

⁵¹ Ministère de l'Environnement, *Programme d'investissement pour la forêt*

⁵² USAID, UKAID FEWSNET, et al., 2016

⁵³ Cf annexe 8

dans la province du Bandundu. En 2015, le Kwango (re)devient une province de la RDC à la suite de l'éclatement du Bandundu.

Au moment de la décolonisation, la province connaît le double problème d'un faible développement administratif et structurel par les autorités belges et de l'impuissance des autorités cheffales. Les cadres congolais formés par les Belges sont mis de côté par les chefs traditionnels alors même que leur propre pouvoir de décision et d'action est amoindri par les colonisateurs. La province se retrouve donc avec une insuffisance de cadres et de dirigeants actifs au moment de la reconstruction post-indépendance⁵⁴.

La volatilité de la situation socio-politique en RDC continue à **ralentir le processus de décentralisation et de déconcentration et l'engagement des décideurs au niveau provincial. Actuellement, le cadre politique définissant les priorités et orientations pour la province du Kwango reste très peu développé.** On pourra faire néanmoins référence au « Plan Quinquennal de Croissance et de l'Emploi 2011-2015 de la Province du Bandundu », au « Plan Provincial d'Investissement Agricole de la province du Bandundu (PPIA-2012) », et aux « Plans de développement agricole de territoire » développés par les Conseils Agricoles Ruraux de Gestion (CARG).

A l'instar des nouvelles provinces issues du découpage territorial de 2015, dans le Kwango les entités territoriales décentralisées ne sont pas encore assez solides pour prendre en charge tous les problèmes socio-économiques des populations. Il en résulte de difficultés –surtout pour les femmes et les enfants– d'accès à la santé, à l'éducation, à la protection et à l'eau, hygiène et assainissement⁵⁵. Il faut aussi signaler les difficultés pour les autorités politico-administratives de parcourir tout leur territoire.

Par ailleurs, l'enquête a mis en évidence des dysfonctionnements majeurs liés à l'administration des communautés, à savoir le manque de gouvernance et la faible cohésion sociale. En effet, les pratiques de bonne gouvernance posent problème, aussi bien au sein des groupements collectifs citoyens qu'envers les administrations officielles. La mobilisation collective n'est pas aisée ; même si des associations ou des ONG locales existent, les personnes enquêtées ont fait preuve d'une certaine réticence envers les actions et les procédures collectives, notamment à cause des détournements et des abus de pouvoir expérimentés.

Un contexte ethnique très divers mais sans tension majeure

Le Kwango, souvent présenté comme le pays des Yaka, dissimule en fait une mosaïque de peuples. Les Yaka occupent en effet 3 des 5 territoires qui composent le Kwango, notamment Kasongo-Lunda, Kenge et Popo-Kabaka et leur démographie avoisine les 2 millions d'habitants. Le Kwango est également habité par des Suku, des Lunda, des Chokwe, des Pelende, des Sonde, des Hungana, des Pende, des Kwese, des Mbala, des Holo, des Ngongo, des Tsamba, etc⁵⁶. **Aucun trouble ethnique et religieux n'est repérable dans cette province.**

La situation problématique des femmes dans la province

Dans plus de 80% des ménages enquêtés dans la phase 3, ce sont les femmes qui s'occupent de soins des enfants. En outre, elles s'occupent du ramassage de bois (71%), de la cuisine (87%) et de l'approvisionnement du ménage en eau (70,75%). Elles assurent aussi 30% des activités de commerce et assument à plus de 90% les tâches agricoles. Même dans les tâches culturellement réservées aux hommes, comme l'élevage, les femmes y jouent une part très active, notamment en s'occupant des volailles. Au Kwango, les ménages très vulnérables, souvent composés de femmes seules avec leurs enfants, risquent davantage de connaître un déséquilibre alimentaire et d'être touchés par la malnutrition. **Les hommes s'impliquent très peu dans les tâches domestiques, reproductives et agricoles.** Les femmes se surnomment elles-mêmes les « panneaux solaires » dans la mesure

⁵⁴ Kwango, le royaume de Bana Lunda, 2012

⁵⁵ Unicef, 2017

⁵⁶ Plus particulièrement : Le plateau Lunda avec les territoires de **Feshi et Kahemba** est habité par les ethnies *suku* et *sonde* au Nord et au centre du territoire de Feshi, les *pende* au Nord-est de ce même territoire et les *Tshokwe* au Sud. Ces derniers font leur extension jusque dans le territoire de Kahemba où on les retrouve sur toute la zone Sud-ouest en cohabitation avec les Lunda. Les territoires de **Kasongo Lunda** et **Popokabaka** sont fortement occupés par l'ethnie *Yaka*, avec quelques pénétrations *Tshokwe* et *Lunda*, notamment dans les régions de Panzi et Kingwangala. La population du territoire de **Kenge** comprend à la fois les *pelende* et les *yaka*.

où elles travaillent tout le temps que le soleil est levé et parce que ce sont elles qui fournissent « l'énergie » aux ménages.

Les femmes pauvres vivant en milieu rural ont très peu d'autonomie financière. Les revenus qu'elles génèrent à partir de la culture de petites parcelles sont vitaux pour l'alimentation et l'hébergement de la famille. Toutefois, elles doivent parfois payer à leurs maris un loyer tiré de leurs productions agricoles, en d'autres termes du budget du ménage, en plus de payer l'éducation, les aliments et les soins de santé. Ce que les hommes font avec « leur argent » ne regarde qu'eux mais il n'est pas attendu d'eux que leur argent soit consacré aux besoins de la famille. La répartition des dépenses des hommes tend à privilégier leurs besoins personnels (alcool) ou sociaux (2^e épouse, cérémonies de mariage ou de funérailles...). Cela a évidemment une incidence sur la santé, l'alimentation et le bien-être des autres membres des ménages et expose les enfants à des risques plus élevés de malnutrition. **De manière générale, le pouvoir de décision des femmes est très faible dans le ménage et la communauté.** Elles ne peuvent décider par elles-mêmes de l'usage de leurs revenus et sont peu entendues par les instances communautaires. **Leur surcharge de travail, leur faible instruction et leur manque de confiance en elles freinent leur investissement dans les groupements agricoles et villageois alors même qu'elles sont les premières utilisatrices des ressources communes telles que l'eau, les ressources forestières ou les terres agricoles.**

Selon les communautés, il y a une **habitude ancrée de consommation d'alcool par les hommes**, ce qui a d'important effets négatifs sur le bien-être des ménages. Selon les enquêtés, les gens boivent beaucoup l'alcool frelaté (Tshitshampa ou Tshiori) et c'est la raison pour laquelle on enregistre parfois des naissances des bébés déformés. Il a été rapporté que « les hommes ne travaillent pas, ils ne savent que boire et le soir, ils menacent les femmes ». Quand le commerce du diamant était florissant, les hommes de ce secteur ne travaillaient pas ou peu et ils ont gardé les mêmes habitudes. **Les jeunes ont peu de motivation et de formation pour les travaux agricoles, notamment parce qu'il n'y a pas de mécanisation.**

Environ 36% de femmes interrogées en phase 3 ont accouché de leur premier enfant alors qu'elles étaient âgées de moins de 18 ans. La situation est presque similaire pour le mariage : 32% de femmes se sont mariées avant d'avoir atteint 18 ans. **La pauvreté de parents serait une des causes qui poussent les jeunes filles à se marier aussi tôt.** Etant encore trop jeunes, ces femmes ne savent très bien prendre soin de leurs enfants. Comme souvent leurs maris aussi sont jeunes, ces ménages n'ont pas assez de ressources pour faire face aux dépenses surtout alimentaires. **Selon les données statistiques de la phase 3, les ménages jeunes sont plus enclins à développer des taux de malnutrition élevés.**

Perceptions communautaires sur le contexte du Kwango

Sur la base du diagnostic communautaire réalisé dans les territoires de Feshi, Kahemba et Popokabaka, des éléments ont pu être recueillis sur la perception du contexte politique, économique, socio-ethnique, climatique de la province du Kwango

- La population a été fortement marquée par l'impact des échanges avec l'Angola. La période 1980-1990 a créé une perturbation très forte, et d'après les enquêtés, c'est à ce moment-là que la malnutrition est apparue. La rébellion en Angola (UNITA) et l'exploitation du diamant ont entraîné un exode massif de la population et une baisse de la production agricole. Aujourd'hui encore, malgré la fin de l'exploitation du diamant et la fermeture des frontières suite à la mort de Savimbi, les hommes et les jeunes continuent à quitter la province pour l'Angola (surtout à Kahemba), à la recherche de petites activités commerciales.
- De façon générale, l'enclavement des milieux et l'état des routes affectent le mode de vie des populations qui n'arrivent pas à se lancer dans de grandes productions parce qu'elles ne savent pas comment les évacuer. Pour ne pas courir le risque de tout perdre, elles préfèrent abandonner certaines productions.
- Il existe des pratiques agricoles que les communautés de la province du Kwango ont abandonnées soit sur ordre des chefs soit pour des raisons d'adaptation aux stress climatiques. C'est notamment la culture du millet qui n'est plus pratiquée à Maziamu et à Mafuti sur ordre des chefs qui pensent que cette culture appauvrit le sol. La culture des patates n'est plus courante alors qu'elle contribuait surtout à l'alimentation des enfants en l'absence de leurs parents pendant la journée.
- Sur le plan écologique, l'exploitation non contrôlée des ressources naturelles a fortement impacté le potentiel de production agricole diversifiée et la biodiversité. Avant les années 1980, il y avait beaucoup de gibiers, d'antilopes, mais cela a fortement diminué avec l'apparition des armes calibre 12. A l'époque, la chasse était régulée et il y avait des réserves de faune. Maintenant, ce n'est plus encadré.
- La situation semble s'être fortement dégradée d'un point de vue agricole et environnemental et le peu d'encadrement des activités agricoles et de gestion des ressources naturelles a contribué à la dégradation de cette situation. Ce problème est lié aussi au manque de gouvernance institutionnelle et locale.

B. Situation nutritionnelle et alimentaire pour la province du Kwango

Les principales difficultés présentées ci-dessus ont une incidence très forte sur la situation nutritionnelle et alimentaire et les impactent sous différents aspects. Par exemple, l'alimentation monotone et non optimale est à l'entrecroisement aussi bien des difficultés de mobilité que de l'accès compliqué au foncier ou des habitudes sociales défavorables aux femmes.

a. Situation alimentaire et nutritionnelle

Une alimentation monotone et problématique

Comme dans l'ensemble de la RDC, le régime alimentaire au Kwango est peu diversifié et en quantité insuffisante. Du fait de sa bonne adaptation aux sols infertiles et aux sécheresses, **le manioc constitue l'aliment de base**⁵⁷. Il est consommé sous forme de « fufu », pâte préparée généralement à base de la seule farine de manioc, principale composante du régime alimentaire des populations. A cet aliment de base, les populations ajoutent des feuilles (manioc, amarante, fougère), des chenilles et des champignons pendant la saison de cueillette et, en faible quantité, du poisson et de la viande. Dans certains villages ou ménages, la farine de manioc est parfois associée à la farine de maïs ou de millet mais ces deux céréales sont difficiles à moudre manuellement pour les femmes, ce qui est un frein majeur à leur consommation. Pourtant, l'association des farines dans le fufu permet d'éviter grandement le Konzo. Y sont parfois rajoutés en faible quantité la courge, le niébé, le haricot, la pomme de terre et l'huile de palme. En général, **la diversité alimentaire est très faible**. Même si ces produits sont cultivés, près de la moitié des ménages ne consomme jamais de haricots ni de niébé (48%) et le poisson est

⁵⁷ Son aptitude à se conserver en terre deux à trois ans après sa maturation lui confère des caractéristiques intéressantes (Kehinde A.T, Utilization potentials of cassava in Nigeria: the domestic and industrial products. *Food Rev. Int.*, 22(1), 29-42. 2006).

consommé seulement une fois par semaine par 44% des ménages de Kwango (62% à Kahemba). Il existe peu d'informations sur la consommation exacte de fruits mais la plupart des sources affirme que **les fruits ne sont consommés qu'occasionnellement** (sauf « l'Atanga »). La consommation d'aliments sauvages au Kwango n'est pas documentée⁵⁸.

Comme vu ci-dessus, l'interdépendance entre la production agricole et l'alimentation des ménages est très forte. Il s'avère que la diversité agricole produite est faible en quantité. S'y ajoutent les pratiques alimentaires et les nécessités économiques, lesquelles contribuent à diminuer encore la diversité nutritionnelle des personnes puisque la plupart des produits nutritifs et diversifiés est vendue.

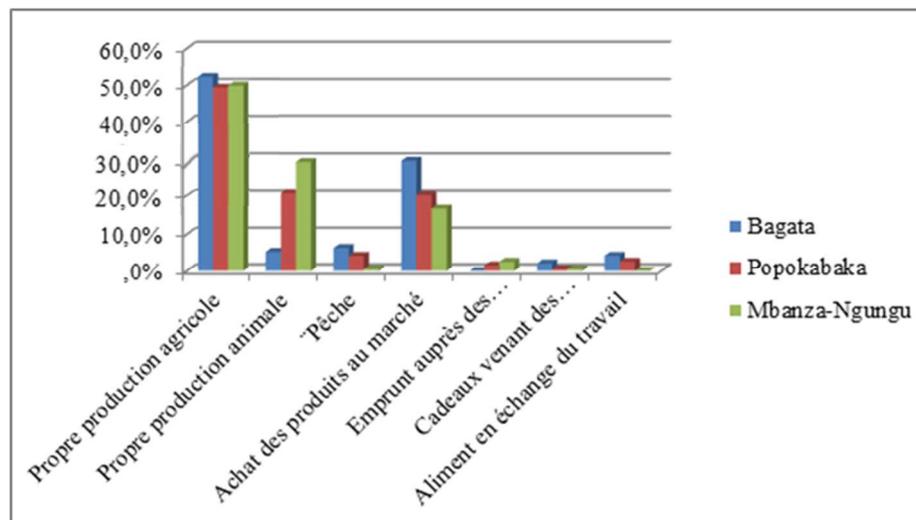
A part au Nord, le maïs produit est généralement vendu mais peu consommé. En termes d'apport en protéines, les femmes enquêtées préfèrent préparer la viande, mais pas les chenilles et autres sources de protéines plus accessibles (notamment à Kahemba). Les produits forestiers non ligneux comme les chenilles et les champignons sont consommés en fonction des saisons. **Les enquêtés pensent que c'est la monotonie des repas, causée par une perte de la diversification alimentaire et agricole depuis dix ans (par exemple, les pommes de terre), et l'insuffisance des repas (1 ou 2 fois par jour, ou tardif)⁵⁹ qui sont à la base de cette pauvreté alimentaire.** « Certains villages n'ont même pas accès au manioc, voilà pourquoi les gens ne mangent pas bien et sont exposés à la malnutrition ».

Pour les populations, la notion de « bonne nourriture » renvoie aussi à la manière dont les aliments sont préparés. Si la nourriture n'est pas bien cuisinée (c'est-à-dire seulement avec eau, sel, piment, rarement de l'huile), les gens ne vont pas bien manger. Ils associent aussi ce « pas bien manger » aux conditions hygiéniques qui ne sont pas réunies : ainsi, **ils seront exposés à des maladies et aux microbes qui peuvent facilement affecter leur santé et les « entrainer » dans la malnutrition.** Les personnes ont aussi fait référence au mauvais rouissage du manioc comme cause du Konzo et de la malnutrition.

Les impacts du manque de marché et de filières de transformation sur l'alimentation des ménages

En général, au regard de l'enclavement du Kwango, **les ménages s'approvisionnent principalement sur la base de leur propre production agricole.**

Figure 3 - Source d'alimentation des ménages, Territoire de Popokabaka



Source : Enquête de base, Caritas, 2016

Il n'existe pas de chaîne du froid au Kwango, ce qui rend difficile la conservation des produits. La plupart des produits frais sont séchés ou transformés seulement s'ils peuvent être transportés vers des marchés plus importants. **L'absence d'infrastructures de stockage et de transport freine le développement des chaînes de**

⁵⁸ Action Contre la Faim, *Rapports Sécurité Alimentaire et Santé*, IPC, 2017

⁵⁹ L'insuffisance des repas est due, selon les personnes, au manque de revenus au sein du ménage, à la faible production agricole, à la saisonnalité et aux prix élevés des denrées alimentaires (par exemple, le lait).

valeur. Les ménages font peu de réserves car les techniques traditionnelles de conservation agricole ne sont plus courantes et qu'ils utilisent leurs réserves pour dégager des revenus : « *la population du village sait conserver, mais il arrive qu'avec tout ce qu'elle connaît comme problèmes, comme la scolarisation des enfants et les soins de santé, tout ce qu'elle garde est, dès fois vendue, pour subvenir à ses besoins* ».

Les personnes enquêtées ont fait remarquer que **la vente d'une grande partie de leurs produits agricoles a un lien avec la malnutrition**. Cette situation a pris de l'ampleur, la population étant maintenant habituée à vendre presque toute sa production agricole vers Kinshasa ou l'Angola. L'échange se fait souvent par le troc contre des piles, de l'alcool, des poissons salés, des bassines, du sucre, des babouches etc. L'élevage en particulier est essentiellement destiné à la vente ou au don pour payer la scolarité des enfants, recevoir les visiteurs et régler toutes les dépenses imprévues.

Des pratiques d'Allaitement Maternel Exclusif (AME) et d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) fortement impactées par la surcharge de travail des femmes

La première source de nourriture évoquée à 74% par les enquêtés est la production agricole. Or, le travail des champs est essentiellement assuré par les femmes et les jeunes filles. En plus des tâches agricoles, les femmes assurent la quasi-totalité des tâches du ménage. **Cette surcharge de travail des femmes a des effets aussi bien sur l'alimentation des enfants que sur la production agricole**. Parce qu'elles bénéficient peu d'aide extérieure (mari, coopératives, main d'œuvre agricole), les femmes doivent consacrer une grande partie de leur temps aux travaux champêtres. Cela fait **qu'elles laissent leurs nourrissons de 2 ou 3 mois** à des membres du ménage pour se rendre en journée aux champs. Pendant ce temps, **l'enfant ne boit que de l'eau, du thé ou rien du tout**. L'AME pendant les premiers six mois n'est donc pas assuré. Le sevrage est précoce, à partir de 3 ou 4 mois. Les aliments donnés sont alors de la bouillie ou du fufu de manioc auxquels sont ajoutés les condiments et les sauces utilisés quotidiennement par les membres des ménages. D'après l'enquête EDS de 2013-2014, seuls 20,2% des enfants de 6 à 23 mois consomment 4 groupes d'aliment. Très jeunes, les enfants manquent donc de diversification et de quantité dans leur alimentation.

Par ailleurs, pendant les heures où les mères cultivent les champs, **les enfants plus âgés (entre 2 et 6 ans) se gardent seuls**. Les mères leur laissent un repas déjà préparé ou ils doivent se préparer eux-mêmes à manger. **Les conditions d'alimentation et d'hygiène ne sont donc pas optimales et les risques de contamination (eau souillée, excréments, mains sales) sont accrus à ces moments**. La surcharge de travail des femmes a aussi une autre incidence dans l'alimentation des ménages. Plusieurs d'entre elles ont dit de ne **pas avoir assez de temps en journée pour puiser des quantités d'eau suffisantes au ménage ou même pour aller puiser**. De ce fait, le repas du soir préparé est soit en quantité plus réduite, soit absent, soit tardif pour les enfants, ce qui fait qu'ils mangent insuffisamment.

Il s'est dégagé une **nette démarcation entre les cités et les villages dans la pratique des soins et d'alimentation des enfants**, surtout en ce qui concerne les aliments complémentaires. Les femmes des cités ont semblé avoir été plus sensibilisées sur l'allaitement exclusif que celles vivant en milieu rural. Ces différences relèvent de plusieurs facteurs. Tout d'abord, les femmes vivant près des centres de santé ont plus l'occasion d'être en contact avec des campagnes ou des actions de sensibilisation à l'AME et l'ANJE, notamment parce que l'accès aux centres de santé pour les consultations pré et post-natales est plus aisé. De plus, ces femmes ont plus accès à des produits agricoles et alimentaires diversifiés ou favorables aux enfants grâce à la présence des marchés. Enfin, il y a plus de femmes qui travaillent comme salariées ou commerçantes en ville, ce qui leur permet de consacrer plus de temps aux soins des enfants et leur procure plus de revenus.

Les données de notre enquête révèlent que, dans tous les villages visités, **la plupart des enfants sevrés prend un seul repas, en quantité insuffisante et à des heures tardives**. La monotonie alimentaire des repas dissuade parfois les enfants, qui refusent alors de manger. L'alimentation des enfants est également influencée par certains interdits alimentaires : sauterelles, petits oiseaux, rats, feuilles de manioc (diarrhée), tortue (gale), etc.

Des pratiques alimentaires différentes selon les moyens de revenus

Quelques différences alimentaires sont perceptibles en fonction des moyens d'existence. **Les ménages composés d'une personne salariée ont des taux de malnutrition plus élevés que les autres ménages**. Les explications sont plusieurs : *un plus fort endettement des ménages fonctionnaires suite au non-paiement de leur traitement par l'Etat ; *plus de dépenses hors ménage (alcool, 2e épouse...); *des dépenses alimentaires

tournées vers des produits industriels et transformés. Le régime alimentaire des autres types de ménages (agricoles, commerçants, petit et gros bétail) varie peu. Cependant, **les ménages ayant l'agriculture comme seule source de revenu sont les plus vulnérables à la malnutrition et aux maladies**. En effet, ils ont peu de réserve alimentaire, financière et agricole pour faire face aux chocs ponctuels et aux dépenses imprévues.

b. Situation de la malnutrition sévère aigüe et chronique

Tableau 4 - Principaux indicateurs de nutrition, province du Kwango, RDC60 (en rouge, les indicateurs du Kwango moins bons que pour le reste du pays)

Indicateurs	Kwango		RDC	
	Valeur	Source/Années	Valeur	Source/Années
Prévalence de la malnutrition				
Malnutrition chronique chez les enfants < 5 ans (%<-2 z-score)	45,6 %	EDS, 2013-2014	43 %	EDS, 2013-2014
Malnutrition Aigüe Globale chez les enfants < 5 ans P/T< -2 z-score et/ou œdèmes	11,6 %	EDS, 2013-2014	8 %	EDS, 2013-2014
Malnutrition Aigüe Sévère chez les enfants < 5 ans P/T<-3 z-score et/ou œdèmes	NA		3 %	EDS, 2013-2014
Insuffisance Pondérale enfants < 5 ans	22 %	EDS, 2013-2014	23 %	EDS, 2013-2014
% des femmes de 15-49 ans maigres (IMC < 18,5 kg/m ²)	32,1 %	EDS, 2013-2014	N/A	
Carence en micronutriments				
Prévalence de l'anémie chez les jeunes enfants	58 %*	EDS, 2013-2014	60 %	EDS, 2013-2014
Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes	75 %	PRONANUT 2005	67 %	PRONANUT, 2005
Prévalence de l'anémie chez les femmes allaitantes	57 %	PRONANUT 2005	53 %	PRONANUT, 2005
Prévalence de carences en vit. A - enfants 6-59 mois	NA		64 %	Stevens et al., 2015
Ménage souffrant de carences en vit. A	40 %*	Ulimwengu et al., 2012	12 %	Ulimwengu et al., 2012
Prévalence de la déficience en Zinc - adultes 15-49 ans	NA		54,3 %	Wessels et al., 2012
% vivant dans un ménage avec du sel iodé	98 %*	EDS, 2013-2014	92 %	EDS, 2013-2014
Santé / Maladies				
Taux de mortalité infantile	57 ‰*	EDS, 2013-2014	58 ‰	EDS, 2013-2014
Nombre moyen d'enfants par femme	6,3 *	EDS, 2013-2014	6,6 %	EDS, 2013-2014
% maladies diarrhéiques - enfants 6-59 mois	14,5 %	EDS, 2013-2014	16,8 %	EDS, 2013-2014
% d'enfants avec au moins un parasite intestinal	82,6 %*	PRONANUT 2005	82 %	PRONANUT 2005
Prévalence moyenne du Konzo	1,2 %	Action Contre la Faim, 2010	NA	NA
Consommation Alimentaire				
Ménages avec Score de Consommation Alimentaire pauvre à limite	25 %*	CFSVA, 2011-2012	38 %	CFSVA, 2011-2012
Diversité alimentaire minimale chez les nourrissons 6-23 mois	NA		19,9 %	EDS, 2013-2014
Pratique de soin et Alimentation du jeune enfant				
Mise au sein précoce	54,8 %*	EDS, 2013-2014	51,9 %	EDS, 2013-2014
Allaitement exclusif 0 – 6 mois	30 %*	CFSVA, 2011-2012	47,6 %	EDS, 2013-2014

⁶⁰ Il n'y a pas eu d'enquête globale plus récente au Kwango permettant d'obtenir des résultats actualisés sur les indicateurs ci-dessus.

Supplémentation en vitamine A enfants 6-59 mois	71,8 %*	EDS, 2013-2014	70,4 %	EDS, 2013-2014
Eau et Assainissement				
Accès durable à une source d'eau améliorée	5,8 %	EDS, 2013-2014	52 %	EDS, 2013-2014
Accès durable à une source d'eau améliorée en milieu rural	5,9 %	EDS, 2013-2014	32,2 %	EDS, 2013-2014
Accès à un assainissement de base en milieu rural	7,8 %	EDS, 2013-2014	17 %	EDS, 2013-2014
Défécation à l'air libre	15,7 %	EDS, 2013-2014	14,7 %	EDS, 2013-2014
Lavage des mains au savon	13,8 %	EDS, 2013-2014	13,7 %	EDS, 2013-2014
Revenus des ménages				
Part des revenus affectés à l'alimentation	NA		67 %	CFSVA, 2011-2012

NA : non disponible *Données du Bandundu

Croyances en lien avec la malnutrition

Les causes réelles de la malnutrition aigüe sévère et chronique ne sont pas toujours bien définies par les populations même si des sensibilisations sont régulièrement faites, notamment de prévention au Konzo.

Il y a, dans les communautés, des **croyances présentes d'une origine magique de la malnutrition**. Elle serait le fait du « mauvais sort » soit parce que l'épouse n'a pas été dotée, soit parce les chefs de terre n'ont pas reçu leur tribut soit parce que les fétiches familiaux sont gardés par un des membres de la famille. Alors, les enfants ne sont plus protégés et tombent malades de malnutrition. Certaines personnes croient que c'est une maladie qui provient de l'air car, alors même que les familles prennent correctement en charge leurs enfants, ils tombent dans la malnutrition.

Les mauvaises pratiques alimentaires et le fait que les enfants soient seuls ou abandonnés par leurs parents et à la charge d'autres (mort des parents, séparation des parents, exode vers l'Angola, infidélité) sont également considérés comme des causes de la malnutrition infantile. Les communautés enquêtées **perçoivent surtout la quantité insuffisante d'aliments, le manque de qualité des aliments et le fait qu'il n'y ait pas de réserves comme une des causes sous-jacentes de la malnutrition. Ils évoquent moins directement le manque de diversité ou l'absence de transformation des aliments.**

Certaines maladies sont perçues comme entraînant la malnutrition, c'est-à-dire qu'il y a des maladies qui « amènent les gens à la malnutrition », notamment : le « Pululu » (le vagin reste ouvert après l'accouchement, la femme est facilement infectée et ne mange pas bien) ; le « Mukawa » (qui provoque des avortements, des mort-nés et la malnutrition chez les femmes en âge de procréer) ; la piqûre d'un insecte appelé Buzobaketu ; le paludisme, les vers intestinaux (amibes, jardia) ; le Konzo ; le Condylome ; la forte fièvre ; l'anémie. La consommation des aliments tabous a été identifiée comme une source de maladie pouvant entraîner la malnutrition, surtout pour les femmes enceintes/allaitantes (les œufs : pieds gonflés, la viande de porc : organisme affaibli et changement de la couleur de l'enfant à naître, les feuilles de concombre : enfant muet).

Tableau 5 - Prévalence de la malnutrition, territoires de Feshi, Kahemba et Popokabaka, Province du Kwango, novembre 2018-janvier 2019

Référence	Indicateurs	Résultats	
OMS	Z-score n = 1079	Malnutrition Aigüe Globale (P/T <-2 z-score et/ou oedèmes)	11,5 % (9,0 - 14,6 95% C.I.)
		Malnutrition Aigüe Modérée(P/T <-2 z-score et >=-3 z-score, no oedèmes)	9,6 % (7,7 - 12,0 95% C.I.)
		Malnutrition Aigüe Sevère (P/T <-3 z-score et/ou oedèmes)	1,9 % (1,2 - 3,0 95% C.I.)
	Z-score n = 1043	Malnutrition Chronique Globale (T/A <-2 z-score)	46,2 % (42,6 - 49,8 95% C.I.)
		Malnutrition chronique Modérée (T/A <-2 z-score et >=-3 z-score)	27,7 % (26,1 - 29,4 95% C.I.)
		Malnutrition Chronique Sevère (T/A <-3 z-score)	18,5 % (13,9 - 24,2 95% C.I.)

	Z-score n = 1082	Insuffisance Pondérale Globale (P/A <-2 z-score)	31,3 % (27,3 - 35,7 95% C.I.)
		Insuffisance Pondérale Modérée (P/A <-2 z-score et >=-3 z-score)	20,3 % (19,1 - 21,6 95% C.I.)
		Insuffisance Pondérale Sévère (P/A <-3 z-score)	11,0 % (7,8 - 15,4 95% C.I.)
PB	Age=6-59 mois n=1188	Malnutrition Aigüe Globale (< 125 mm et/ou oedèmes)	7,2 % (6,4 - 8,2 95% C.I.)
		Malnutrition Aigüe Modérée (< 125 mm et >= 115 mm, no oedèmes)	5,5 % (4,6 - 6,4 95% C.I.)
		Malnutrition Aigüe Sévère (< 115 mm et/ou oedèmes)	1,8 % (0,8 - 4,0 95% C.I.)

Source : données quantitatives phase 3

Tableau 6 - Malnutrition aigüe et chronique pour une sélection de Zone de Santé, DPS Kwango, RDC

Zone de Santé	Malnutrition Chronique chez les enfants < 5 ans (%<-2 z-score)	Malnutrition Aigüe chez les enfants < 5 ans (selon P/T<-2ET et/ou œdèmes)		Date
		MAG	MAS	
FESHI	56,8 %	15 %	6,5 %	Octobre 2016
KAHEMBA	42,3 %	16,4 %	3 %	Juillet 2016
	46 %	13,1 %	2,7 %	Juillet 2017
	46,7 %	14%	3,6 %	Février 2018
KAJIJI	42,7 %	13,5 %	3,1 %	Décembre 2016
KASONGO LUNDA	41,5 %	15,2 %	3,1 %	Juillet 2014
KIMBAO		16,5 %		Juillet 2014
KISANJI		15,7 %		Mars 2014
MWELA LEMBWA	67 %	15,7 %	4,2%	Juin 2015
POPOKABAKA	64,5 %	15,8 %	6,4 %	Octobre 2016
	57,5 %	10,7 %	2,6 %	Août 2014
TEMBO	52,6%	13,3 %	3,9 %	Juin 2016
WAMBALWADI	67 %	13,1 %	3,4 %	Octobre 2016

Source : Extraits des enquêtes SMART réalisées dans la province du Kwango par zone de santé depuis 2014

Prévalence de la Malnutrition Aigüe Chronique

Dans la province du Kwango, le taux de malnutrition chronique était de 45,6 % selon l'EDS 2013/2014. Bien que des données au niveau national et homogènes sur la province n'aient pas été collectées depuis 2013-2014, les enquêtes SMART récemment menées dans la province indiquent que les taux de malnutrition chronique se sont peu améliorés, voire se sont dégradés.

Prévalence de la Malnutrition Aigüe Globale et Sévère

Dans le Kwango, le taux de malnutrition aigüe globale chez les enfants de moins de 5 ans était de 11,6 % en 2014. Par rapport à 2011 (14,5 %), la situation s'est améliorée en termes de pourcentage mais pas nécessairement en nombre vu l'augmentation de la population. Bien que des données au niveau national et homogènes sur la province n'aient pas été collectées depuis 2013-2014, les enquêtes SMART menées dans les cinq dernières années indiquent des taux de malnutrition aigüe globale allant de 10,7 % à 16,4 % dans plusieurs zones de santé et des **taux de malnutrition aigüe sévère pouvant aller jusqu'à 6,5%**. Les données collectées n'indiquent pas si des interventions de prise en charge sont en cours ou non et sont donc à interpréter avec précaution. Néanmoins, elles indiquent que la situation dans l'ensemble de la province reste extrêmement préoccupante.

La maigreur des femmes est également un indicateur particulièrement préoccupant dans la province du Kwango : une comparaison des données EDS 2013-2014 entre les différentes provinces de la RDC indique que le

Kwango est la province où la malnutrition aigüe chez les femmes est la plus élevée, avec un taux de femmes (15-49 ans) souffrant de maigreur à 32,1 %.

c. Situation sanitaire et médicale des enfants dans le Kwango : des prévalences inquiétantes

De manière générale, dans le Kwango, l'utilisation des services curatifs est faible : 44,9% en 2017 et 47,6% en 2018⁶¹. En effet, les conditions d'accès aux services de santé sont compliquées. Cela est d'autant plus vrai pour les personnes vivant dans les villages ou dans des zones éloignées des centres médicaux. Les principaux obstacles à l'utilisation des services de santé sont : l'impraticabilité des routes ; le manque de moyens financiers des ménages pour payer les soins ; les régulières pénuries en intrants médicaux ; un personnel médical pas toujours compétent et accueillant ; le peu de temps dont disposent les femmes pour emmener les enfants aux centres médicaux ; une gestion des ressources du ménage par l'homme ne privilégiant pas forcément la santé et les soins.

Anémie

Au niveau du Kwango, les données disponibles en 2013-2014 indiquent un **taux d'anémie globale de 58 %**⁶². Le taux d'anémie pour les femmes en âge de procréer est de 37,9 % et de 49,8% chez les enfants de 6-59 mois.

En 2005, une étude avait été menée par le PRONANUT au niveau national : les prévalences d'anémie chez les femmes enceintes et allaitantes étaient de 75 % et 59 % pour le Bandundu. On peut ainsi penser à une certaine amélioration depuis 2005. Néanmoins, l'anémie continue à demeurer un problème majeur pour la RDC et pour la province du Kwango.

Carences en Vitamine A

Les données spécifiques au Kwango ne sont pas disponibles mais les données au niveau de la province du Bandundu datant de 2012 indiquent que la carence en Vitamine A est un problème majeur avec 40 % de ménages du Bandundu présentant des carences en vitamine A, contre 12 % au niveau national⁶³.

Parasitoses intestinales

Les parasitoses intestinales ne constituent pas une carence en micronutriments comme telle mais, comme elles amènent souvent à des anémies, elles sont étudiées dans le groupe des maladies dues à la carence en micronutriments. **Les parasites intestinaux sont des déterminants de la malnutrition, particulièrement de la dénutrition.** Les vers intestinaux interfèrent avec les nutriments dans le tube digestif, sucent le sang de l'individu au niveau intestinal, ce qui peut entraîner une dénutrition ou de l'anémie. Cette situation est directement associée à l'eau insalubre, un assainissement inadéquat ou des conditions d'hygiène insuffisantes. **En milieu rural l'accès aux vermifuges est très aléatoire selon les zones de santé mais n'est pas satisfaisant sur l'ensemble du territoire**⁶⁴. Cette situation sanitaire est aggravée par la faiblesse du système de santé et le manque d'accès des ménages aux centres de santé en particulier en milieu rural⁶⁵. L'étude nationale du PRONANUT menée en 2005 sur l'anémie avait identifié un pourcentage d'enfants avec au moins un parasite intestinal supérieur à 82 % au niveau national et également dans la province du Bandundu.

Le cas du Konzo : une prévalence plus forte dans le Kwango

Parmi les maladies en RDC figure le **Konzo, une forme de paralysie spastique irréversible liée à l'alimentation. Cette maladie est due à la consommation du manioc non ou insuffisamment roui, associée à un régime pauvre en acides aminés soufrés.** Cette paralysie d'origine alimentaire qui frappe d'avantage les enfants et femmes allaitantes affecte toutes les provinces du pays avec une prévalence beaucoup plus élevée dans la province du Kwango. Le Konzo est un problème majeur du fait de son caractère invalidant, de ses conséquences sur les cellules cérébrales et de ses liens avec d'autres déterminants du développement et de la santé. Sur le plan épidémiologique et historique, le Konzo a souvent été associé à la malnutrition. Les dernières études sur le Konzo de l'Institut National des Recherches Biomédicales (INRB) avec l'université de Kinshasa (UNIKIN) montrent que le Konzo a les mêmes conséquences organiques, notamment au niveau du cerveau, que la malnutrition. Dans le

⁶¹ Données SNIS

⁶² EDS 2013-2014

⁶³ Ulimwengu et al., 2012

⁶⁴ Zone de santé de Kahemba : 2018 : 67,7% ; Zone de santé de Feshi : 2016 : 40,1% ; Zone de santé de Wambalwadi : 2016 : 12,8 % ; Zone de santé de Popokabaka : 2016 : 33%. Sources : SMART ACF 2018, Enquêtes nutritionnelles anthropométriques et mortalité rétrospective COOPI 2016,

⁶⁵ EDS, 2013-2014

Kwango, la zone de santé la plus touchée par le Kongo est celle de Kahemba. Dans la ville même de Kahemba, 4% de la population est touchée par cette maladie⁶⁶.

d. Liens entre malnutrition et saisonnalité

D'après les analyses des composantes de la saisonnalité et des tendances de la malnutrition aigüe menées dans les trois territoires couverts pendant la phase de diagnostic communautaire (Feshi, Kahemba, Popokabaka) pour la période 2013-2018 par l'équipe de recherche d'Action Contre la Faim, **la saisonnalité de la malnutrition dans la province du Kwango est marquée par une augmentation du nombre de cas pendant la saison sèche, ce qui correspondrait à la période de soudure. Mais une autre augmentation s'observe pendant la saison de pluies et serait expliquée par les autres co-morbidités (diarrhées, paludisme etc.). Concernant l'apparition du Konzo, il a été démontré que son exposition était associée à la saison sèche⁶⁷.** Les taux de malnutrition semblent être fortement impactés par la saisonnalité. Les données concernant une augmentation de cas selon la saisonnalité sont à prendre avec précaution parce que le traitement des cas dans les centres de prise en charge dépend fortement de la présence d'un partenaire de mise en œuvre pour un projet de PCIMA. Les données SNSAP à ce jour ne permettent pas d'établir des associations/corrélations entre saisonnalité et hausses des taux de malnutrition aigüe et/ou chronique.

Perceptions communautaires de la malnutrition

Sur la base du diagnostic communautaire réalisé dans les territoires de Feshi, Kahemba et Popokabaka, des éléments ont pu être recueillis sur la perception de la malnutrition dans la province du Kwango, et des groupes les plus vulnérables à la malnutrition.

Perceptions de la malnutrition

La perception de la malnutrition est variable en fonction des territoires. En général, face aux photos montrant des cas de « marasme » ou de retard de croissance, les enquêtés ont fait référence à **plusieurs appellations évoquant les différentes formes de malnutrition, leurs symptômes** (œdème, décoloration de la peau ou des cheveux, peau rouge, pâle, faiblesse, manque d'appétit, lenteur dans la marche, fièvre) **ou encore leurs causes** (naissances rapprochées, grossesse précoce, infidélité, enfant sevré brutalement, sorcellerie, eau, mauvaise alimentation, consommation de plumpy nut). Il a été très souvent relevé que cette maladie serait surtout du **fait de la « sorcellerie » ou du mauvais sort⁶⁸.**

e. Cadre politique en lien avec la nutrition et la résilience

Le cadre politique nutrition au niveau national : de nombreux programmes élaborés

Les grandes orientations de développement pour la RDC sont déclinées dans le « Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté II (DSCR II, -2011-2015) », qui fait référence à l'amélioration de la résilience des moyens de subsistance face aux catastrophes et aux crises, et à l'amélioration de la nutrition et de la sécurité alimentaire.

Au niveau national, la RDC a fait de la nutrition une de ses priorités, rejoignant le Mouvement SUN en 2013, et s'est fixée comme objectif de réduire la malnutrition chronique de 43% à 33% d'ici à 2020. Ces engagements ont été repris lors de la Conférence Internationale Nutrition 2 en 2014.

En 2013, la RDC a mis à jour sa Politique Nationale de Nutrition pour prendre en compte l'approche multisectorielle. Elle comprend deux axes stratégiques : 1. les interventions directes de nutrition 2. les interventions des secteurs sensibles à la nutrition.

⁶⁶ Konzo : controlling Konzo disease using wetting method to remove cyanide from cassava flour in Kahemba et annexe 10

⁶⁷ Banea-Mayambu JP et al. *Geographical and seasonal association between linamarin and cyanide exposure from cassava and the upper motor neurone disease konzo in former Zaire*. Trop Med Int Health. 1997;2(12):1143–1151

⁶⁸ Raisons évoquées : mauvais sort, provient de l'air, non-paiement des tributs aux chefs de terre ou coutumier, non-paiement de la dot, cause héréditaire. Cf tableau dans l'annexe 9.

Cette politique a été déclinée en un « Plan Stratégique National Multisectoriel en Nutrition (PSNMN) » (2016-2020) puis en un plan opérationnel budgété dont la mise en œuvre est menée par le Programme National de Nutrition (PRONANUT) qui est le programme du Gouvernement spécialisé en nutrition, au niveau du Ministère de la Santé.

La RDC a élaboré plusieurs politiques sectorielles qui font également référence aux problématiques de nutrition. On note en particulier :

- Au niveau du secteur agricole : le « Plan National d'Investissement Agricole (PNIA) » (2014-2020) identifie la nutrition comme une priorité, notamment dans son sous-programme 2 « Lutte contre la malnutrition ». Néanmoins, les synergies avec les autres sous-programmes ne sont pas suffisamment déclinées et son opérationnalisation est encore peu effective. Une Politique de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (PSAN) (2018-2030) réconciliant les priorités Nutrition, Agriculture et Sécurité Alimentaire est en cours d'élaboration.
- La RDC a développé une Stratégie Nationale de Protection Sociale (2016), non encore validée, qui met l'accent sur la mise en place de filets sociaux pour la nutrition.
- Au niveau du secteur santé : le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) (2016-2020) fait le point sur la situation nutritionnelle et identifie les faiblesses des services de base de santé, eau et assainissement et nutrition ainsi que le besoin urgent de développer les zones de santé afin de garantir une meilleure disponibilité des services et soins de santé de qualité

La prise en compte de la dimension « résilience » en lien avec la nutrition : une intégration multisectorielle

Si le cadre politique de la RDC ne fait pas proprement référence à des orientations sur la résilience des individus et de leur statut nutritionnel face aux chocs et aux stress, **plusieurs politiques évoquent l'importance de prendre en compte cette dimension.**

- Le PSNMN, dans son axe stratégique 4, vise à « renforcer la capacité des institutions à répondre aux urgences nutritionnelles et la résilience des populations » en mettant l'accent sur le besoin de renforcer les systèmes de protection sociale pour supporter les ménages lors des chocs (filets de sécurité alimentaire aux familles de malnutri.es, transfert en espèces conditionnel ou non conditionnel, distribution alimentaire dans les ménages) en visant en priorité les populations les plus vulnérables et les déplacé.es.
- Le PNIA aborde la notion de résilience sous deux angles. Il met l'accent sur la nécessité d'« améliorer la résilience des populations rurales et urbaines pour prévenir les risques d'insécurité alimentaire et de famine, en renforçant le système d'information sur les marchés et le suivi des productions agricoles » (cf. Sous-Programme 2). Il insiste aussi sur la nécessité de « réduire la vulnérabilité du secteur agricole aux changements climatiques » (cf. Sous-Programme 5).
- La Stratégie Nationale de Protection Sociale souligne que « les efforts de protection sociale [doivent porter] sur les phénomènes (vulnérabilité, pauvreté, exclusion, indigence, détresse, etc.) mais également sur les causes et les mécanismes qui les génèrent et qui les rendent si résilients ».
- Enfin, le Plan de Réponse Humanitaire 2017-2019, mis à jour en 2018, insiste sur la nécessité d'encourager la prise en compte du volet résilience dans toutes les interventions humanitaires au niveau national et provincial.

Faible déclinaison des priorités nationales nutrition au niveau de la province du Kwango

Au niveau de la province du Kwango, un plan d'actions prioritaires et des plans sectoriels provinciaux sont prévus mais ne semblent pas encore avoir été développés.

Néanmoins, plusieurs avancées sont à noter en terme de nutrition et liens avec les autres secteurs, notamment l'agriculture, et présagent d'un environnement porteur pour la nutrition.

- Suite à la conférence provinciale organisée sur la nutrition en août 2017, une « Charte Nutrition » a été établie repositionnant la nutrition comme priorité de développement au Kwango. Elle reconnaît l'importance de la contribution de tous les secteurs et se décline sous forme d'une « feuille de route » reprenant les engagements des différentes parties dans la lutte contre la malnutrition, dont la promotion de la recherche-action sur la nutrition.
- En 2010, suite à l'appui d'ISCO et de l'UE, des plans de développement agricole ont été établis pour l'ensemble des cinq territoires du Kwango par les CARG. Les cinq plans identifient la malnutrition comme un problème majeur et proposent des pistes de solutions⁶⁹.

⁶⁹ Cf annexe 12

Perceptions communautaires sur la situation globale du Kwango

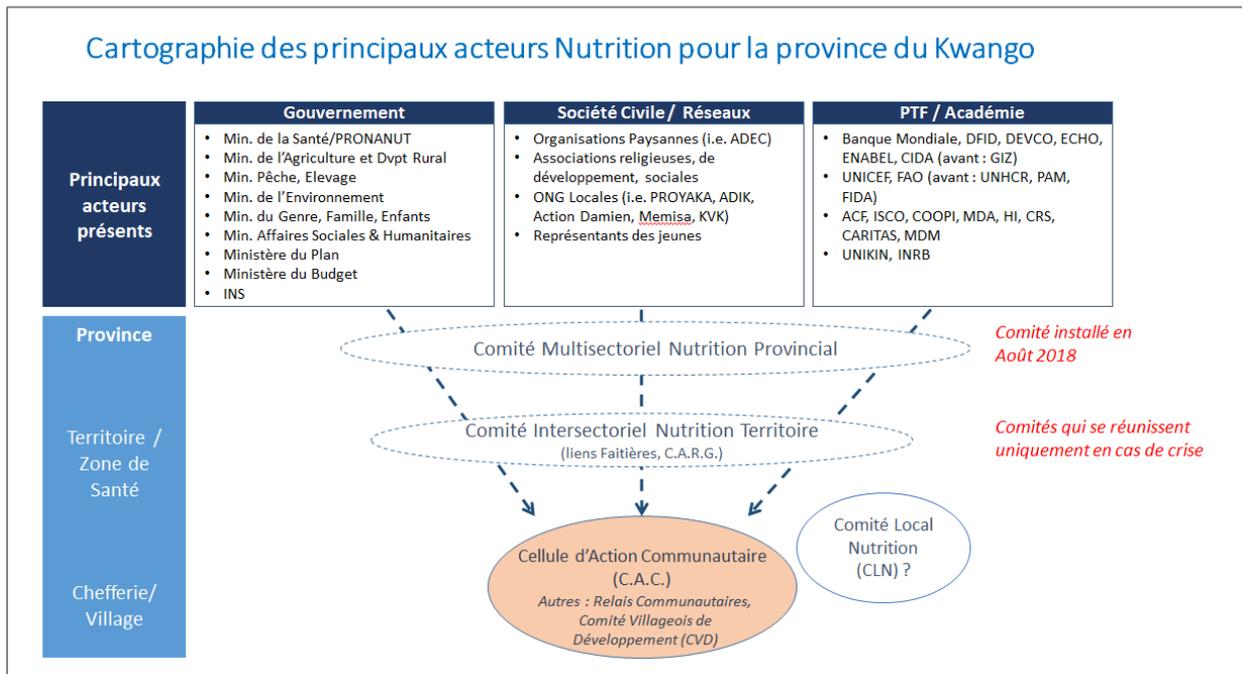
Lors du diagnostic communautaire mené dans les territoires de Popokabaka, Feshi et Kahemba, aucun village n'a fait état de la présence d'un plan d'action communal qui permettrait de décliner les priorités au niveau provincial / territoire jusqu'au niveau communal.

Lors des entretiens avec les villages, les principales priorités qui ont été relevées sont les suivantes (par ordre décroissant des priorités sélectionnées par les personnes) :

- L'accès à l'eau
- L'amélioration de l'état des routes qui ne permettent pas à la population d'évacuer les produits agricoles
- L'amélioration de la production agricole (encadrement, fournitures en intrants, amélioration de la fertilité du sol)
- La mise en place d'un centre de santé / laboratoire
- La sensibilisation dans le domaine de la Nutrition

f. Mécanismes intersectoriels de coordination nutrition et principaux acteurs

Figure 4 – Cartographie des principaux acteurs et mécanismes de coordination intersectoriels pour la Nutrition au Kwango



Source : Données phase 1, Validation comité technique 1

Mécanismes de coordination multisectoriels nutrition au niveau national

Au niveau national, le Comité National Multisectoriel de Nutrition (CNMN) institué en 2015 n'est toujours pas opérationnel. Néanmoins, plusieurs mécanismes de coordination multisectorielle nutrition ou prenant en compte les problématiques nutritionnelles sont actifs :

- Les différents acteurs de la nutrition se réunissent régulièrement sous la direction du PRONANUT (plateforme technique SUN) et/ou dans le cadre du cluster nutrition
- Des lignes directrices conjointes cluster Sécurité Alimentaire et Nutrition sont en cours d'élaboration.
- Le Groupe Inter-bailleurs Nutrition (GIB-NUT) est également très actif (réseau bailleurs SUN)
- Le Groupe Inter-bailleurs Agriculture/Développement Rural (GIB – ADER) aborde régulièrement les problématiques nutrition en lien avec l'agriculture.

Coordination multisectorielle nutrition et principaux acteurs nutrition au Kwango

Le Plan Stratégique National Multisectoriel en Nutrition prévoit la mise en place de Comités Provinciaux Intersectoriels Nutrition (CPMNU) dans chacune des 26 provinces de la RDC. **Néanmoins, ces comités n'ont été activés que dans quelques provinces, avec l'appui des coordinateurs provinciaux du PRONANUT.**

Pour le Kwango :

- Au niveau provincial, suite à la conférence de Kenge, un CPMNU, par arrêté provincial le 6 Octobre 2017, a été installé à l'arrivée du nouveau gouverneur en 2018.
- Au niveau territorial, des Comités Intersectoriels de Nutrition du territoire sont prévus sous l'autorité de l'Administrateur du Territoire. Dans les cinq provinces du Kwango, ces comités ne sont pas officiellement établis. Par exemple, au niveau du territoire de Kahemba, ce comité se réunit en cas d'urgence. Leurs interactions avec les autres comités du territoire, (les CARG), ou les Fautières, Fédération de Coordinations au niveau territoire) ne sont pas clairement établies.
- Au niveau des zones de santé, ce sont normalement les Comités Locaux de Nutrition qui sont en charge des questions nutritionnelles mais il n'a pas été possible pour l'instant d'identifier si certains comités étaient actifs dans l'ensemble de la province. Ces comités se déclinent parfois au niveau communal et peuvent parfois également s'intituler « Cellule de commune de base de la Nutrition ».
- Au niveau village / commune/ chefferie, les Cellules d'Actions Communautaires (CAC), les Comités Villageois de Développement (CVD) ou Coordination de CVD niveau chefferie et les Comités de Relais Communautaires sont les instances qui sont les plus à même d'échanger sur les questions nutritionnelles et de résilience, en collaboration avec les comités sectoriels existants (par exemple, Comité de Développement Sanitaire, Comité de gestion foncière, etc.).

Perceptions communautaires sur les dysfonctionnements administratifs de leur province

Lors du diagnostic communautaire mené dans les territoires de Popokabaka, Feshi et Kahemba, plusieurs **dysfonctionnements en terme de coordination intersectorielle pour la nutrition** ont été mis en avant :

- Les questions de nutrition sont en général traitées par le secteur santé et les services connexes ne sont pas associés sauf en cas d'urgence (épidémie).
- La conférence nutrition de Kenge a constitué une vraie opportunité pour remettre l'accent sur la nécessité d'engager les structures sur la nutrition. Néanmoins, cela n'a pas été suivi d'action.
- Des comités locaux de nutrition avaient été redynamisés avant 2010 avec l'appui d'Action Contre la Faim mais ils ne sont plus opérationnels.

Cela a comme incidence, entre autres choses, un manque d'attention sur la prévention et sur la malnutrition aigüe chronique (à la fois dans son identification et dans sa prise en charge).

La province du Kwango cumule des indicateurs sociaux, économiques, sanitaires, administratifs inquiétants. Les taux de prévalence de la malnutrition infantile sévère et chronique sont élevés, ce qui témoigne à la fois de la faible résilience alimentaire des populations face à des chocs ponctuels et de dysfonctionnements structurels profonds. La production agricole est insuffisante en quantité et en diversité et les revenus des ménages trop faibles pour assurer une alimentation de qualité. L'enclavement routier, commercial et économique de la province ne permet pas l'écoulement des produits agricoles et naturel et freine les opportunités économiques telles que le développement des chaînes des valeurs. La surcharge de travail des femmes a des conséquences très importantes à la fois sur les soins aux enfants, sur les pratiques d'AME et d'ANJE et sur la production agricole. Le manque de dynamisme des autorités nationales et provinciales et des groupements locaux joue un rôle à la fois sur le faible encadrement agronomique des populations, les mauvais état et accès aux services sociaux de base et la lenteur de déploiement au niveau local des différents programmes nationaux de résilience à la malnutrition.

PARTIE III. PRÉSENTATION DES DYNAMIQUES ET FACTEURS DE LA MALNUTRITION AU KWANGO

La présentation du contexte en partie 2 donne à voir une province exposée de manière récurrente à des situations de malnutrition, en l'absence de troubles violents et destructurants. Les causes de la malnutrition apparaissent donc plus structurelles que conjoncturelles, même si des chocs climatiques et agricoles viennent périodiquement fragiliser les ménages.

L'objet de la partie 3 sera de rendre compte des différentes causes impliquées dans les situations de malnutrition ou freinant la résilience et de leur niveau d'impact direct ou indirect sur la santé et l'alimentation des enfants. Il s'agira d'analyser comment les pratiques socio-culturelles, les insuffisances en infrastructures et les difficultés multisectorielles se recoupent et se renforcent, créant ainsi une situation complexe.

Si les causes de la malnutrition dans le Kwango sont classiques, c'est leurs liens et leurs dynamiques qu'il importe de prendre en compte pour comprendre quels sont les leviers et les obstacles locaux et comment les intégrer à de futures interventions .

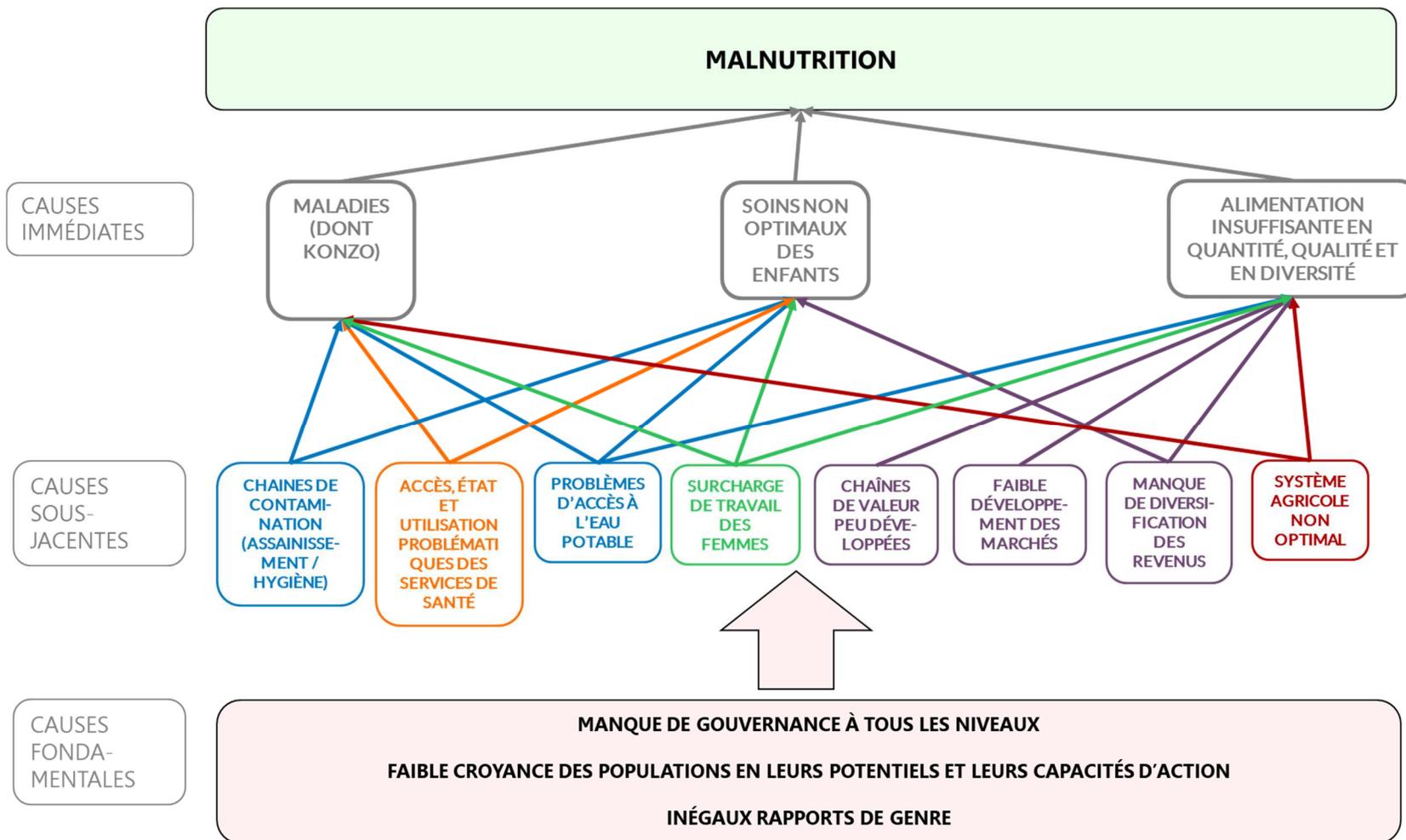


Figure 5 – Schéma causal de la malnutrition dans le Kwango

Le schéma ci-dessus, reprenant le cadre d'analyse UNICEF des causes de la malnutrition, est un résumé des résultats obtenus dans l'enquête PUNC. Il permet d'identifier les différents types des causes et de mettre en évidence leurs interrelations.

A. CAUSES FONDAMENTALES DE LA MALNUTRITION : UNE TRANSVERSALITÉ DE PRATIQUES NON OPTIMALES

Les problèmes et obstacles identifiés au Kwango par cette recherche sont multisectoriels et intersectionnels. Non seulement ils sont profondément liés les uns aux autres mais ils se renforcent également pour arriver à des situations complexes et très spécifiques. Il n'est pas possible, au Kwango, d'identifier une ou deux grandes causes de la malnutrition qui pourraient être résolues par des réponses sectorielles de court et moyen termes. Si certains facteurs de risque relèvent des secteurs classiques comme l'agriculture, les moyens d'existence ou les services de santé, **trois obstacles majeurs traversent tous ces domaines d'intervention.**

Il s'agit :

1) du manque de gouvernance

2) du manque de dynamique aux niveaux communautaire, provincial et national

3) des inégaux rapports de genre.

Ils ont été identifiés comme les causes fondamentales de nombreuses situations menant à la malnutrition ou rendant difficile la résilience à la malnutrition.

a. Un manque de gouvernance et de redevabilité dans les groupements

Pendant l'étude, les personnes enquêtées ont manifesté à plusieurs reprises leur **défiance par rapport aux actions et groupements collectifs car elles en ont souvent été déçues.** Elles ont évoqué les détournements de cotisations, le manque d'implication des responsables des groupements, la non prise en compte de leurs besoins par les dirigeants, comme les causes de leur manque de confiance en des actions et des organisations collectives. L'une des réponses les plus fréquentes à la possibilité d'une action collective était « ça va être compliqué ici ». Deux récits illustrent à la fois ce manque de gouvernance dans les groupements collectifs, la défiance des populations suite à de mauvaises expériences et leur propre manque de confiance en elles-mêmes.

Exemple 1. un groupement piscicole pour le chef du village

Des femmes font partie d'un groupement piscicole initié il y a quelques années par le chef de village également chef du groupement. La cotisation d'entrée est de 35.000 FC. Tous les 3 à 4 mois, sur décision du chef de groupement, des poissons sont pêchés. Les plus gros sont à destination du chef qui, seul, a le droit de les vendre. Les membres du groupement bénéficient de quelques poissons qu'ils peuvent consommer mais pas vendre.

Exemple 2. l'arrêt d'un groupement féminin économique

Des femmes appartenaient à un groupement économique féminin. Le but était de mettre en commun une partie de leurs productions agricoles pour la vendre et bénéficier ainsi de ressources monétaires plus avantageuses en vue de projets commerciaux. A leur tête, il y avait un homme car les femmes ne s'estimaient pas capables de gérer elles-mêmes tout cela et de savoir quoi faire de leurs productions. Le responsable du groupement devait trouver des débouchés pour leurs produits et les aider dans la mutualisation des outils aratoires. Le groupement dura 2 ans puis cessa car le responsable ne s'impliquait pas dans le développement du groupement féminin.

b. Une difficile mobilisation communautaire⁷⁰

Par ailleurs, la mobilisation individuelle ou communautaire pour trouver des solutions aux problèmes que les personnes rencontrent au quotidien semble être compliquée⁷¹. **Les solutions possibles sont souvent perçues**

⁷⁰ La question de la mobilisation collective ou individuelle n'est mobilisable que si elle a déjà du sens pour les personnes et les communautés et qu'elles y trouvent un intérêt. Mansri, G., & Rao, V. (2013). *Localizing Development: Does participation work?* Retrieved from Washington, D.C. p.5 "the poor often benefit less from participatory processes than do the better off, because resource allocation processes typically reflect the preferences of elite groups". "During the course of a project, cash or other material payoffs induce people to participate and build networks—but these mechanisms tend to dissolve when the incentives are withdrawn. Only when projects explicitly link community-based organizations with markets, or provide skills training, do they tend to improve group cohesiveness and collective action beyond the life of the project."

⁷¹ Ce résultat est ressorti des différentes phases qualitatives de terrain. Cependant, le fait que les chercheur.es n'aient pu rester très longtemps dans les villages pour observer l'ensemble des initiatives individuelles et collectives existantes est un biais très important.

comme ne pouvant venir que de l'extérieur (ONG, services de l'Etat) **ou des responsables locaux** (chefs de villages, leaders religieux). Les personnes semblent avoir des difficultés à se percevoir comme actrices de leurs changements et comme ayant des potentiels développables.

c. Des rapports sociaux de sexe en défaveur des femmes

L'autre obstacle majeur évoqué régulièrement par les femmes comme par les hommes est celui de la surcharge de travail des femmes. Ce problème n'est que la partie visible et perçue d'un fonctionnement social plus large basé sur des rapports de genre très en défaveur des femmes. Il est admis par les hommes et les femmes rencontrés qu'elles sont en charge de presque toutes les tâches reproductives, domestiques, agricoles, sociales et économiques. Concrètement, ce sont elles qui assurent :

- la reproduction des enfants
- les soins aux enfants, aux personnes malades, âgées et handicapées
- les corvées d'eau, de bois⁷², de nettoyage, d'hygiène
- les travaux agricoles (sauf le défrichage des terres)
- les activités économiques assurant des revenus aux ménages (vente, aide ponctuelle)
- la préparation des repas et l'approvisionnement d'une grande partie de l'alimentation agricole et naturelle.

Cette quantité de travail a **des incidences fortes et directes sur leur santé⁷³, le temps disponible pour les soins des enfants, la qualité de l'alimentation et la quantité de production agricole possible**. De manière classique, cette inégalité des tâches a pour corollaire un faible pouvoir de décision des femmes. Que ce soit dans la gestion des ressources du ménage, la décision de faire soigner les enfants⁷⁴, la vente de leurs animaux ou produits agricoles, leur mobilité géographique, l'expression de leurs besoins et idées dans les ménages et au sein des communautés, les femmes dépendent des hommes. Selon l'enquête EDS de 2013-2014, 60,3% des femmes disent devoir avoir la permission de leur mari avant d'aller se faire soigner.

Elles ont expliqué que leurs voix étaient difficilement entendues par les hommes et que, même lorsqu'elles arrivent à élaborer des stratégies de résilience à la malnutrition⁷⁵, leurs époux pouvaient les mettre à mal dans le but d'assouvir leurs propres besoins en alcool, affaires, seconde épouse, etc. L'alcoolisme des hommes est considéré par ceux-ci et par les femmes comme un réel problème pour la gestion des ressources du ménage et le soin aux enfants, d'autant plus que cet alcoolisme touche souvent les hommes jeunes et qu'il s'accompagne d'une faible activité économique de leur part.

Le faible pouvoir de décision des femmes dans les ménages et la communauté, l'inégalitaire gestion des ressources du ménage dans le couple, les comportements des hommes défavorables au bien-être du ménage sont trois problèmes identifiés profondément liés à la malnutrition. Ils s'influencent mutuellement et, même s'ils nécessitent des actions parfois spécifiques, procèdent d'une même cause : l'inégalité des rapports sociaux entre les femmes et les hommes. Ils sont donc à réfléchir ensemble pour développer des actions qui visent le même objectif et parce qu'ils sont des leviers réciproques de changement.

Par ailleurs, ces facteurs mettent en évidence des faiblesses économiques et structurelles communes. En effet, le manque de filières économiques développées et la pauvre diversité des sources de revenus entretiennent à la fois les attitudes défavorables des hommes (notamment par un alcoolisme répandu) et le bas pouvoir de décision des femmes. Même s'il n'y a pas de lien déterministe entre les deux, il apparaît qu'un certain nombre de leviers d'action pour arriver à une répartition concertée des dépenses du ménage et favorable à l'alimentation

⁷² Dans la zone de Kahemba, les jeunes hommes aussi sont impliqués dans le transport du bois de chauffe ainsi que dans les tâches agricoles.

⁷³ Le Kwango est la province du Congo où l'anémie et la maigreur des femmes sont les plus fortes.

⁷⁴ Singh, K., Bloom, S., & Brodish, P. (2015). « Gender equality as a means to improve maternal and child health in Africa ». *Health Care Women Int*, 36(1), 57-69. doi:10.1080/07399332.2013.824971

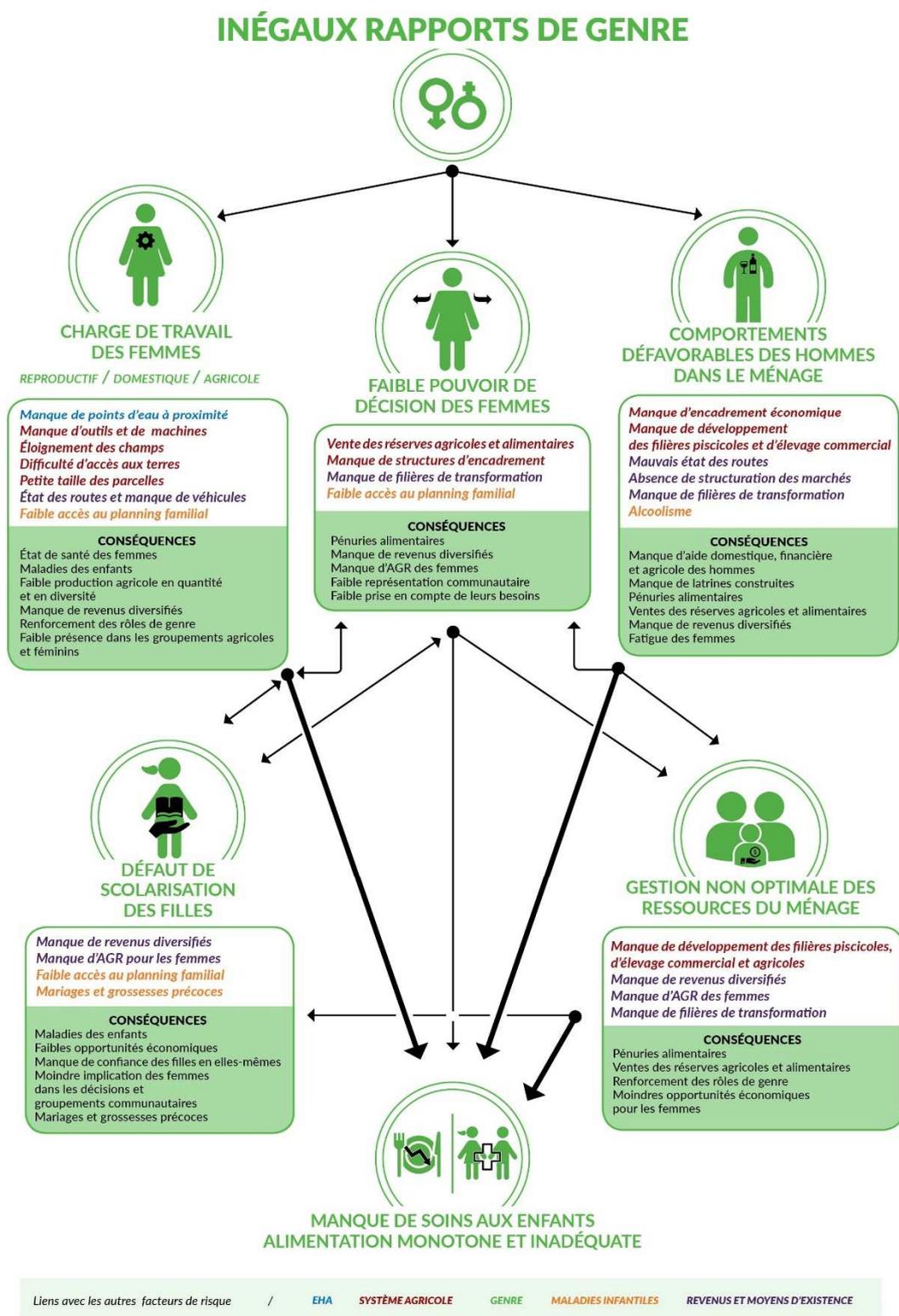
"Women with high decision-making were less likely to have low BMI and more likely to take a child sick with an ARI for treatment... Women who felt that wife beating is not acceptable were less likely to be of low BMI, more likely to have a facility delivery, and more likely to have a fully immunized child." "Thus the significance of the gender measures after controlling for these key inputs implies that a focus on gender equality, in addition to a focus on education and poverty-reduction, can do more to improve maternal and child health than a focus on education and poverty-reduction alone." P6

⁷⁵ Ont été évoquées des stratégies de mise en réserve des semences, du petit bétail ou de l'argent pour faire face aux dépenses alimentaires et constituer un pécule commercial, que les hommes utilisaient pour leurs propres besoins sans l'accord des épouses.

nutritionnelle passent par le développement d'activités économiques des femmes comme des hommes. Un travail en profondeur de mobilisation des communautés pour un changement de mentalités et de pratique est proposé en parallèle afin que les améliorations économiques ne soient pas mises à mal par une gestion défavorable.

Les rapports de genre discriminant les femmes et les filles se retrouvent aussi dans l'accès à l'éducation. Très souvent, les filles servent de gardiennes pour les enfants plus jeunes pendant que les mères travaillent et assurent les tâches domestiques quotidiennes. Cela a une incidence forte sur leur scolarité, qui est alors lacunaire et écourtée. La stigmatisation à l'école des filles enceintes est fréquente et dissuasive pour elles, notamment dans les écoles catholiques qui sont celles offrant pourtant le meilleur niveau scolaire. Les faibles conditions d'hygiène dans les écoles peuvent également avoir une incidence sur l'abandon scolaire lors du passage à la puberté. Cette moindre scolarisation des filles a des répercussions sur leur possibilité d'accéder à des professions salariées ou employées ainsi que sur l'attention ou la reconnaissance que les communautés peuvent manifester à leur égard. Même s'il existe dans certaines cités des écoles de rattrapage scolaire pour les filles ayant eu des grossesses précoces ou faiblement scolarisées, la qualité de l'enseignement est faible et insuffisante pour leur donner un niveau équivalent à celui qu'elles auraient pu avoir.

Figure 6 – Schéma causal des facteurs de genre impliqués dans les situations de malnutrition



d. La prise en compte nécessaire de ces trois problèmes dans toutes les interventions

Vu l'ampleur et la transversalité de ces trois problèmes, qui touchent à la complexité des valeurs, comportement et pratiques sociales, **il est apparu fondamental de les prendre en compte comme pré-requis et partie intégrante de toutes les actions à mener, quel que soit le domaine d'intervention.** En effet, les exemples passés montrent très clairement que, s'ils ne sont pas pris en compte, de nombreuses activités ne réussissent pas.

Ainsi, plusieurs points d'eau ont été installés dans les cités de Feshi, Popokabaka et Kahemba avec des comités de gestion pour s'en occuper. Peu de ces points d'eau n'est opérationnel, en grande partie à cause d'un manque de système de gouvernance et de redevabilité des comités de gestion. Les principaux problèmes sont le détournement des cotisations par les membres des comités et le fait que ces derniers n'ont pas été choisis par et parmi les habitants. Ils ne sentaient ni impliqués ni redevables de leurs missions. Ces expériences ont dissuadé les populations de faire confiance de nouveau à des systèmes collectifs de gestion des ressources.

De la même manière, il importe, avant de développer des activités économiques avec les ménages, de s'assurer que les femmes auront du temps pour s'y consacrer, **ce qui implique de changer, au préalable ou en même temps, la répartition des tâches entre les femmes et les hommes.** Puisque les femmes sont peu prises en compte lors des décisions communautaires, une grande attention serait à leur porter dans les projets –ainsi qu'aux besoins des personnes vulnérables, âgées, malades et handicapées– aussi bien dans l'intégration de leurs besoins que de leurs compétences et savoir-faire.

Trois obstacles majeurs traversent tous les domaines d'intervention.

Il s'agit :

- 1) du manque de gouvernance et 2) de dynamique aux niveaux communautaire, provincial et national
- 3) des inégaux rapports de genre.

Ils ont été identifiés comme les causes fondamentales de nombreuses situations menant à la malnutrition ou rendant difficile la résilience à la malnutrition.

B. CAUSE IMMÉDIATES ET SOUS-JACENTES : DES INTERRELATIONS COMPLEXES

Les causes immédiates de la malnutrition infantile dans le Kwango sont les maladies, les soins des enfants non optimaux et une alimentation insuffisante en quantité et en diversité. Plusieurs facteurs inter-reliés expliquent cette situation.

a. Les maladies (dont Konzo)

Les maladies infantiles résultent des déficits combinés entre les domaines de l'eau, de l'hygiène, de l'assainissement, de la santé, de l'agriculture et des rapports de genre.

Les risques de santé liés aux problèmes d'accès à l'eau

La grande majorité des ménages dans les cités et les villages consomme de l'eau non potable venant des rivières, des puits ou de la pluie. Du fait de la consommation d'eau contaminée (boue, vers, excréments d'animaux), les enfants sont très souvent porteurs de parasites qui affaiblissent leur organisme et empêchent l'absorption nutritive des aliments. Si les points d'eau sont souvent proches des ménages vivant en cité, ce n'est pas le cas dans les villages. La gestion et l'utilisation des points d'eau sont, elles aussi, influencées par les rapports de genre⁷⁶. Les femmes et leurs enfants consacrent plusieurs heures par jour à la tâche de puisage.

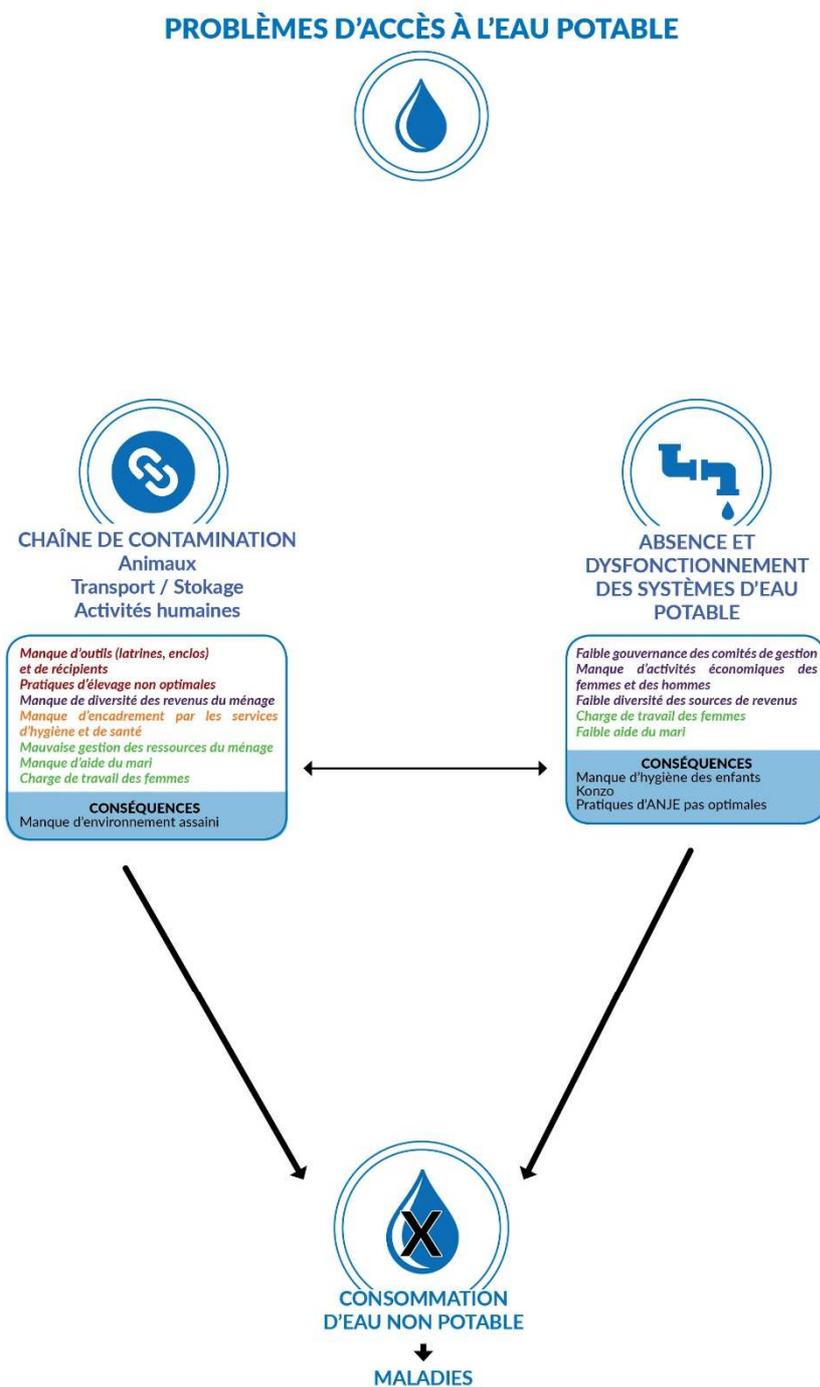
⁷⁶ Sorenson, S. B., Morssink, C., & Campos, P. A. (2011). Safe access to safe water in low income countries: Water fetching in current times. *Social Science & Medicine*, 72(9), 1522-1526. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.010>

« Sanitation can be a distant second priority to consumption, especially in areas where water is scarce and it takes several hours to fetch a pot of water. Assumptions and expectations about the within-household allocation of water can reduce women's access to water for sanitation (for example, during menstruation, pregnancy, and childbirth) as well as basic practices such as hand washing. In addition, gender roles result in women assuming responsibility for the sanitation activities and care of children, elderly, and the household in general. When water is limited, sanitation-related illnesses can be more common and, in turn, bring about debt and poverty”

Cela a des **effets à plusieurs niveaux sur la situation nutritionnelle des enfants**⁷⁷. Ces tâches répétées fatiguent les femmes, ce qui a des incidences sur leur propre santé ainsi que sur l'énergie et le temps qu'elles peuvent consacrer à l'alimentation et aux soins des enfants. L'éloignement des sources d'eau, combiné à une faible capacité financière des ménages limitant l'achat de récipients de transport, fait que l'eau ramenée au ménage est souvent en quantité insuffisante. Des choix dans l'utilisation de cette eau sont faits, privilégiant la préparation alimentaire au détriment des pratiques d'hygiène des enfants et d'assainissement. Les risques de contamination dans les parcelles sont alors augmentés, ce qui renforcerait le mauvais état de santé des enfants. Et même quand le choix privilégie l'alimentation, plusieurs mères ont dit ne pas avoir le temps en journée pour puiser suffisamment d'eau : le repas du soir préparé est alors tardif et en petite quantité, restreignant les portions alimentaires des enfants et des adultes.

⁷⁷ Cassivi, A., Johnston, R., Waygood, E. O. D., & Dorea, C. C. (2018). *Access to drinking water: time matters*. *J Water Health*, 16(4), 661-666. doi:10.2166/wh.2018.009

Figure 7 – Schéma causal des problèmes d'accès à l'eau potable impliqués dans les situations de malnutrition



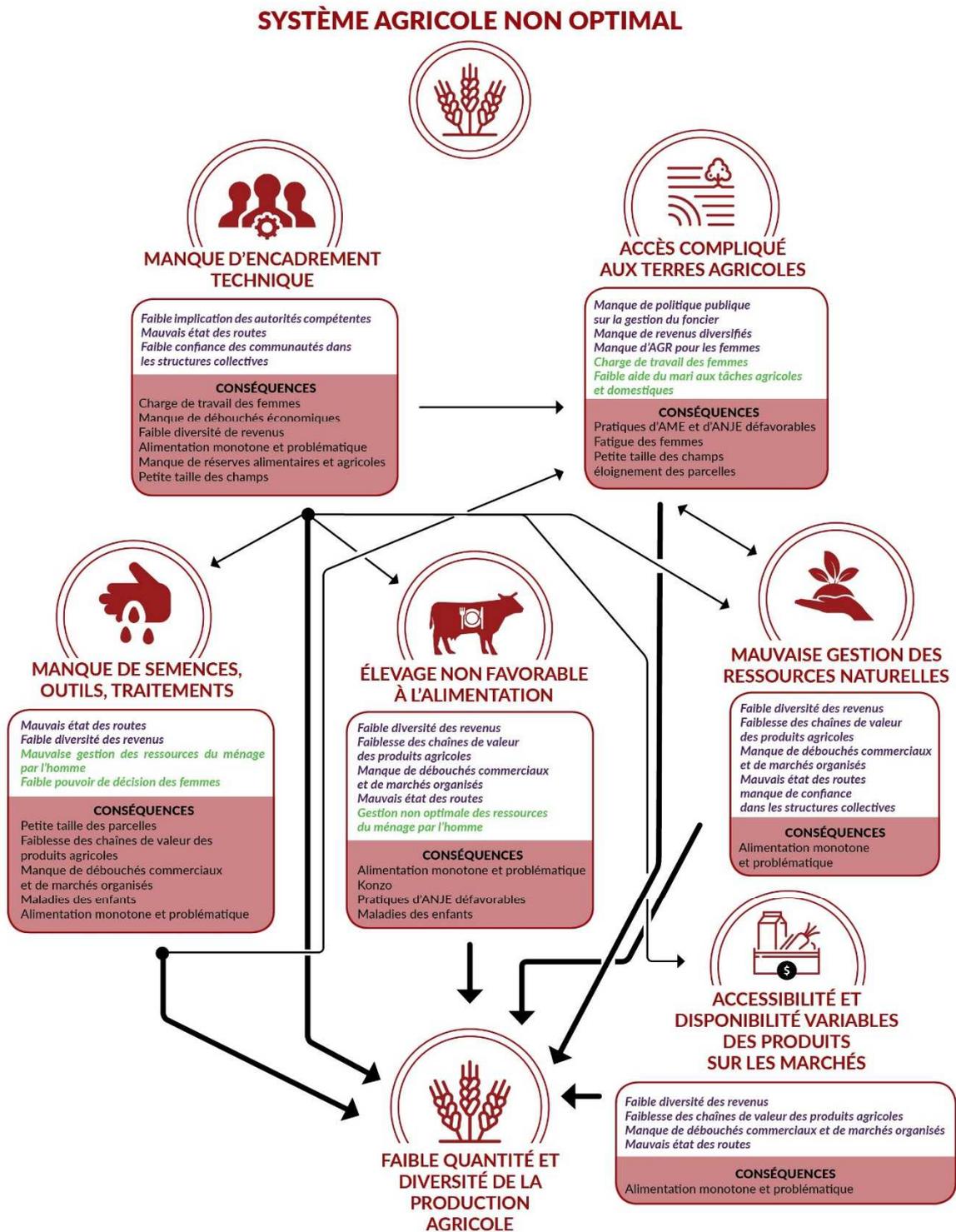
Les effets d'une agriculture insuffisante en quantité et en diversité

Les ménages du Kwango consomment essentiellement les produits agricoles et surtout ceux qu'ils produisent. Aussi, la diversité et la quantité de production agricole ont une influence majeure dans l'alimentation. Il s'avère que ces dernières ne sont pas optimales. Pour des raisons culturelles et socioéconomiques⁷⁸, **ce sont surtout les femmes qui assurent les travaux agricoles, notamment pour les produits de culture vivrière**. L'aide agricole dont elles peuvent bénéficier est épisodique, à travers des groupements féminins d'aide agricole ou l'embauche de salariées agricoles quand elles –ou leurs époux– ont des moyens financiers. **L'accès aux champs est limité** aussi bien par la récente dégradation des sols que par l'achat massif des terres agricoles par les fermiers⁷⁹. Il en résulte que **les parcelles disponibles sont souvent éloignées des villages (2-3h de marche aller), petites et pas toujours très productives. Les femmes manquent globalement d'outils aratoires et de semences et boutures**. Cet ensemble de faits entraîne une faible production en quantité et en diversité.

⁷⁸ Les raisons culturelles des personnes enquêtées expliquant que la majorité des tâches agricoles sont dévolues aux femmes sont les suivantes : « ça vient de nos ancêtres » ; « c'est parce que les hommes sont les descendants des 1ers chefs qui ne faisaient pas l'agriculture alors les hommes ne font pas non plus l'agriculture » ; « les femmes ont des corps plus résistants et plus adaptés aux travaux agricoles que les hommes qui se fatiguent vite ». Par ailleurs, une grande partie des hommes de la génération des 30-40 ans sont partis travailler en Angola, perdant ainsi un savoir-faire et une habitude des travaux agricoles auxquels ils ont mal à revenir une fois refoulés d'Angola. Un directeur d'école proposait de réintroduire dans les écoles des formations agricoles pour suppléer ce manque de transmission par les pères.

⁷⁹ La connaissance par les personnes de leurs droits (fonciers, médicaux, juridiques...) est faible et nécessite un travail important d'information et de structuration en groupes locaux de référence.

Figure 8 – Schéma causal des facteurs agricoles impliqués dans les situations de malnutrition



Liens avec les autres facteurs de risque / EHA SYSTÈME AGRICOLE GENRE MALADIES INFANTILES REVENUS ET MOYENS D'EXISTENCE

La priorité de culture est donnée au **manioc et aux céréales, qui constituent l'essentiel des pratiques alimentaires au Kwango** (sous la forme du fufu). La quantité produite est petite et **une partie** –surtout les produits nutritifs car plus rémunérateurs– **est vendue par les ménages pour compenser la faible diversité des revenus**⁸⁰. La part restant pour l'alimentation est donc minimale, peu diversifiée et de faible qualité nutritionnelle. **L'alimentation donnée aux enfants est monotone** et ne permet pas un apport optimal de tous les nutriments nécessaires.

La faible production agricole, la consommation majoritaire du manioc (qui a une valeur nutritionnelle et un prix de vente très faibles), **le peu de temps des femmes et le manque d'eau à proximité des ménages se combinent pour déboucher sur une maladie très spécifique, le Konzo**. Cette paralysie irréversible des membres inférieurs et supérieurs touche surtout les enfants et les femmes. Elle est causée par la consommation répétée de manioc amer non purifié de son cyanure sans apports soufrés⁸¹ pour en limiter les effets. Le processus de traitement du tubercule dure normalement 5 à 6 jours par un trempage à l'eau courante puis le manioc doit sécher au soleil pendant 3 à 4 jours avant d'être consommé cuit. Parce que les ménages n'ont ni production ni réserve agricoles assez importantes et diversifiées, que les points d'eau courante sont éloignés, que les femmes ont peu de temps et de matériel pour suivre tout le processus de traitement, que le petit bétail des ménages est rarement consommé mais vendu, les cas de Konzo dans le Kwango sont très nombreux. **Les femmes et les enfants sont surtout touchés car ils et elles consomment moins de protéines que les hommes**. Cette maladie, une fois les premiers symptômes apparus, n'est pas réversible mais le processus peut être limité par une alimentation variée et fréquente et une prise en charge kinésithérapeutique. Il s'avère, qu'au Kwango, une seule structure – religieuse– est à même d'assurer cette prise en charge.

Une prise en charge non optimale des maladies et des enfants par le système de santé

L'accès, l'utilisation et l'état des centres de santé dans la province ne permettent pas d'assurer un accompagnement médical optimal des enfants et des adultes, ce qui contribue à un faible état de santé⁸². Les obstacles à l'accès et à l'utilisation des centres médicaux sont aussi bien externes qu'internes au système de santé.

Le mauvais état des routes, le manque de véhicules, la pauvreté des ménages, le faible pouvoir de décision des femmes dans les ménages limitent le recours aux centres médicaux. Les tradipraticiens et les guérisseurs⁸³ sont consultés en priorité. L'état aléatoire des centres médicaux est l'autre principale raison qui limite leur utilisation par les populations, surtout des villages éloignés. Le manque en intrants médicaux, en personnel formé, en assainissement est fréquent et dissuasif. A plusieurs reprises, le mauvais accueil par les agent.es de santé a été évoqué comme barrière à l'usage de ces services⁸⁴. Le manque de relais villageois formés à une médecine de base et pouvant assurer prévention régulière, identification et référencement des maladies infantiles, ne permet pas d'assurer le suivi médical nécessaire aux enfants et de limiter les maladies et leur aggravation. De plus, les signes de la malnutrition chronique sont mal connus et repérés aussi bien par les parents que par le personnel de santé, ce qui est entraîné des retards dans la prise en charge de cette maladie⁸⁵. De nombreuses maladies,

⁸⁰ La vente se fait soit localement entre membres des communautés soit, pour le cas des villages, par des grossistes venus sur place, soit au marché dans les villes comme Feshi, Popokabaka et Kahemba.

⁸¹ Les apports soufrés se font par la consommation de protéines animales, malheureusement peu accessibles aux ménages.

⁸² Les femmes manquent particulièrement de suivi dans leur santé, notamment leur santé sexuelle et reproductive alors même que les femmes sont celles qui se fatiguent le plus du fait de leur surcharge de travail. Les visites pré et post-natales ne sont pas faites régulièrement et les offres de planification familiale peu fréquentes. (EDS 2013-2014)

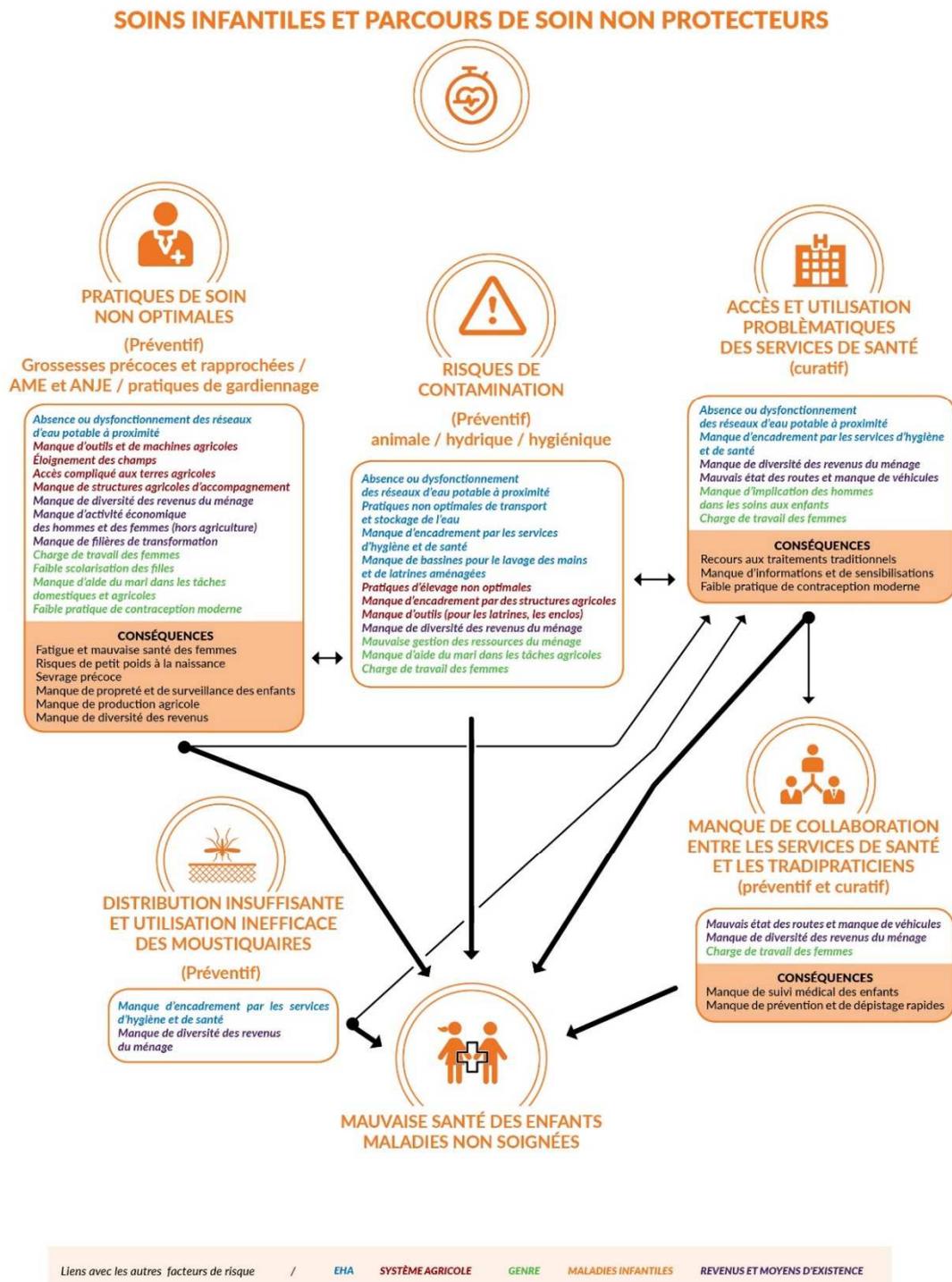
⁸³ Les tradipraticiens sont des « médecins » traditionnels reconnus et référés par les centres de santé alors que les guérisseurs n'ont pas ce type de caution. L'université de médecine de Kinshasa a ouvert une filière de certification des tradipraticiens.

⁸⁴ Ho, L. S., Labrecque, G., Batonon, I., Salsi, V., & Ratnayake, R. (2015). « Effects of a community scorecard on improving the local health system in Eastern Democratic Republic of Congo: qualitative evidence using the most significant change technique ». *Confl Health*, 9, 27. doi:10.1186/s13031-015-0055-4 "As in many fragile or conflict-affected states, there is a weak culture of accountability in DRC, characterized by the absence of a social contract between citizens and the state. In the health system, there are few mechanisms through which healthcare providers and the Ministry of Public Health (MoPH) can be held accountable, answer questions from users, or be sanctioned. Weak management and absent accountability relationships lead to corruption, lack of motivation, absenteeism, poor planning, and inadequate implementation of health services and policies. There is limited budget transparency, making it difficult for citizens to hold the government accountable for spending. Communities, and at times service providers themselves, lack information about national health standards, entitlements, and performance, which limits their capacity to monitor service delivery and healthcare providers' performance. There are few structured and non-partisan spaces for users to dialogue with healthcare providers; in addition, mechanisms to address grievances are rare and often seen as ineffective."

⁸⁵ Fink, G., Levenson, R., Tembo, S., & Rockers, P. C. (2017). « Home- and community-based growth monitoring to reduce early life growth faltering: an open-label, cluster-randomized controlled trial ». *Am J Clin Nutr*, 106(4), 1070-1077. doi:10.3945/ajcn.117.157545

dont le Konzo et la malnutrition aiguë sévère, sont comprises par les familles comme relevant de la magie ou de la sorcellerie.

Figure 9 – Schéma causal des facteurs de soins impliqués dans les situations de malnutrition



“Although parents can compare their children with other children of the same age, such comparisons are not likely to provide reliable information in communities where developmental delays are common. As a result, a large number of caregivers of children with stunted growth are likely to be relatively unaware of physical growth delays experienced by their children unless they are extreme (4), which makes caregiver-initiated efforts to prevent or remediate faltering growth rather unlikely.”

Cette intrication de causes rend complexes les réponses de prévention et de prise en charge des maladies infantiles car elles ne relèvent pas seulement du secteur de la santé. Par ailleurs, cette situation contribue à aggraver le faible état de santé des femmes.

b. Des soins aux enfants non optimaux

Cette recherche a révélé que les soins des enfants font défaut au Kwango et que ce problème a des causes aussi bien économiques que sanitaires et sociales.

Des pratiques de gardiennage à risque pour les enfants

Les enfants dont les mères travaillent dans les champs sans apport financier extérieur sont confiés dès l'âge de 2 ou 3 mois à des adultes du ménage pour qu'elles puissent accomplir les travaux champêtres. Elles partent tôt le matin (entre 5h et 7h) et reviennent en milieu d'après-midi. Pendant toute la journée, les nourrissons sont nourris d'eau, de thé ou ne sont pas nourris. **Les parents sont parfaitement conscients que cette pratique est défavorable à leurs enfants mais la situation économique et le manque de revenus autres qu'agricoles ne permettent pas aux femmes de ne pas travailler les champs.** Les mères n'emmènent pas leurs enfants avec elles car les distances sont longues, qu'il y a peu d'ombre sur place et qu'ils risquent les morsures de serpents. Les enfants, quand ils ont environ deux ans, sont confiés à la surveillance de leurs frères et sœurs aînés âgés d'au moins 6 ans. En 2014, 72,8% des enfants de moins de 5 ans étaient laissés à la garde d'un autre enfant de moins de 10 ans⁸⁶. Les mères préfèrent que la garde reste intrafamiliale même si elles savent qu'il y a toujours une voisine à proximité. Elles laissent un repas préparé à leurs enfants ou ceux-ci sont en charge de la préparation du repas pour les plus jeunes.

Les conditions d'hygiène et d'alimentation des enfants se gardant eux-mêmes sont problématiques : la nourriture n'est pas forcément bien préparée, peut être contaminée par les animaux de basse-cour ou consommée en quantité insuffisante. L'hygiène des plus petits n'est pas assurée non plus et les risques de contamination (eau souillée, excréments, mains sales) sont accrus. Les modes de garde collective assurée par des adultes ne sont pas pratiqués et une certaine défiance à cette modalité est apparue chez les mères interrogées. **La surcharge de travail des femmes et le manque de diversité des ressources des ménages ont un impact direct majeur sur les pratiques d'allaitement maternel exclusif et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.**

Des pères peu impliqués dans les soins aux enfants et des femmes surchargées de travail

Excepté chez les populations Yaka, pour toutes les autres ethnies, il est considéré que les enfants appartiennent au clan de la mère et les hommes disent qu'ils « *ne vont pas s'impliquer dans leur soin et éducation car ils ne leur appartiennent pas* ». De manière générale dans le Kwango, les personnes considérées comme pourvoyeuses de soin sont les femmes. C'est à elles que reviennent toutes les activités de prise en charge des enfants –et par extension, des personnes vulnérables : malades, handicapées, âgées. Pourtant, l'implication des pères dans l'éducation et les soins de leurs enfants est un facteur de protection reconnu contre la malnutrition infantile⁸⁷.

Les mères sont aussi en charge des travaux agricoles et des corvées domestiques. Leur temps est donc limité pour s'occuper des enfants aussi bien dans la préparation et la surveillance des repas que dans les jeux ou les pratiques d'hygiène. **Elles disent presque toutes⁸⁸ manquer de temps pour s'occuper correctement de leurs enfants** et que cela empire pendant les périodes d'intenses travaux agricoles comme les récoltes ou les périodes

⁸⁶ EDS, 2013-2014

⁸⁷ Abate, K. H., & Belachew, T. (2017). « Women's autonomy and men's involvement in child care and feeding as predictors of infant and young child anthropometric indices in coffee farming households of Jimma Zone, South West of Ethiopia ». *PLoS One*, 12(3), e0172885. doi:10.1371/journal.pone.0172885 "The role of the father, though acknowledged, is the most neglected part in the continuum of child health care and research process of developing world so far. In low income countries, a child health care is 'mother centric', and less effective in participating the father" "Both maternal autonomy (for WHZ) and paternal engagement in care (for HAZ) were found determinants of child nutrition in the setting. Thus, nutrition interventions in such setting should integrate enhancing women's autonomy over resource and Men's involvement in childcare and feeding, besides food security measures."

⁸⁸ Il est apparu que les mères non agricultrices (commerçantes...) ou agricultrices bénéficiant régulièrement d'un appui agricole ont plus de temps pour s'occuper de leurs enfants que les mères agricultrices sans support.

de ramassage des chenilles⁸⁹. Les grossesses rapprochées et nombreuses fatiguent d'autant les mères et diminuent leur disponibilité aux soins des enfants. D'après l'enquête EDS de 2013-2014⁹⁰, 10,3% des femmes en âge de procréer dans le Kwango utilisent une contraception moderne et 28 % utilisent une contraception toute forme confondue. De plus, 90,2 % des femmes ont déclaré ne jamais avoir discuté planification familiale ni avec des agent.es de terrain ni dans les centres de santé. Les grossesses et mariages précoces ont aussi des incidences sur les soins des enfants, à la fois parce que les parents sont souvent jeunes et inexpérimentés et parce que leurs ressources économiques sont plus faibles, sans oublier le fait que les mères peuvent ne pas avoir voulu ces situations.

Les pères et mères interrogées pensent que les mariages et les grossesses précoces sont défavorables à la santé des filles et à celle de leurs enfants. Lorsque des grossesses précoces surviennent, les jeunes mamans (parfois dès 12 ou 13 ans) risquent des complications pendant et après l'accouchement car « leur sang n'est pas assez fort » et leurs « os du bassin ne sont pas formés »⁹¹, ce qui peut avoir des incidences sur l'alimentation et la santé des nouveau-nés. L'autre conséquence des grossesses précoces mentionnée par les hommes et les femmes rencontrées est celle de l'arrêt de la scolarité des filles et, ainsi, du niveau plus bas d'instruction des épouses par rapport à leurs maris.

Les mariages précoces sont également évoqués par les pères et les mères⁹² comme un risque important pour les ménages de tomber dans la sous-nutrition. Différentes raisons sont avancées :

- les filles ne sont pas assez fortes physiquement pour assurer toutes les tâches économiques et domestiques nécessaires à la bonne alimentation du ménage et elles risquent la malnutrition si le mari ne travaille pas
- les filles n'ont pas assez d'expérience pour gérer correctement le ménage (notamment préparer les repas), ce qui pousse l'époux à recourir à la polygamie, exposant ainsi les personnes à des risques plus forts de malnutrition.

Si les grossesses rapprochées sont liées, pour les personnes, à un risque important de malnutrition pour les ménages car elles empêchent les mères d'assurer les travaux agricoles et l'apport de revenus et les affaiblissent, **il y a divergence d'idées sur le lien entre famille nombreuse et malnutrition.** Pour les mères du focus groupe de Kambundi, la taille des ménages n'est pas corrélée aux cas de malnutrition car des familles nombreuses peuvent ne pas connaître ce problème et inversement. En ce cas, le risque n'est pas dans la taille des ménages mais plutôt dans la quantité et la gestion des revenus au sein des ménages et dans l'organisation des familles. Cependant, à Feshi, les adultes interrogés estiment que les familles nombreuses tombent plus facilement dans la malnutrition, surtout les familles polygames quand les revenus financiers manquent. A l'heure actuelle, il n'y a pas de données statistiques permettant d'analyser en détail le lien entre taille des ménages et risque accru de malnutrition.

Les difficultés économiques des ménages, les problèmes d'accès aux centres de santé ainsi que leur mauvais état, la faible diversité des revenus, le manque de temps des femmes et d'implication des pères rendent difficilement réalisables les pratiques de soins favorables aux enfants.

c. Une alimentation insuffisante en quantité et diversité

Comme vu ci-dessus, la production agricole, en quantité et diversité insuffisante, a une incidence très forte sur l'alimentation des ménages. Elle n'est pas la seule raison aux pratiques alimentaires problématiques dans le Kwango.

⁸⁹ La période de ramassage des chenilles est critique pour les enfants. Pendant ces 2 ou 3 semaines, les enfants sont en savane avec leur famille. Les conditions de vie, d'hygiène et d'alimentation sont plus rudes. Même si les enfants mangent plus de protéines à ce moment, les mères ont moins de temps encore pour préparer les repas, les réserves alimentaires s'épuisent et les risques de contamination par l'eau souillée sont plus forts. Les centres de santé constatent une augmentation des cas de maladies infantiles (toux, diarrhées, paludisme) à la fin de cette période. De plus, quand les mères sont occupées à ramasser les chenilles, il n'y a personne pour travailler les champs. Au retour dans les villages, il n'y a donc pas de production agricole disponible et la grande partie des revenus de la vente des chenilles sert à payer les frais de scolarité.

⁹⁰ Dernières données disponibles connues pour la province

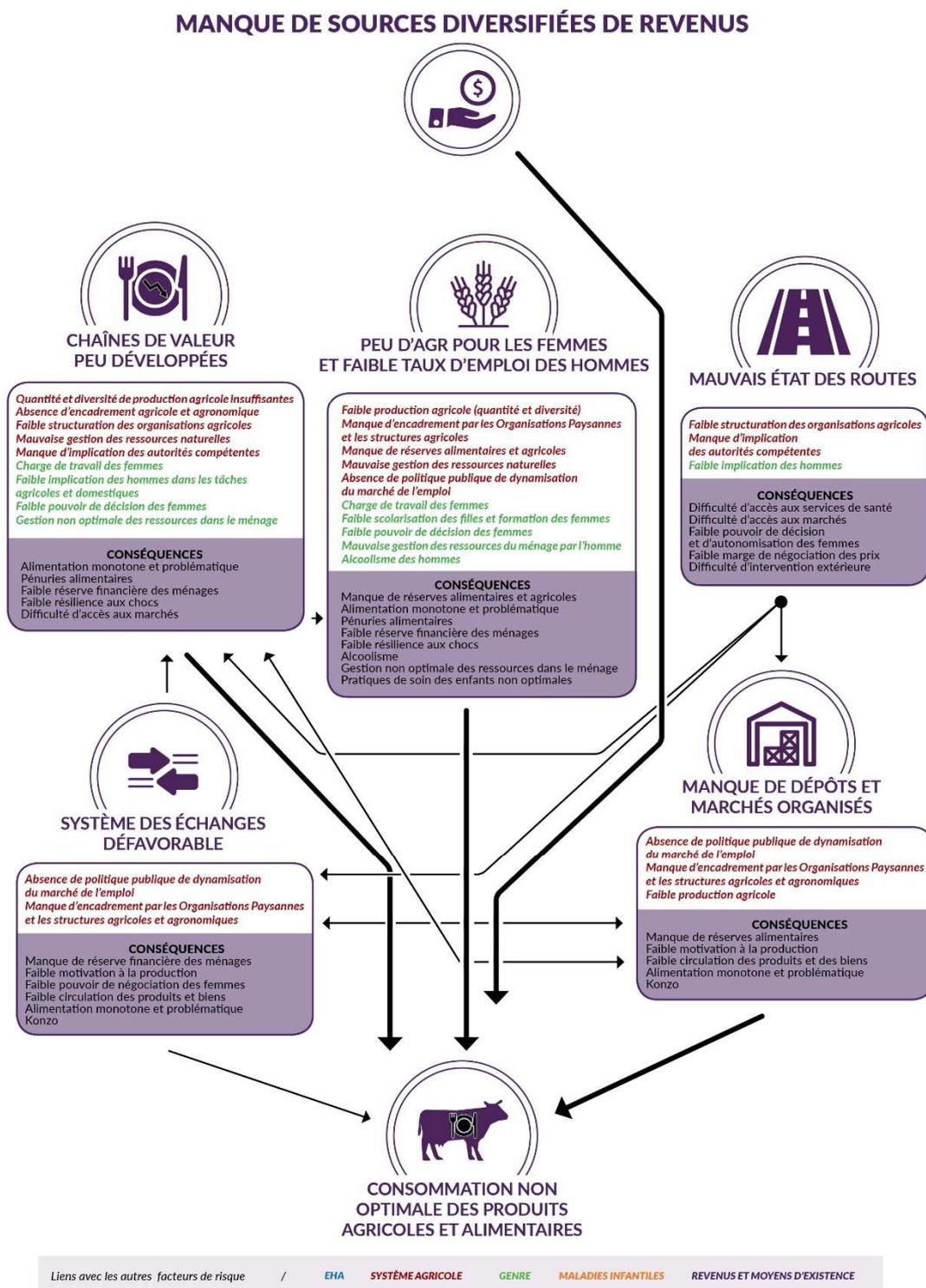
⁹¹ Focus groupes à Kahemba

⁹² villages de Kambundi et Kahemba

La faible diversité des revenus et son lien avec une alimentation monotone

L'absence de marchés organisés et intégrés ainsi que de chaînes de valeur développées font que l'agriculture est la principale source de revenus des ménages. Les produits agricoles, pastoraux et halieutiques ne servent pas tant à l'alimentation qu'à l'obtention de ressources monétaires pour faire face aux chocs ponctuels et aux besoins financiers. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne l'élevage et la pisciculture. La plupart des ménages possède du petit bétail et certains pratiquent la pisciculture, en plus des ménages de fermiers ayant des bœufs. Mais rares sont les ménages qui consomment leur viande et leurs poissons : ils sont destinés à la vente.

Figure 10 – Schéma causal des facteurs « moyens d'existence et revenus » impliqués dans les situations de malnutrition



Les conséquences du faible encadrement agronomique sur les pratiques alimentaires

Les personnes enquêtées ont toutes mentionné leurs besoins en encadrement agricole et agronomique. Selon les enquêtés, sous Mobutu, existait un service d'agronomes qui venaient régulièrement conseiller et former les agricultrices-teurs. Désormais, elles et ils se sentent isolés dans leurs pratiques et face aux problèmes rencontrés. Les outils et les machines agricoles leur manquent ainsi que les techniques permettant la préservation et la régénération des sols. **Le manque d'outils et de plateformes collectives d'échange des**

pratiques ou des semences ainsi que de formations techniques aux méthodes agricoles plus productives et durables entraîne une faible quantité de production, dans l'absolu et en diversité. Il est apparu, dans plusieurs villages, que les personnes ont cessé de cultiver le millet car cette céréale est dite responsable de l'épuisement des sols : il leur faut attendre 4 à 5 ans de jachère pour pouvoir replanter après. Or, le millet était associé à la farine de manioc pour faire le fufu et plusieurs villageois ont constaté l'augmentation des cas de Konzo depuis l'arrêt de cette production. **La liste des cultures exploitées par les ménages montre que la diversité est cependant présente.** Maïs, millet, arachide, niébé, manioc, igname, patate douce, pomme de terre, riz, tomate, gombo, oignon, courge sont produits mais en très petite quantité par manque de semences et généralement vendus.

Des initiatives passées d'ONGI visèrent à pallier ce déficit de semences et boutures en fournissant des semences améliorées et de nouvelles boutures de manioc. Les populations ont fait des constats très mitigés : les boutures de manioc étaient trop amères à leur goût et cela rendait le rouissage encore plus long et complexe. De plus, toutes les boutures arrivaient à maturation en même temps ce qui obligeait les cultivatrices à tout récolter et vendre dans la même période, posant des problèmes de manque de réserve et de baisse des prix. Quant aux semences données, elles le furent prioritairement aux ménages refoulés d'Angola. Cela créa des problèmes car, en quantité insuffisante, elles ne permirent pas de constituer des réserves semencières. Pourtant, certaines personnes dans les populations savent où elles pourraient se procurer les semences et boutures qui leur conviendraient, que ce soit auprès de particuliers ou de villages éloignés⁹³.

La dépendance alimentaire au système agricole pourrait être moindre si les ménages avaient plus de ressources financières pour acheter leur nourriture. Or, la diversité des sources de revenu est faible puisque l'argent provient essentiellement du travail et des produits agricoles et naturels (chenille, gibier...). Les ménages avec employé.es ou commerçant.es sont minoritaires⁹⁴, les emplois stables et rémunérateurs rares⁹⁵. Les possibilités d'activités économiques restent restreintes pour plusieurs raisons liées.

La faiblesse d'organisation des chaînes de valeur et des marchés ne permet pas de pallier la monotonie alimentaire
Les marchés manquent d'organisation et d'intégration et, à cause de l'état des routes, les populations des villages ont beaucoup de difficultés à transporter leurs produits jusqu'à des lieux de vente. Très souvent, ce sont les grossistes qui viennent dans les villages acheter et vendre en fixant des prix défavorables aux ménages. La pratique du troc est courante et ne permet pas aux personnes de disposer de ressources monétaires suffisantes, d'où la vente du petit bétail et des produits agricoles les plus nutritifs. Le manque d'organisation des marchés ne concerne pas seulement l'absence de fixation transparente des prix, le non-respect des règles de gouvernance, le manque d'information pour les productrices-eurs et de groupements agricoles structurés mais aussi de lieux de transformation, de stockage et de conservation des produits périssables. **Les agricultrices-eurs qui le pourraient ne produisent que les quantités rapidement vendables faute d'infrastructures permettant de garantir le bon état de réserves et de stocks.** De ce fait, les produits vendus le sont généralement après la récolte au moment où les prix sont bas.

Ces difficultés structurelles et administratives, le déficit d'intervention de la part des autorités compétentes et de dynamisme des groupements agricoles freinent, en partie, l'essor de débouchés économiques qui pourraient assurer aux populations des revenus diversifiés et plus importants. En effet, les chaînes de valeur sont très peu développées, que ce soit des produits liés à l'agriculture, à l'élevage, aux ressources naturelles ou à l'artisanat. Seules les chenilles, le manioc et certaines céréales pour l'alcool font l'objet d'une transformation. Les produits sont vendus en l'état. Les femmes rencontrées se sont montrées très intéressées par ces possibilités

⁹³ Se pose alors le problème du coût et de la complexité des moyens de déplacement.

⁹⁴ La situation des ménages de commerçant.es ou de fermiers est un peu différente. Leur alimentation quotidienne n'est pas forcément plus variée que celles des ménages agricoles car ils ne consomment pas davantage de viande ou de poisson. Par contre, ces ménages ont plus de liquidités financières disponibles pour faire face aux chocs ponctuels (santé des enfants) ou aux dépenses régulières (scolarité), ce qui peut faciliter leur accès aux services de base (si pas de mauvaise gestion des ressources du ménage par l'homme). Il est apparu que les ménages avec salarié.es présentent des taux plus élevés de malnutrition infantile. Les explications sont plusieurs : ces ménages, lorsqu'ils dépendent de l'Etat pour leurs salaires sont plus endettés que les autres ; les parents ont moins de temps que les autres pour cultiver des champs vivriers ; ils privilégient des aliments industriels considérés comme de plus grand statut social.

⁹⁵ Il a été observé que les ménages où l'homme est salarié ont plus de risques que les enfants soient touchés par la malnutrition, notamment à cause de dépenses non orientées vers l'alimentation. Cependant, ces ménages ont souvent aussi plus de possibilités financières pour faire soigner leurs enfants. Aussi, le fait d'avoir un emploi stable n'est pas garant d'éviter la malnutrition –sauf si la gestion des ressources du ménage est propice aux enfants– mais peut être favorable en ce qui concerne les soins des enfants.

économiques pour les avantages qu'elles présentent en ressource monétaire et en réserve alimentaire. Aucune n'a jamais été formée à ces processus⁹⁶.

Le manque de ressource monétaire des ménages, la faible production agricole et la non optimisation des marchés s'imbriquent et contribuent à rendre variables l'accessibilité et la disponibilité des produits alimentaires sur les marchés. En saison sèche, de nombreuses denrées manquent, surtout les légumes, et même quand ils sont disponibles, leurs prix sont trop élevés pour les ménages. **Les femmes ne peuvent alors en acheter ou seulement en quantité insuffisante pour nourrir l'ensemble du ménage.**

Il apparaît ainsi que les problèmes menant à des situations de malnutrition au Kwango s'imbriquent les uns aux autres. Ils concernent à la fois des manques matériels (outils, semences, eau, terre, soins de qualité), un défaut d'implication des autorités compétentes, des pratiques non favorables au bien-être des enfants et des difficultés de gouvernance entraînant une défiance des populations face aux actions collectives. Les causes des problèmes ne sont pas sectorielles ainsi que le montrent les cinq arbres explicatifs. Par exemple, le manque de semences agricoles est lié aussi bien à une absence d'encadrement agronomique qu'à la faible diversité des revenus du ménage et à la mauvaise gestion des ressources du ménage par l'homme. Cela explique que si certaines pistes d'intervention paraissent à première vue éloignées des causes immédiates de la malnutrition, elles y sont, en fait, très liées⁹⁷.

C'est pourquoi le cadre d'intervention présenté n'est pas sectoriel non plus. Il met en évidence les différents besoins des populations à prendre en compte dans les actions envisagées pour le Kwango et d'autres provinces, en fonction de leur contexte local.

⁹⁶ Les hommes ont une pratique de la transformation de céréales, de feuilles et de fruits pour la fabrication d'alcool.

⁹⁷ Voir les arbres à solutions en annexe 14.

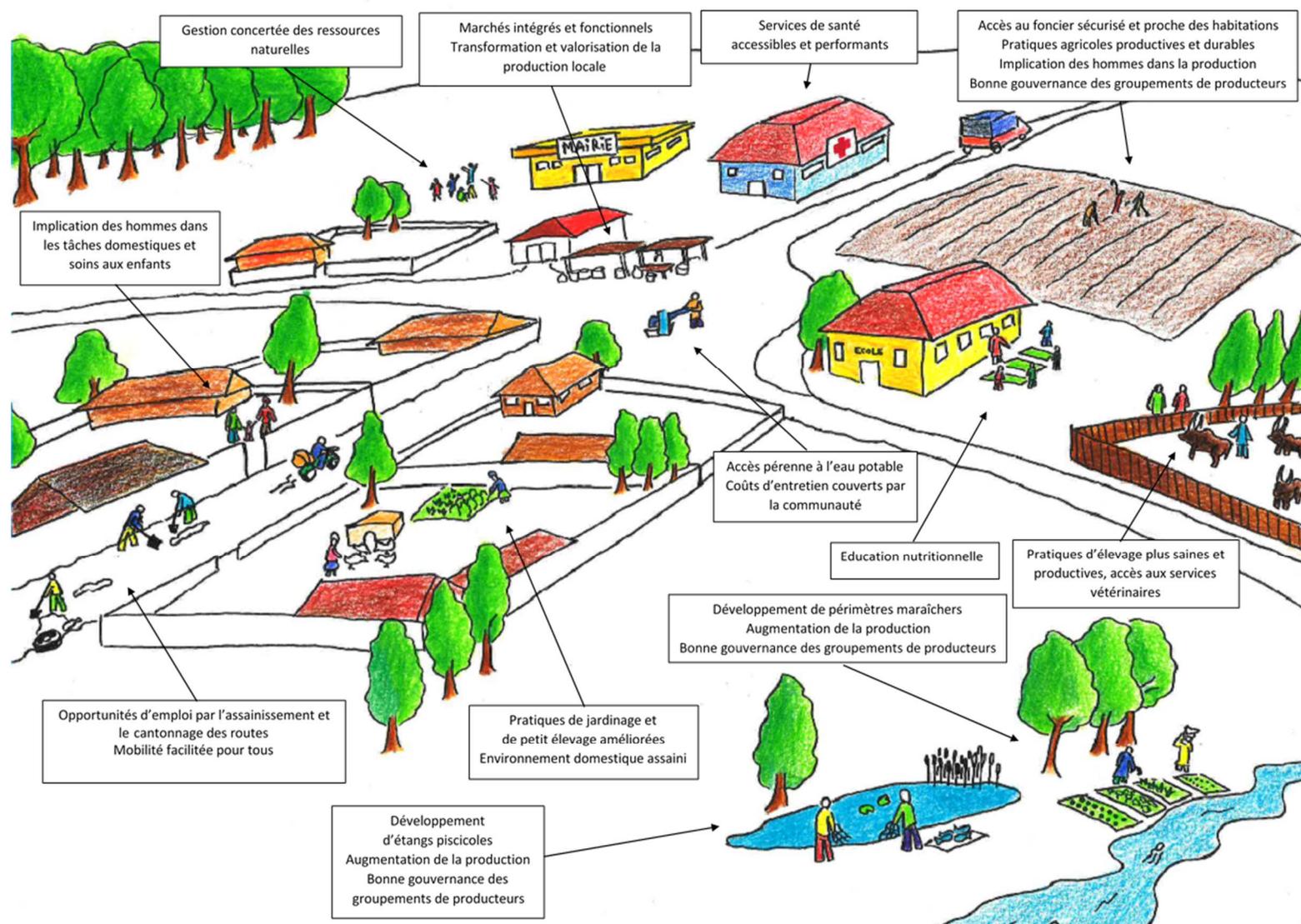
PARTIE IV. PRÉSENTATION DU CADRE D'INTERVENTION VISANT À UNE RÉSILIENCE FACE À LA MALNUTRITION

L'une des finalités principales de cette recherche sur les causes et les fonctionnements de la malnutrition dans le Kwango était de pouvoir élaborer un cadre d'intervention –basé sur les recommandations et les besoins des populations rencontrées– visant à améliorer la résilience des personnes à la malnutrition.

Les données quantitatives et qualitatives recueillies ont permis de mettre en évidence les principales causes de ce problème et la complexité de leurs interrelations a été démontrée. Le cadre d'intervention proposé s'appuie sur les réalités propres aux personnes vivant dans le Kwango, en fonction de leur situation spécifique. Cependant, les problèmes et les besoins exprimés et identifiés sont plus larges que la seule province du Kwango et peuvent se retrouver dans d'autres territoires.

Si la dimension transsectorielle et intersectionnelle de la malnutrition est connue depuis longtemps, les interventions mettant concrètement en œuvre cette multisectorialité sont plus récentes. Le défi est de les penser et de les réaliser ensemble. C'est pourquoi ce cadre met en évidence les points fondamentaux à prendre en compte dans l'élaboration de possibles stratégies d'action et rend visibles les paramètres transversaux et corollaires à ces actions. Il ne propose pas des actions répliquables mais invite à analyser les terrains locaux en fonction de certains besoins essentiels auxquels répondre avec les populations concernées.

Figure 11 – Schéma des principaux domaines d'intervention et leurs liens en vue d'une amélioration de la résilience à la malnutrition



L'illustration ci-dessus donne à voir les principaux domaines d'action liés à la malnutrition et leurs interrelations. Il permet de comprendre qu'une même action peut avoir des effets sur plusieurs problèmes et amener des changements à différents niveaux. Par exemple, assurer un meilleur état des voies de communication facilite l'accès des populations aux centres de santé, aux terres agricoles et aux marchés et pourrait avoir un effet positif sur l'état d'emplois des hommes.

Il est aussi possible d'aborder un même problème par des domaines différents. L'amélioration des soins des enfants passe à la fois par le développement économique des ménages, un accès facilité à l'eau potable, un plus grand pouvoir de décision des femmes et l'implication des pères dans les tâches éducatives et domestiques.

A. UN CADRE D'INTERVENTION MULTISECTORIEL PRENANT EN COMPTE LES INTERRELATIONS ENTRE LES BESOINS DES POPULATIONS

Ce sont les interactions et la dimension dynamique des situations et des solutions possibles que le cadre d'intervention tient à mettre en évidence. Il présente tout ce dont les populations ont besoin pour arriver à des situations de résilience face à la malnutrition. Ces besoins sont de natures différentes : besoins tangibles, besoins en connaissances appliquées, besoins collectifs et besoin d'agir sur les acteurs. Ils impliquent donc des actions et des temporalités différentes. Mais ils fonctionnent tous en interdépendance.

Par exemple, concernant des actions visant à améliorer l'accès à et l'utilisation de l'eau potable : il est nécessaire de réhabiliter ou de construire des points d'eau potable proches des ménages et fonctionnels (besoin tangible). Pour assurer le bon fonctionnement de ces ouvrages dans le temps, les habitant.es doivent pouvoir en assurer l'entretien technique au moyen de comités de gestion appliquant les règles de gouvernance (besoin en connaissances appliquées). La mobilisation pour ce *commun* fait appel aux besoins collectifs suivants : capacité d'action et de gestion collectives, existence de groupements respectant les principes de bonne gouvernance et de redevabilité, meilleure répartition des rôles sociaux de sexe. Ces différents types de besoins impliquent divers acteurs avec et sur lesquels agir : chefs communautaires et religieux, relais communautaires, groupements villageois ou de développement rural, entreprises privées, ministère et services de l'énergie et ressources hydrauliques. Dans la conception des interventions, il importe de prendre en compte ces différents niveaux de besoins et d'acteurs pour s'assurer que celles-ci répondent bien à toutes les facettes des difficultés.

CADRE D'INTERVENTION

BESOINS TANGIBLES

- terres agricoles de taille suffisante et à proximité des villages
- intrants agricoles (outils/ machines, semences céréalières et potagères, boutures efficaces et adaptées, fertilisants et traitements naturels)
- outils et machines pour la transformation et la conservation des produits
- petit bétail et alevins
- moyens de transport (vélos, motos, pirogues, béquilles, chaises roulantes, charrettes à bœuf)
- disponibilité monétaire
- marchandises pour commercer
- entrepôts et lieux de vente
- soins médicaux de qualité (médicaments approvisionnés, matériel médical, personnels compétents, prise en charge holistique des cas de Konzo, centres de santé fonctionnels et salubres)
- eau potable à proximité des ménages : bornes-fontaines, forages, pompes, sources aménagées
- moyens de transport et de stockage de l'eau
- matériel de construction et de nettoyage des latrines
- matériel d'hygiène (savon, seau, bassine, etc.)
- matériel de clôture des animaux et de protection des points d'eau
- moustiquaires
- bassines et bâches pour le rouissage/wetting method du manioc (Konzo)

BESOINS EN SAVOIR-FAIRE ET CONNAISSANCES APPLIQUES

- agriculture nutritionnelle et durable
- pratiques hygiéniques d'élevage et de pisciculture
- gestion des ressources naturelles (produits forestiers et de savane) permettant une exploitation durable
- droit foncier
- transformation/conservation/gestion des produits agricoles et ressources naturelles
- formations professionnelles porteuses (vente, mécanique, services, gestion des affaires...)
- règles de gestion et de redevabilité des groupements d'action et des marchés
- techniques de plaidoyer
- avantages à une meilleure répartition des rôles sociaux de sexes (paternité et masculinité positives)
- gestion des ressources du ménage favorable à l'alimentation, aux soins et à la santé des enfants
- avantages à la scolarité complète des filles et alphabétisation des femmes et des filles mères
- désavantages des mariages et grossesses précoces
- lois de protection des femmes et des enfants
- connaissances techniques du fonctionnement des systèmes d'eau et des pratiques d'assainissement des points d'eau
- pratiques d'hygiène dans le transport et le stockage de l'eau
- pratiques d'assainissement des parcelles (compost, brûlage, trous à ordures)
- pratiques alimentaires locales favorables à la nutrition en fonction des types de personnes
- principaux symptômes et traitements médicaux (traditionnels et allopathiques)
- causes du Konzo et prise en charge physique et alimentaire des personnes atteintes de cette maladie

AGIR SUR LES :

- chefs communautaires et religieux
- relais communautaires
- associations de développement rural et agricole
- associations de femmes et groupements féminins
- agent.es de santé de la zone
- tradipraticiens
- entreprises et opérateurs privés
- institut national de recherche agricole (INERA) et services vétérinaires
- ministères nationaux et provinciaux et agents de proximité; affaires foncières ; décentralisation et réformes institutionnelles ; environnement et développement durable ; infrastructures, travaux publics et reconstruction ; énergie et ressources hydrauliques ; genre, famille et enfant ; développement rural ; agriculture ; pêche et élevage ; PRONANUT ; santé

BESOINS COLLECTIFS EN :

- capacité d'action et de gestion collectives des habitant.es dans les domaines :
 - de l'eau
 - des terres agricoles et des ressources naturelles
 - du commerce et des chaînes de valeur
 - de l'assainissement
 - des soins des enfants
 - de la mobilité des personnes et des biens
 - de l'inclusion (handicapé.es, ménages refoulés...)
- existence des groupements citoyens/ villageois respectant les principes de bonne gouvernance et de redevabilité
- répartition des rôles sociaux de sexe :
 - permettant une gestion partagée des ressources et favorable à l'alimentation, à l'hygiène et aux soins des enfants
 - évitant la surcharge de travail des femmes
 - assurant un épanouissement économique, professionnel, éducatif, social, psychomédical des femmes et des hommes

Figure 12 – Schéma du cadre d'intervention prenant en compte les besoins fondamentaux des populations

B. UNE ADAPTABILITÉ DES INTERVENTIONS AUX BESOINS SPÉCIFIQUES DES MÉNAGES ET DES PERSONNES

Ce cadre met le ménage au centre de ses interventions. Cependant, les ménages ne sont ni abstraits ni similaires. L'enquête a mis en évidence sept groupes de vulnérabilité au Kwango :

- les ménages refoulés d'Angola
- les ménages avec personnes malades, handicapées ou âgées
- les ménages de femmes seules ou sans appui du mari
- les ménages ayant de petites parcelles agricoles ou louant leurs parcelles agricoles
- les ménages ayant l'agriculture comme source unique de revenus
- les ménages jeunes et/ou le mari est alcoolique
- les ménages touchés par le Konzo

Groupes vulnérables	Motifs de vulnérabilité
Familles avec femme seule ou sans appui du mari	<ul style="list-style-type: none"> • moins de temps pour les soins des enfants • fatigue accrue • parcelle agricole plus petite • production agricole de quantité et diversité moindre • faible diversité de revenus • moindre résilience en cas de chocs et pénuries • alimentation monotone • moindre accès aux services sociaux de base
Ménages avec monoactivité agricole de la femme sans autre source de revenu dans le ménage	<ul style="list-style-type: none"> • moins de temps pour les soins des enfants • fatigue accrue • parcelle agricole plus petite • production agricole de quantité et diversité moindre • faible diversité de revenus • moindre résilience en cas de chocs et pénuries • alimentation monotone • moindre accès aux services sociaux de base

Groupes vulnérables	Motifs de vulnérabilité
Ménages de salariés ou employés	<ul style="list-style-type: none"> • endettement fréquent lié aux impayés de l'état • dépenses fréquentes hors ménages : alcool, 2^e épouse... • achats alimentaires pas toujours optimaux : conserves, poisson salé pour faire « évolués » • pas toujours le temps pour cultiver • charges familiales accrues (famille élargie)
Ménages avec personnes malades (konzo), handicapées ou âgées	<ul style="list-style-type: none"> • plus grande précarité économique pour faire face aux chocs et pénuries et pour acheter des outils, aliments... • moins de mobilité pour aller aux champs, chenilles, marchés, points d'eau et centres de santé • moindre résistance immunitaire aux contaminations • accès aux terres plus précaire et parcelles plus petites • moindre accès aux services sociaux de base

Groupes vulnérables	Motifs de la vulnérabilité
Ménages ayant des petites parcelles agricoles et en location saisonnière	<ul style="list-style-type: none"> • moindre quantité produite • moindre revenu possible • difficulté pour pérenniser les cultures d'une année sur l'autre • plus grand risque d'expulsion par le propriétaire • perte de temps et d'énergie consacrés au défrichage renouvelé des terres • coût de la location (en argent ou en nature) • moindre diversité des cultures (manque d'espace et de temps)
Ménages jeunes / avec mari alcoolique	<ul style="list-style-type: none"> • plus forte mobilité du mari donc moins d'implication dans les tâches agricoles et domestiques • faible expérience dans la gestion des ressources du ménage (moins favorable à l'alimentation et aux enfants et plus fort contrôle sur l'argent de l'épouse) • plus de risque de consommation d'alcool • moindre expérience dans le soin aux enfants
Ménages revenus d'Angola	<ul style="list-style-type: none"> • accès plus compliqué aux terres donc parcelles plus petites et plus éloignées (production moindre en quantité et diversité) • plus de risques de désœuvrement et d'alcoolisme • moindre accès aux services sociaux de base si pas de revenus

Même si ces ménages partagent certaines vulnérabilités communes, la manière dont elles s'agencent et se renforcent est spécifique à chaque ménage, surtout lorsque les critères de vulnérabilité s'additionnent : ex un ménage ayant des petites parcelles agricoles en location saisonnière dont le père est alcoolique avec une fille atteinte du Konzo.

Le défi des interventions est alors de pouvoir faire en sorte que les changements favorables touchent l'ensemble des ménages d'un village ou d'un quartier tout en prenant en compte les besoins spécifiques des groupes vulnérables.

a. Le cas très spécifique des nombreux ménages touchés par le Konzo

S'il est des actions communes à tous ces ménages (accès facile et pérenne à l'eau potable), certaines sont spécifiques aux obstacles particuliers rencontrés par les groupes de vulnérabilité. Par exemple, les ménages dont les membres (enfants ou parents) sont touchés par le Konzo : lorsqu'une personne est atteinte par cette maladie, cela signifie qu'elle a été soumise pendant longtemps à une alimentation monotone et problématique et que les obstacles sont structurels. Cette maladie invalidante, lorsqu'elle touche les adultes, contribue à l'appauvrissement des ménages et les met en position de vulnérabilité et de dépendance à des aides extérieures. Lorsque c'est un enfant qui est touché, celui-ci ne va plus à l'école et se retrouve marginalisé. Leurs besoins alimentaires, médicaux et sanitaires sont accrus et spécifiques. **Aussi, ces spécificités sont à prendre en compte dans les interventions**, en insistant, par exemple, sur l'intégration sociale, éducative et économique de ces personnes et en travaillant conjointement avec les centres de santé pour une prise en charge adaptée (chaises roulantes, séances de kinésithérapie, alimentation surveillée).

b. L'importance de la prise en compte dans les interventions des biais liés aux relations hommes– femmes

Les besoins entre les femmes et les hommes ne sont pas les mêmes non plus car leurs situations sont, pour partie, différentes. La plupart des interventions possibles implique hommes et femmes **mais il importe de prendre en compte leurs difficultés et leurs forces respectives pour arriver à des solutions favorables aux deux.** Par exemple, le développement des chaînes de valeur est profitable aux femmes et aux hommes. Cependant, du fait de leur surcharge de travail, les femmes ont moins de disponibilité en temps que les hommes pour s'y consacrer. Si cette réalité n'est pas prise en compte dans les projets, cela peut amener à une situation économique en défaveur des femmes, aggravant leur faible statut. C'est pourquoi les actions proposées dans le cadre d'intervention ci-dessous s'orientent dans deux axes qui doivent être intrinsèquement liés et réfléchis ensemble afin d'arriver à une effectivité des résultats. Il s'agit non seulement de soulager le travail des femmes par des gains de temps et de dépenses énergétiques mais aussi d'amener les hommes à réaliser un plus juste partage des tâches agricoles, domestiques et économiques. **En effet, il existe plusieurs risques à diriger des projets exclusivement vers les femmes.** Le premier est celui d'entraîner une surcharge de travail des femmes (ex : cumuler travail des champs et AGR au détriment de leur santé et du soin aux enfants). Le deuxième risque est de renforcer les rôles de genre qui leur sont dévolus, au détriment du plein développement de leurs potentiels

individuels et communautaires. Le dernier est de susciter des réactions de rejet ou de violence de la part des hommes qui pourraient se sentir exclus ou déconsidérés par les actions entreprises. Aussi, les activités de support aux femmes doivent s'accompagner nécessairement d'actions impliquant les hommes afin de les intégrer aussi bien aux nouveaux potentiels économiques développés qu'à un élargissement des rôles de genre⁹⁸.

c. les spécificités alimentaires, nutritionnelles et médicales liées à l'âge

En plus des considérations de sexe et de genre à prendre en compte dans les interventions, le critère de l'âge est important. Les besoins alimentaires, nutritionnels et médicaux varient selon les âges. Dans les programmes nutritionnels, l'accent est majoritairement mis sur les pratiques alimentaires des plus jeunes enfants alors même que les adolescent.es, les femmes et les hommes adultes et âgé.es ont des pratiques et des besoins différents. Il semble donc important de prendre en compte ce critère, non seulement lors des séances d'éducation nutritionnelle mais aussi en préalable des activités de développement agricole et économique, et d'impliquer les jeunes dans l'ensemble de ces actions⁹⁹.

C. UN CADRE D'INTERVENTION EN LIEN AVEC L'APPROCHE DE GESTION COLLECTIVE DES COMMUNS¹⁰⁰

Ce cadre d'intervention ne propose pas une liste d'activités déjà identifiées car elles dépendent des contextes locaux et des choix de priorisation faits. Il explique les besoins individuels et collectifs sur lesquels agir et leurs interrelations au-delà d'une approche sectorielle. Le constat de l'enquête en un déficit de mobilisation collective et d'application des règles de bonne gouvernance pour les domaines de l'eau, du foncier, des ressources naturelles, etc. pose la **question essentielle de la gestion des communs**. En effet, les besoins collectifs apparus au Kwango associent le développement des capacités d'action et de gestion collectives et l'auto-régulation des groupes par l'application et le respect des règles de gouvernance. Il s'avère que les principes élaborés par Elinor Ostrom peuvent être des leviers d'action intéressants et utilisables pour développer des dynamiques favorables à des situations assurant une résilience à la malnutrition.

Ces principes sont¹⁰¹ :

- des limites clairement définies de qui peut utiliser les communs
- une concordance entre les règles d'appropriation et de fourniture des communs et les conditions locales
- des dispositifs fonctionnels de choix collectif
- un mécanisme de surveillance interne
- des sanctions graduelles en cas de transgressions des règles collectives et d'abus d'utilisation des communs
- des mécanismes pour résoudre les conflits
- une légitimité d'existence en tant que groupe reconnue par l'Etat
- un système étendu composé d'une imbrication de structures (privées ou publiques) chargées de gérer les ressources communes.

Ils peuvent être utilisés dans les propositions suivantes d'actions possibles. Celles-ci ont comme but de mettre en pratique des solutions locales et d'assurer la gestion des communs par une mobilisation des habitant.es¹⁰².

D. DES SOLUTIONS PROPOSÉES POSSIBLES ADAPTABLES

⁹⁸ *Synchronizing gender strategies. A cooperative model for improving reproductive health and transforming gender relations*, IGWG, 2010, 40 p.

⁹⁹ <https://globalnutritionreport.org/reports/global-nutrition-report-2018/executive-summary/>

¹⁰⁰ Les communs, théorisés par la politologue étasunienne Elinor Ostrom, prix Nobel 2009, recouvrent les ressources naturelles (terres, forêts, nappes phréatiques, air) et les ressources non-naturelles (culture, patrimoine). « On peut aussi parler de « communs » dans le cas de biens gérés par les communautés même s'ils n'ont pas intrinsèquement les propriétés économiques de rivalité et de non-appropriabilité. » <https://autogestion.asso.fr/autogouvernance-des-biens-communs%C2%A0-lapproche-delinor-ostrom-2/>

¹⁰¹ https://fr.wikibooks.org/wiki/Construire_des_communs/Elinor_Ostrom

¹⁰² Mansri, G., & Rao, V. (2013). *Localizing Development: Does participation work?* Retrieved from Washington, D.C.

“Studies of community participation in health service and education find modestly positive results overall, although the causal link between participation and service delivery outcomes is often vague.... Community engagement leads to significantly larger reductions in maternal and infant mortality, larger improvements in health-related behaviors, and greater use of health facilities than investments in health inputs alone can deliver. Interestingly, successful programs are often located within larger government health delivery systems.”
Kyamusugulwa, P. M. (2013). « Local ownership in community-driven reconstruction in the Democratic Republic of Congo”. *Community Development*, 44(3), 364-385. doi:10.1080/15575330.2013.800128

Ci-dessous, le cadre d'intervention est illustré par des possibilités d'activités adaptables aux contextes locaux, aux types de ménages et aux initiatives déjà en cours. Les activités présentées dans ce schéma et dans les arbres à solutions en annexe ont émergé du terrain kwangolais et ne sont pas nécessairement transposables en l'état car elles dépendent profondément des conditions sociales et économiques du contexte. Prenant l'exemple du cash transfert, la recherche a montré que, globalement, **les femmes et les hommes enquêtés y étaient peu favorables sous la forme directe d'argent donné**. Une corrélation statistique faisant suite à l'enquête quantitative est apparue entre le taux de malnutrition chronique et le fait que le ménage ait déjà bénéficié d'un transfert monétaire direct de la part d'une ONG ou d'une structure de l'Etat¹⁰³. Dans le bourg de Feshi et au village de Kahemba, les personnes rencontrées¹⁰⁴ ont signifié leurs besoins en moyens financiers accrus. Les formes évoquées de dotation financière sont le **crédit ou le microcrédit rotatif, le paiement des lopins** de terre directement aux chefs de terres et aux fermiers, par crainte que l'argent directement versé ne serve pas à des fins agricoles et alimentaires. C'est également la crainte de détournement d'argent qui fait dire au président de l'organisation paysanne du village de Kambundi qu'il est préférable d'apporter directement des semences, des boutures et du matériel agricole aux ménages. Les hommes de Maziamu ont dit être favorables à l'accès au cash par le biais de crédits adaptés afin de couvrir leurs premiers investissements nécessaires au démarrage des activités de pisciculture.

La formule de « **bons ou de jetons d'achat** » pour des biens matériels et agricoles a paru intéressante à une grande partie de la population questionnée (tel qu'à Popokaba ou à Muyamba). Ces biens concernent l'équipement domestique et les intrants agricoles (outils, animaux, semences). Ces derniers sont envisagés comme pouvant servir aussi bien au développement des activités économiques qu'à la consommation dans les ménages et à la vente, permettant ainsi de couvrir les frais de santé et de scolarité. **La possibilité des achats de service était peu connue** des personnes interrogées mais elle a semblé pertinente principalement pour les interventions au profit de la communauté, comme la construction de petites infrastructures sociales, car elles permettent également de créer des emplois locaux.

Le cash directement donné aux ménages ou aux personnes est considéré comme avantageux pour créer des AGR qui permettront de faciliter l'accès des enfants à l'école ou le paiement des soins médicaux. Dans le village de Mwendjila, les mères enquêtées ont évoqué le cash transfert pour les veuves et les handicapés comme **aide au paiement de la main d'œuvre agricole sur leurs terres**, afin d'augmenter leur production agricole. De la même manière, des femmes agricultrices du village de Kahemba ont fait part de leurs besoins extérieurs pour améliorer leurs moyens d'existence : dotation en outils agricoles, en semences et en cash, en privilégiant les femmes pauvres. Plusieurs agriculteurs ont également mentionné leur préférence pour le cash transfert direct en vue de développer leurs activités économiques.

Cependant, cette question de l'octroi direct d'argent dans les ménages ou aux personnes est clivante et témoigne d'une **certaine défiance quant aux mésusages qui pourraient en être fait**. La crainte du détournement de l'argent est perceptible : des intervenants extérieurs (ONGI, ONG, missionnaires, messagerie financière) sont sollicités par les populations pour assurer le respect des procédures d'encaissement. Par ailleurs, **l'octroi d'argent pose également la question de qui, dans le ménage, est bénéficiaire et gestionnaire de la somme donnée**. A Muyamba et dans d'autres villages de la province, les femmes ne veulent pas que l'argent soit confié aux hommes du fait des risques fréquents de mauvaise gestion par ces derniers. Souvent, hommes et femmes privilégient l'implication des femmes dans les procédures de gestion et de contrôle des transferts monétaires (directs ou indirects) afin qu'elles en assurent la qualité¹⁰⁵. Néanmoins, cela peut mettre en défaut le rôle et l'autorité des hommes au sein des ménages, ce qui amène certains hommes des focus groupes à refuser que les femmes soient bénéficiaires et responsables des cash transferts.

Etant donné le faible pouvoir de décision des femmes au sein des ménages et la mauvaise gestion financière qui peut être faite par les hommes dans le contexte du Kwango, il a semblé aux personnes interrogées que l'apport direct d'argent ne servirait pas prioritairement aux dépenses favorables aux ménages (développement des activités agricoles, soins de santé et scolaires). Dans d'autres contextes moins affectés par ces problèmes de manque de gouvernance et de relations femmes-hommes déséquilibrées, la solution optimale pourrait alors être un transfert direct d'argent.

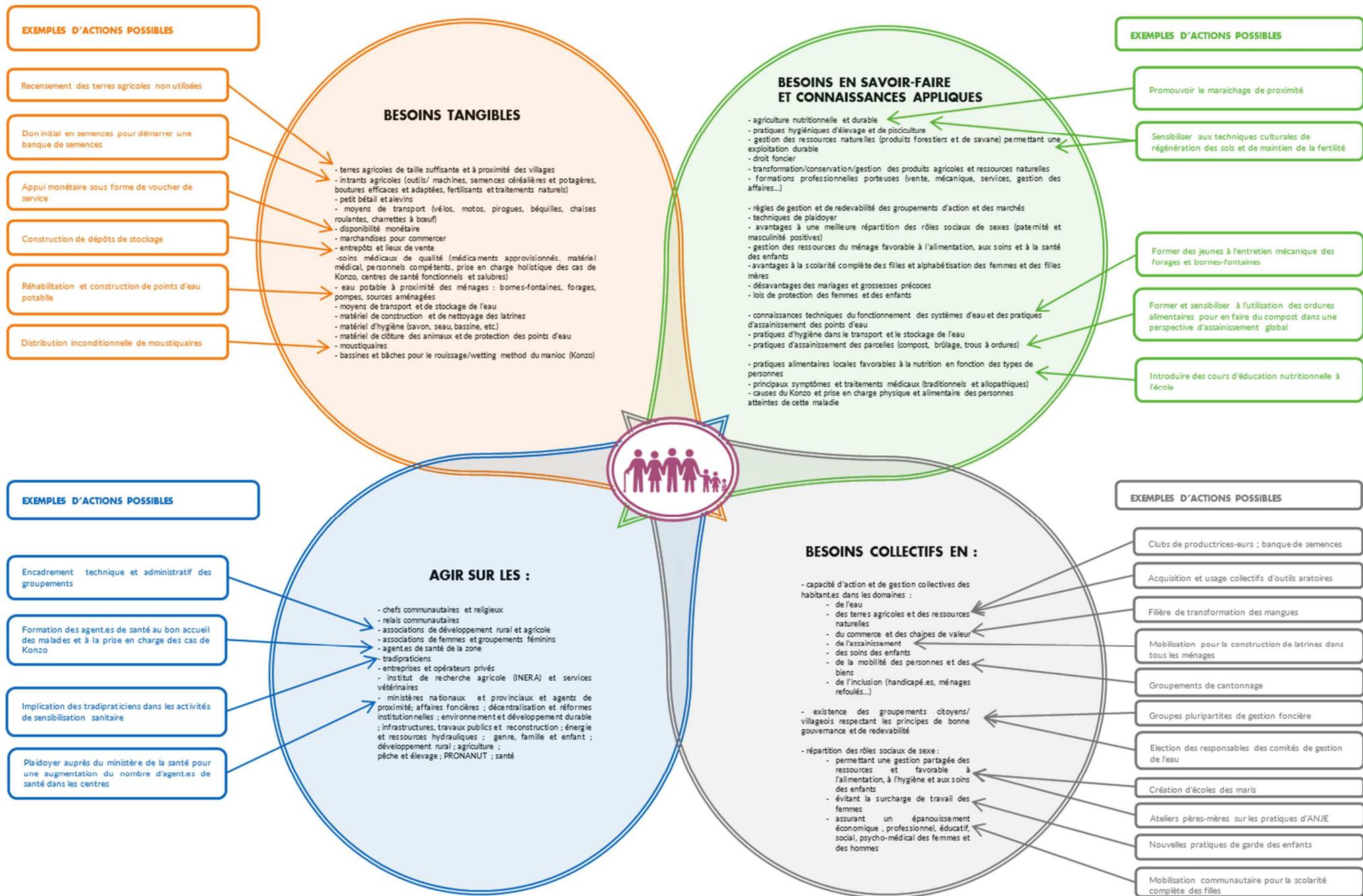
¹⁰³ Moyenne : 23,30 % ; intervalle de confiance : 20, 97%-25,8% ; p-value : 0,0958 ; OR : 1,4320

¹⁰⁴ A savoir : la présidente des leaders féminins, le prêtre de la paroisse Ste-Thérèse, l'agronome du territoire, le nutritionniste de la zone de santé, le chef des organisations paysannes, des agricultrices et des agriculteurs

¹⁰⁵ ce qui montre aussi l'intégration de rôles genrés faisant des femmes des gardiennes de la probité et du bien-être des ménages et déniaut aux hommes les possibilités d'assurer cette fonction

Ces pistes d'action possible sont autant de manières de décliner des solutions répondant aux principaux besoins identifiés qui peuvent exister ou pas sur les terrains spécifiques. **Le cadre d'intervention a été conçu de manière à prendre en compte des besoins parfois invisibilisés et à penser à leurs interrelations afin de mener des actions adaptées aux manières de vivre des personnes.**

Figure 13 – Schéma du cadre d'intervention proposant des actions possibles



EXEMPLES D' ACTIONS POSSIBLES

Recensement des terres agricoles non utilisées

Don initial en semences pour démarrer une banque de semences

Appui monétaire sous forme de voucher de service

Construction de dépôts de stockage

Réhabilitation et construction de points d'eau potable

Distribution inconditionnelle de moustiquaires

EXEMPLES D' ACTIONS POSSIBLES

Promouvoir le maraichage de proximité

Sensibiliser aux techniques culturales de régénération des sols et de maintien de la fertilité

Former des jeunes à l'entretien mécanique des forages et bornes-fontaines

Former et sensibiliser à l'utilisation des ordures alimentaires pour en faire du compost dans une perspective d'assainissement global

Introduire des cours d'éducation nutritionnelle à l'école

EXEMPLES D' ACTIONS POSSIBLES

Encadrement technique et administratif des groupements

Formation des agentes de santé au bon accueil des malades et à la prise en charge des cas de Konzo

Implication des tradipraticiens dans les activités de sensibilisation sanitaire

Plaidoyer auprès du ministère de la santé pour une augmentation du nombre d'agent.es de santé dans les centres

EXEMPLES D' ACTIONS POSSIBLES

Clubs de productrices-eurs; banque de semences

Acquisition et usage collectifs d'outils aratoires

Filière de transformation des mangues

Mobilisation pour la construction de latrines dans tous les ménages

Groupements de cantonnement

Groupes pluripartites de gestion foncière

Election des responsables des comités de gestion de l'eau

Création d'écoles des maris

Ateliers pères-mères sur les pratiques d'ANJE

Nouvelles pratiques de garde des enfants

Mobilisation communautaire pour la scolarité complète des filles

CONCLUSION

Les objectifs du travail d'enquête engagé dans le Kwango étaient d'avoir une compréhension fine des causes de la malnutrition aigüe sévère et chronique et de réfléchir aux modalités d'intervention au-delà du contexte de cette province.

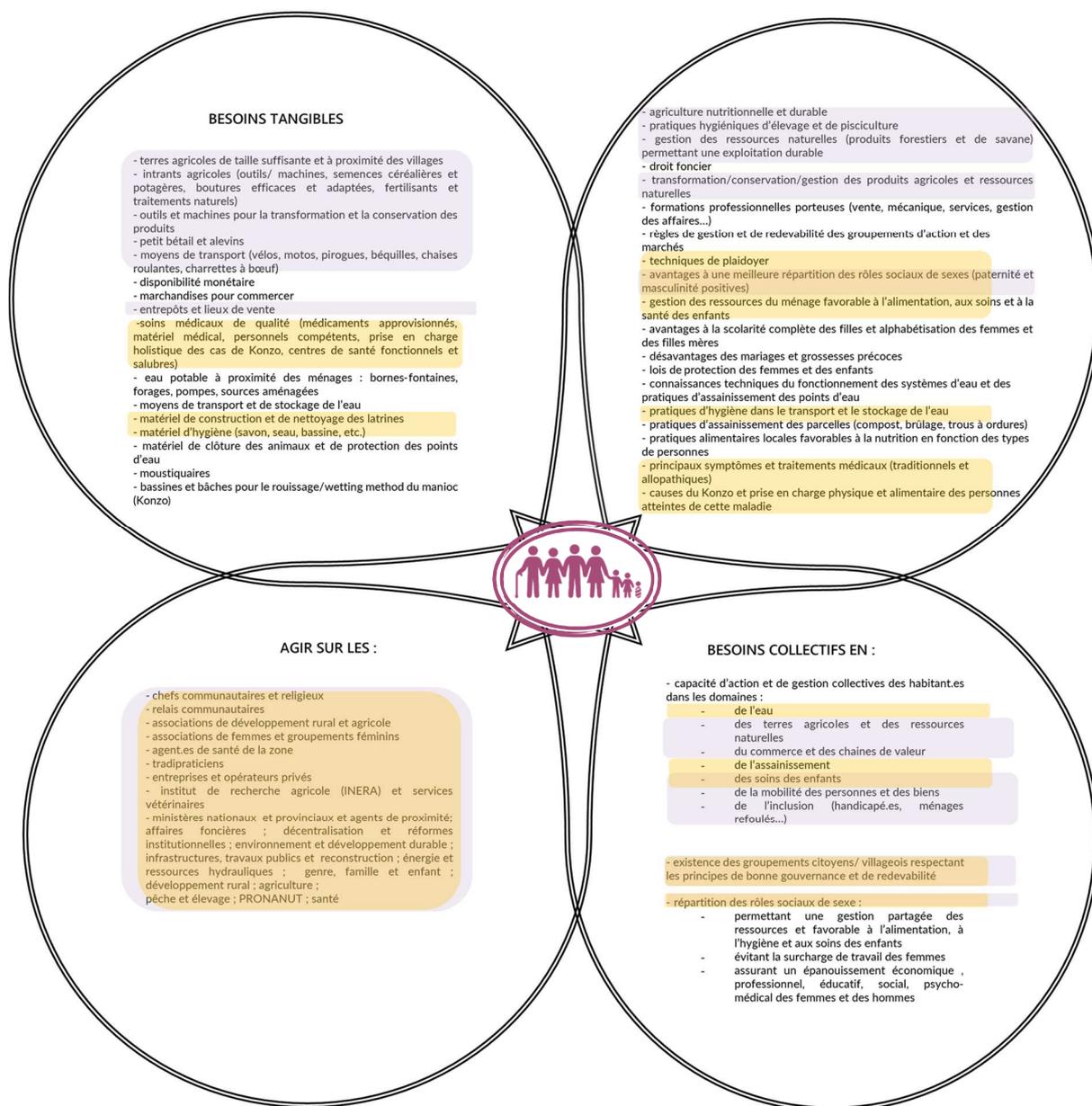
Si les causes immédiates de la malnutrition infantiles relèvent classiquement d'une alimentation monotone et insuffisante, des maladies non soignées et d'un défaut de pratiques de soin, les raisons profondes de cette situation sont plus originales. Elles touchent à des fonctionnements sociaux non optimaux liés à un déficit de gouvernance, à une faible confiance des populations en leurs potentiels et à des rapports sociaux de sexe surchargeant les femmes. Ces fonctionnements touchent tous les domaines de la vie quotidienne des personnes du Kwango : économie, mobilité, agriculture, éducation, accès à l'eau et aux terres, mariages et grossesses précoces.

Aussi, les liens entre les problèmes sont complexes et multiples et cette intersectionnalité renforce les difficultés des personnes et des situations à améliorer la résilience à la malnutrition. La nature même des causes fondamentales identifiées implique des niveaux et des temporalités d'intervention différentes. Les réponses s'inscrivent plus dans une perspective de changements à moyen et long termes que dans des activités d'urgence. Elles impliquent de nombreux acteurs institutionnels et privés et ne peuvent que s'appuyer sur la mobilisation des populations des différents territoires.

Les personnes enquêtées ont fait part de leurs besoins et de leurs difficultés. Ce sont ces difficultés que le cadre d'intervention vise à résorber pour une part. Cependant, les différentes rencontres sur le terrain ont aussi permis d'identifier des leviers sur lesquels il serait possible de s'appuyer dans les actions, à la hauteur de ce que peuvent apporter les communautés. Il s'agit, tout d'abord, de la grande motivation des femmes pour développer leurs connaissances et compétences agricoles et pour acquérir de nouveaux savoir-faire dans les filières de transformation. De plus, elles ont manifesté à plusieurs reprises l'envie de se regrouper pour améliorer leurs revenus et moyens d'existence, une fois les barrières des problèmes de gouvernance levées. De la même manière, les villageois.es ont dit être prêt.es à se mobiliser pour assurer des travaux collectifs d'assainissement (points d'eau, latrines) et de cantonnement, en fonction de leurs possibilités locales (main d'œuvre, sable, pierres locales...). En outre, les questions de la surcharge de travail des femmes et de la mauvaise gestion des ressources du ménage par l'homme sont identifiées par les femmes et les hommes comme un problème important même si les solutions pour y remédier sont encore peu envisagées.

Le cadre d'intervention proposé s'attache à mettre en évidence les leviers et les acteurs avec et sur lesquels agir pour favoriser des situations permettant aux femmes, aux enfants et aux hommes, dans leur singularité, de développer une plus grande résilience à la malnutrition. Il a fait le choix non pas de proposer des activités sectorielles à répliquer mais d'être un moyen d'aborder des contextes sociaux spécifiques en vue d'actions adaptées aux réalités des terrains ainsi que le montre l'illustration suivante :

CADRE D'INTERVENTION



Légende :



= secteur santé



= secteur sécurité alimentaire

Figure 14 - exemples d'intersectionnalité des interventions à mener

Aussi, ce cadre d'intervention a été conçu pour permettre :

1. **l'identification des principaux besoins des populations** : besoins tangibles, besoins en connaissances appliquées, besoins collectifs, besoin d'implication des acteurs
2. **la prise en compte des dynamiques des situations et des besoins**, propres à toute réalité sociale
3. **la visibilisation des liens des problèmes entre eux et des interactions nécessaires** entre les différents domaines d'intervention

4. **l'adaptabilité des actions** en fonction des ménages ciblés, des contextes locaux et des priorités d'intervention

Il permet, à travers une action définie, d'intervenir sur plusieurs problèmes mobilisant différents secteurs (SAME, EHA, genre, santé...). Par exemple, dans l'arbre à solution ci-dessous, l'activité « instauration de banques de semences diversifiées en grande quantité » permet d'agir sur :

1. l'encadrement agronomique (donc l'augmentation de la production agricole, l'éducation nutritionnelle, le développement de réserves, la gestion des ressources naturelles et les pratiques de régénération des sols)
2. la mobilisation des communautés (donc le développement des pratiques de gouvernance et de cohésion sociale, l'amélioration des rapports de genre)
3. les lieux de stockage des semences et l'établissement de réseaux d'échanges (donc les infrastructures routières, la confiance entre les communautés, la construction de lieux de dépôt)

Ce cadre d'intervention est un outil programmatique qui servira à l'élaboration d'une stratégie d'intervention multisectorielle selon les besoins et les potentiels identifiés par les communautés.

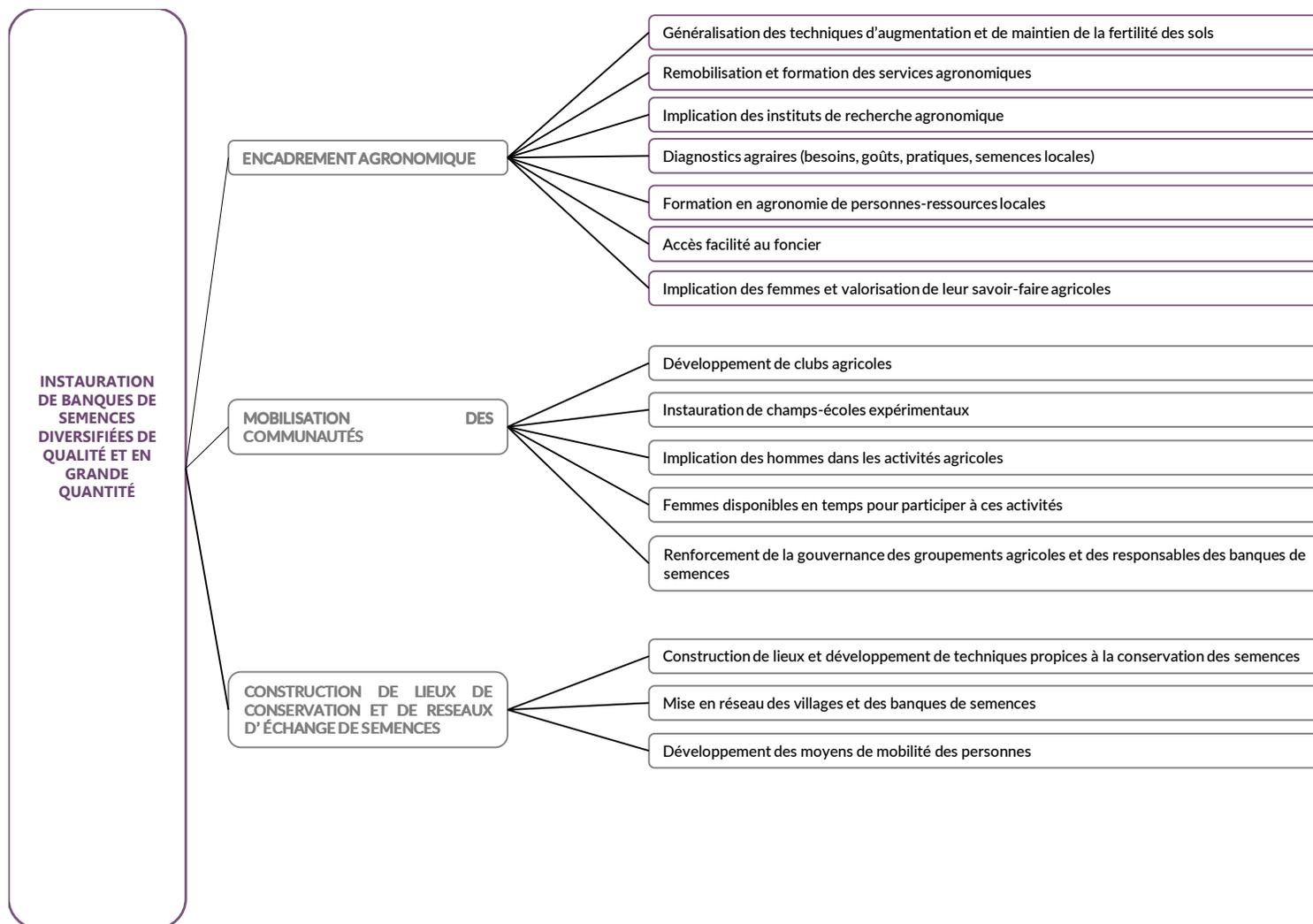


Figure 15 - exemples d'intersectionnalité des interventions à mener

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie ci-dessous a servi de référence pour l'élaboration de la méthodologie de cette étude et développer les éléments de contexte et le cadre d'intervention.

Méthodologie / Analyse Nutrition et Résilience

Action Contre la Faim, *Case Study Cambodia NCA-PRAM*, 2017 ; https://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/DRM_Case_Study_Cambodia_NCA-PRAM.pdf

Action Contre la Faim, *Enhancing Climate Resilience and Food & Nutrition Security*, Technical Guide, 2014

Action Contre la Faim, *Méthode Link NCA Analyse Causale de la Sous-Nutrition*, 2014 ; <http://linknca.org/methode.htm>

BARRETT, Christopher B. & Headey, DEREK D., « A proposal for measuring resilience in a risky world », IFPRI book chapter 20 in: FAN, SHENGGEN & PANDYA-LORCH, RAJUL & YOSEF, Sivan (ed.), *Global Food Policy Report*, International Food Policy Research Institute (IFPRI), 2013

DfID, *Defining Disaster Resilience: A DFID Approach Paper*, 2011

ENN, *Child wasting and stunting: Time to overcome the separation*, 2018

ENN, *Nutrition and Resilience: A Scoping Study*, 2016

FAO, *A Response Analysis Framework for Food and Nutrition Security intervention at Inter-cluster and Cluster level*. A Facilitation guide, 2011

FAO, *Agreeing on Causes of Malnutrition for Joint Action*, 2014 <http://www.fao.org/3/a-i3516e.pdf>

FAO, *Strengthening the links between resilience and nutrition in food and agriculture*, 2015 <http://www.fao.org/3/a-i3777e.pdf>

FUSCH P and NESS LR. « Are We There Yet? Data Saturation in Qualitative Research », *The Qualitative Report Volume 20*, Number 9, How To Article 1, 1408-1416, 2015; <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR20/9/fusch1.pdf>

GLASER, B. and A. STRAUSS. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company, 1967

GOLDSTEIN, JEFFREY & HAZY, JAMES & LICHTENSTEIN, BENYAMIN. *The Innovative Power of Positive Deviance*. 125-146. 10.1057/9780230107717_6, 2010

GUEST, G., BUNCE, A., & JOHNSON, L. *How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability*. *Field Methods*, 18(1), 59-82, 2006 doi: 0.1177/1525822X05279903

http://foodsecuritycluster.net/sites/default/files/Response_Analysis_Framework_Guide_Somalia.pdf

IFPRI, John Hoddinott, *Understanding resilience for food and nutrition security*, 2014 <http://www.ifpri.org/publication/understanding-resilience-food-and-nutrition-security>

LALLAU et al, *Vers Quelle Résilience Paysanne en RCA ?*, colloque, Grenoble, 2017

MARK A. CONSTASS, Jenn Cisse, Erwin Knippenberg et Katie Downie, *A Focused Review of Methodologies to Measure Resilience*, 2016

O'REILLY, M., & PARKER, N. *Unsatisfactory saturation: A critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research*. *Qualitative Research Journal*, 1-8, 2012, May, doi:10.1177/1468794112446106

OXFAM, *Participatory capacity and vulnerability analysis*, 2012

Save the Children, *The Practitioners' Guide to the Household Economy Approach*, 2008 <http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/practitioners%E2%80%99-guide-household-economy-approach>

TANGO, Catholic Relief Services, *Niger Resilience Study*, 2013

UNICEF. *Improving child nutrition: The achievable imperative for global progress*. New York, 2013.

World Food Programme, *A WFP approach to operationalise resilience*, 2014

YOUSAFZAI, A. K., RASHEED, M. A. and BHUTTA, Z. A. *Annual Research Review: Improved nutrition – a pathway to resilience*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2013, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jcpp.12019>

Documents sur le contexte institutionnel et politique en RDC et au Kwango, l'analyse de la situation nutrition et sécurité alimentaire et les déterminants de la malnutrition

Action Contre la Faim, *Analyse de l'Approche de l'Economie des ménages (HEA) dans la zone de santé de Kalomba, Province du Kasai Occidental, RDC, Rapport final*, 2015

Action Contre la Faim, *Enquête SMART, Zone de Santé de Kahemba, Province du Kwango*, 2017

Action Contre la Faim, *Impact of cross-sectoral approach to addressing Konzo in DRC*, 2012

Action Contre la Faim, *Link NCA, Kasai Occidental, Rapport Final*, 2014

Ambassade de Suède, DIFD, UE, Ambassade du Canada, *Profil du pays en matière d'égalité de genre de la RDC*, 2014

Banque Mondiale, *Enquête de base pour le programme de financement basé sur la performance en République Démocratique du Congo (PDSS, PVSBG)*, 2017

Caritas, *Bandundu: causes et préventions de la malnutrition dans la ZS de Bulungu identifiées par Caritas*, 2014

Caritas, *Etude Baseline du programme P5 de sécurité alimentaire de Caritas International Belgique dans les diocèses de Kenge, Popokabaka et Matadi*, 2016

FAO Stats, *Democratic Republic of the Congo*, 2018

FINK, G., LEVENSON, R., TEMBO, S., & ROCKERS, P. C. (2017). « Home- and community-based growth monitoring to reduce early life growth faltering: an open-label, cluster-randomized controlled trial ». *Am J Clin Nutr*, 106(4), 1070-1077. doi:10.3945/ajcn.117.157545

Global Nutrition Report, *Profil de la RDC*, 2017

Government of the DRC, *Demographic and Health Survey, DRC, 2013-2014*

Government of the DRC, UN Children's Fund, *DR Congo Multiple Indicator Cluster Survey MICS-2010*, Reliefweb, 2011

Handicap International, *Problématique de la réadaptation des personnes touchées par le Konzo dans la zone de santé de Kahemba, province du Kwango, RDC. Diagnostic rapide*, 2017

HO, L. S., LABRECQUE, G., BATONON, I., SALS, V., & RATNAYAKE, R. (2015). « Effects of a community scorecard on improving the local health system in Eastern Democratic Republic of Congo: qualitative evidence using the most significant change technique ». *Confl Health*, 9, 27. doi:10.1186/s13031-015-0055-4

Institut national de la statistique, *Annuaire statistique, RDC*, 2014

IPC, *Situation de la sécurité alimentaire (aigue) - Province du Kwango – Analyse selon les outils de l'IPC*, 2017

IPC, *Situation de la sécurité alimentaire (chronique), RDC, 2016-2020* <http://www.ipcinfo.org/ipc-country-analysis/details-map/en/c/1037095/>

ISCO, *Enquête ménage dans 14 territoires de la province du Bandundu*, 2011 <http://www.fonaredd-rdc.org/wp-content/uploads/2017/07/Enqu%C3%AAt-e-socio-%C3%A9conomique-agriculture-du-Bandundu.pdf>

KAWARAZUKA, N., *The contribution of fish intake, aquaculture and small-scale fisheries to improving food and nutrition: A literature review*. The WorldFish Center Working Paper no. 2016, 2010

KYAMUSUGULWA, P. M. (2013). « Local ownership in community-driven reconstruction in the Democratic Republic of Congo ». *Community Development*, 44(3), 364-385. doi:10.1080/15575330.2013.800128

LANG, P., *Le développement local au Kwango-Kwilu (RD Congo)*. Volume 18 de European University studies : Série XXIX économie sociale, 2004

MANSRI, G., & RAO, V. (2013). *Localizing Development: Does participation work?* Retrieved from Washington, D.C

Ministère de la Santé, PRONANUT, *Etude nationale sur l'anémie*, 2005

Ministère de la Santé, PRONANUT, *Feuillet SNSAP Novembre 2017 et Mai 2018*.

Ministère de la Santé, PRONANUT, *Kwango, Charte Nutrition et Feuille de route*, 2017 <http://scalingupnutrition.org/fr/news/la-province-kwangose-se-dote-dune-charte-et-dune-feuille-de-route-pour-lutter-contre-la-malnutrition/>

Ministère de la Santé, PRONANUT, *Plan Stratégique National Multisectoriel Nutrition 2016-2020*, 2016

Ministère de la Santé, PRONANUT, *Résultats des enquêtes SMART de 2008 à 2018*

OMASOMBO T., J. et al. RDC, *Kwango, le pays des Bana Lunda*. Le Cri édition, 2012

République Démocratique du Congo, *Stratégie Nationale de Protection Sociale*, 2017

SUN, *Rapport d'avancement République Démocratique du Congo*, 2017

The State of Food Insecurity in the World (SOFI), 2015 <http://www.fao.org/publications/sofi/2015/fr/> et 2017 <http://www.fao.org/3/a-17695f.pdf>

UNICEF, *ATLAS RDC*, 2017

Union Africaine, World Food Programme, *Le Coût de la Faim en Afrique, RD Congo*, 2016, <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000069077/download/>

USAID, UKAID, *Consolidated Report on the Livelihood zones of the Democratic Republic of Congo*, Fewsnet, 2016

Principaux articles cités dans la revue de littérature scientifique

Action Contre la Faim, *Etude préliminaire du projet : amélioration de la diète et éradication de l'intoxication alimentaire appelée Konzo dans le Kwango*, 2010

Alex de WAAL, Alan WHITESIDE, *New variant famine: AIDS and food crisis in southern Africa*, *The Lancet*, Volume 362, Issue 9391, Pages 1234-1237, ISSN 0140-6736, 2003, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14548-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14548-5)

ALI and PERNIA, « Infrastructure and Poverty Reduction : What is the Connection? » *ERD POLICY BRIEF NO. 13*, Asian Development Bank, 2003

BANEA M., BIKANGI et al. Ann. « Haute prévalence de konzo associée à une crise agro-alimentaire dans la région de Bandundu au Zaïre » *Soc. Belge Med Trop.* 72, 295-309, 1992

BANEA. JP et al, *Trop Med Int Health, Geographical and seasonal association between linamarin and cyanide exposure from cassava and the upper motor neurone disease konzo in former Zaire*, 1997 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9438470>

BLOCK S. and WEBB P., « Up in Smoke: Tobacco Use, Expenditure on Food, and Child Malnutrition in Developing Countries », *Economic Development and Cultural Change*. Vol. 58, No. 1, pp. 1-23, 2009

FOGEL and COSTA, « A Theory of Technophysio Evolution, With Some Implications for Forecasting Population, Health Care Costs, and Pension Costs » in *Demography*, Vol. 34, No. 1, pp. 49-66, 1997.

Jere D. HAAS, Thomas BROWNLIE; « Iron Deficiency and Reduced Work Capacity: A Critical Review of the Research to Determine a Causal Relationship », *The Journal of Nutrition*, Volume 131, Issue 2, Pages 676S–690S, 1 February 2001, <https://doi.org/10.1093/jn/131.2.676S>

KISIOKO KATUNDA. E, *Le Konzo en République Démocratique du Congo : situation à Kahemba dans la province du Kwango*, 2017, http://www.eadev-agro-congo.com/content/lecture.php?id_article=50

Kismul et al, *BMC Public Health, Determinants of childhood stunting in the Democratic Republic of Congo: further analysis of Demographic and Health Survey 2013–14*, 2018

Save the Children, *La malnutrition en terre d'abondance, Province du Kasai-Oriental, RDC*, 2009

SMITH M. « Alcohol Can Lead to Malnutrition ». Michigan State Extension, 2012, downloaded from : <https://www.canr.msu.edu/news/alcohol-can-lead-to-malnutrition>

TROLLI G, *Résumé des observations réunies au Kwango au sujet de deux affections d'origine indéterminée : (1) La paraplégie spastique épidémique, Konzo des indigènes du Kwango et (2) Le Syndrome œdémateux, cutané et dyschromique*. Fonds Reine Elisabeth, Bruxelles, 1938

TYLLSKAR T. and al, *Konzo : Brève présentation d'une nouvelle maladie paralytique toxiconutritionnelle en Afrique*, 1993

Ouvrages abordant la thématique « genre et nutrition / alimentation »

« La malnutrition : causes, conséquences et solutions » in *La situation des enfants dans le monde 1998*, 1998

ABATE K.H. & BELACHEW, T. (2017). « Women's autonomy and men's involvement in child care and feeding as predictors of infant and young child anthropometric indices in coffee farming households of Jimma Zone, South West of Ethiopia ». *PLoS One*, 12(3)

CASSIVI, A., JOHNSTON, R., WAYGOOD, E. O. D., & DOREA, C. C. (2018). *Access to drinking water: time matters*. *J Water Health*, 16(4), 661-666. doi:10.2166/wh.2018.009

CHARLIER. S et DEMANCHE. D, *Perspectives de genre pour l'agroécologie - Regard croisés sur la souveraineté alimentaire*, Le Monde selon les femmes, 2014

CONAFED, « République démocratique du Congo : l'exploitation des ressources naturelles sous l'angle du genre », in CHARLIER. S et DEMANCHE. D, 2014, op.cit., pp. 101 – 112

Getting men to care. Social norms and men's participation in unpaid care work, Promundo, Align, Rwamrec, 2018, 10p

HENNEBO. M, JUNCA. M et LUC. G, « Genre et nutrition : la surcharge de travail des femmes en question » par ACF France,

http://docpdf.linknca.com/159/159/supports/28295/catDoc231/article_genre_fr_def2.pdf?CFID=12218706&CFTOKEN=b028d352c14f3750-F0AEBA1-155D-C917-08C26FDA481F2C1A

KAMBOL. K, « Les interdits alimentaires en République Démocratique du Congo », in *L'accès et le contrôle des ressources par les Femmes – Un défi pour la sécurité alimentaire*, Groupe Genre, Empowerment et Sécurité Alimentaire de la Commission Femmes et Développement, 2011, p. 66 – 70

La question du genre et la sécurité alimentaire et nutritionnelle en situation de crise prolongée Les femmes et les filles en tant qu'agents de résilience, FAO, 2017, 28p

LOURME-RUIZ.A, *Les femmes, au cœur des liens entre production agricole et diversité de la consommation alimentaire au Burkina Faso*, Montpellier Supagro thèse, 2017, 388 p.

Promoting men's caregiving to advance gender equality, Promundo, UNWomen, sans date, 18p

SINGH, K., BLOOM, S., & BRODISH, P. (2015). « Gender equality as a means to improve maternal and child health in Africa”. *Health Care Women Int*, 36(1), 57-69.
doi:10.1080/07399332.2013.824971

SORENSEN, S. B., MORSSINK, C., & CAMPOS, P. A. (2011). « Safe access to safe water in low income countries: Water fetching in current times”. *Social Science & Medicine*, 72(9), 1522-1526.
doi:https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.010

Synchronizing gender strategies. A cooperative model for improving reproductive health and transforming gender relations, IGWG, 2010, 40 p.

Transformer la masculinité. Rapport de synthèse pour la région des Grands Lacs : attitudes et pratiques sociales des hommes en matière d'égalité des sexes, Tearfund, août 2014, 12p

Vers une sécurité alimentaire et nutritionnelle équitable en termes de genre. Rapport global, BRIDGE, 2014, 108p

ABATE K.H. & BELACHEW, T. (2017). « Women's autonomy and men's involvement in child care and feeding as predictors of infant and young child anthropometric indices in coffee farming households of Jimma Zone, South West of Ethiopia”. *PLoS One*, 12(3)

CASSIVI, A., JOHNSTON, R., WAYGOOD, E. O. D., & DOREA, C. C. (2018). *Access to drinking water: time matters*. *J Water Health*, 16(4), 661-666. doi:10.2166/wh.2018.009

CHARLIER. S et DEMANCHE. D, *Perspectives de genre pour l'agroécologie - Regard croisés sur la souveraineté alimentaire*, Le Monde selon les femmes, 2014

CONAFED, « République démocratique du Congo : l'exploitation des ressources naturelles sous l'angle du genre », in CHARLIER. S et DEMANCHE. D, 2014, op.cit., pp. 101 – 112

HENNEBO. M, JUNCA. M et LUC. G, « Genre et nutrition : la surcharge de travail des femmes en question » par ACF France,
http://docpdf.linknca.com/159/159/supports/28295/catDoc231/article_genre_fr_def2.pdf?CFID=12218706&CFTOKEN=b028d352c14f3750-FOAEEBA1-155D-C917-08C26FDA481F2C1A

KAMBOL. K, « Les interdits alimentaires en République Démocratique du Congo », in *L'accès et le contrôle des ressources par les Femmes – Un défi pour la sécurité alimentaire*, Groupe Genre, Empowerment et Sécurité Alimentaire de la Commission Femmes et Développement, 2011, p. 66 – 70

LOURME-RUIZ.A, *Les femmes, au cœur des liens entre production agricole et diversité de la consommation alimentaire au Burkina Faso*, Montpellier Supagro thèse, 2017, 388 p.

SINGH, K., BLOOM, S., & BRODISH, P. (2015). « Gender equality as a means to improve maternal and child health in Africa”. *Health Care Women Int*, 36(1), 57-69. doi:10.1080/07399332.2013.824971

SORENSEN, S. B., MORSSINK, C., & CAMPOS, P. A. (2011). « Safe access to safe water in low income countries: Water fetching in current times”. *Social Science & Medicine*, 72(9), 1522-1526.
doi:https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.010

« La malnutrition : causes, conséquences et solutions » in *La situation des enfants dans le monde 1998, 1998*

Synchronizing gender strategies. A cooperative model for improving reproductive health and transforming gender relations, IGWG, 2010, 40 p.

Getting men to care. Social norms and men's participation in unpaid care work, Promundo, Align, Rwamrec, 2018, 10p

Promoting men's caregiving to advance gender equality, Promundo, UNWomen, sans date, 18p

La question du genre et la sécurité alimentaire et nutritionnelle en situation de crise prolongée Les femmes et les filles en tant qu'agents de résilience, FAO, 2017, 28p

Vers une sécurité alimentaire et nutritionnelle équitable en termes de genre. Rapport global, BRIDGE, 2014, 108p

Transformer la masculinité. Rapport de synthèse pour la région des Grands Lacs : attitudes et pratiques sociales des hommes en matière d'égalité des sexes, Tearfund, août 2014, 12p

ANNEXES

PARTIE I. METHODOLOGIE

Annexe 1 : méthodologie de calcul du nombre de ménages à interroger pour l'enquête ménages

Pour obtenir la taille de l'échantillon pour l'ensemble du domaine, nous avons pris comme estimateur la prévalence de la malnutrition aigüe globale attendue la plus élevée observée dans les 3 territoires. Ceci a permis de comprendre si les déterminants identifiés lors du diagnostic communautaire influençaient significativement la situation nutritionnelle des populations du Kwango.

Nous avons donc considéré la prévalence de la MAG dans le territoire de Kahemba ci-haut mentionnée, à savoir 14%, devant les hypothèses suivantes : seuil de confiance à 95% (t=1,95), degré de précision ou erreur attendue (d=2,5%), effet de grappe (f=1,5) et taux de non réponse (5%). Le tableau ci-dessous donne les valeurs et la taille calculée en nombre de ménages qui ont été enquêtés dans la zone d'enquête.

Domaine d'enquête	Paramètres de calcul								
TERRITOIRE	Prévalence	Degré de précision	Effet de grappe	Nombre d'enfants	Taille du ménage	% enfants < 5 ans	Taux de Non Réponse	Nombre calculé de ménages	Nombre arrondi de ménages
KAHEMBA	14%	2,5%	1,5	1208	5,4	19,9	5%	1315	1320

Éléments de calcul de l'échantillon pour les enquêtes.

Ainsi, la taille finale était de 1320 ménages pour l'ensemble du domaine constitué de 15 villages des 3 territoires concernés. Les ménages ont été sélectionnés de façon aléatoire avec remise.

Annexe 2 : méthodologie de la répartition de l'échantillon par domaine (territoire)

Les 1320 ménages à enquêter ont été répartis sur la zone d'enquête avec des probabilités proportionnelles à la taille (en termes d'effectif de population) de chacune des strates (regroupements de 5 villages par territoire) comme présenté dans le tableau ci-dessous.

Territoire	Population	Proportion population (%)	Ménage à enquêter
Feshi	158 308	25	330
Kahemba	277 023	43	568
Popokabaka	200 572	32	422
Total	635 903	100,0	1320

Répartition de l'échantillon par strate (territoire)

Les 1320 ménages ont été ainsi répartis entre les 3 strates (territoires) :

- 568 pour les 5 villages du territoire de Kahemba;
- 422 pour les 5 villages du territoire de Popokabaka;
- 330 pour les 5 villages du territoire de Feshi.

Annexe 3 : méthodologie de sélection des ménages à enquêter

Pour cette enquête, le ménage a été défini comme un ensemble de personnes vivant sous le même toit, étant sous l'autorité d'une personne reconnue comme chef et partageant le même repas pendant au moins 6 mois.

Le nombre des ménages à enquêter par village a été calculé proportionnellement à la population des villages correspondant tel que repris dans le tableau ci-après :

Villages	Population	Proportion population	Ménage à enquêter
Territoire de Feshi			

Feshi cité	17 950	80,20	265
Kisikama	735	3,30	11
Mafuti	1 210	5,40	18
Maziama	1 550	6,90	23
Kambundi	932	4,20	14
Total Feshi	22 377	100	330
Territoire de Kahemba			
Kahemba cité	66 746	86,50	491
Kamayala	961	1,20	7
Mwenjila	1 339	1,70	10
Kambansengo	6 717	8,70	49
Kahumbu	1 417	1,80	10
Total Kahemba	77 180	100	568
Territoire de Popokabaka			
Popokabaka cité	17 908	86	363
Imbela I et II	850	4	17
Ngasa	834	4	17
Tsakalambama	903	4	18
Muyamba	343	2	7
Total Popokabaka	20 838	100	422
Total général	120 395	100	1 320

Répartition de ménages à enquêter par village et territoire, province Kwango, RDC

Les ménages ont été choisis au hasard sur le terrain par les équipes en utilisant la méthode de tirage aléatoire systématique à partir d'une cartographie des ménages du village et en appliquant un pas de sondage correspondant.

Annexe 4 : méthodologie de sélection des individus à interroger

Dans chaque ménage, les femmes allaitantes et enceintes ont constitué des populations spécifiques et ont été enquêtées sur des questions spécifiques. Ainsi, outre les sections sur les connaissances générales à tous les ménages (notamment les femmes en âge de procréer et les femmes avec enfants de moins de 5 ans), des modules spéciaux ont concerné l'ANJE. A cet effet, seules les mères ayant des enfants de 0 à 23 mois ont été éligibles à ces sections du questionnaire.

Ainsi, dans chacun des ménages retenus dans l'échantillon, une seule femme a été sélectionnée et enquêtée par ménage : une femme avec enfant de 0 à 6 mois, une femme avec enfant de 7 à 23 mois et une femme enceinte. Elles ont été interrogées en rapport avec leur alimentation et leur santé ainsi que celle des enfants de 0 à 6 mois et des enfants de 7 à 23 mois.

Annexe 5 : critères de sélection des territoires et villages à enquêter

Territoires	% de MAG 2017-2018 ¹⁰⁶	IPC 2017	Alertes nutritionnelles et sécurité alimentaire 2010-2018 (bulletin)	Interventions / appui extérieur	Zone Agro-écologique et végétation	Prévalence du Konzo 2017 en % ?
Feshi	21	3	6	1	Savane et forêt galerie	1,1
Kahemba	22	3	6	2	Forêt claire	2,65
Kasongo Lunda	17	3	6,4	2	Savane boisée et forêt galerie	0,42
Kenge	9	2	4	2	Savane boisée	0,63
Popokabaka	29	3	7	2	Savane boisée et forêt galerie	0,6

Critères de sélection par territoire, province Kwango, RDC

¹⁰⁶ Selon les données collectées à travers le SNSAP, considérant le pourcentage des enfants avec un PB <125mm reçu dans les sites sentinelles SNSAP.

Territoire	Cité/villages	Accessibilité géographique	Accessibilité services de santé	Accessibilité eau potable	Centre économique
Popokabaka	Popokabaka	Oui (Chef-lieu du territoire)	Oui	Oui	Oui (plus grand du territoire),
	Imbela	Oui	Oui	Oui	Oui
	Ngasa	Oui	Oui	Non	Oui
	Tsakalabama	Oui	Non	Non	Non
	Muyamba	Oui	Non	Non	Non
Feshi	Feshi	Oui (Chef-lieu du territoire)	Oui	Oui	Oui (plus grand du territoire),
	Kisikama	Oui	Non	Non	Non
	Mafuti	Oui	Oui	Non	Oui
	Maziamu	Oui	Oui	Non	Non
	Kambundi	Oui	Non	Non	Non
Kahemba	Kahemba	Oui (Chef-lieu du territoire)	Oui	Oui	Oui (plus grand du territoire),
	Kamayala	Oui	Oui	Non	Oui
	Mwenjila	Oui	Oui	Non	Non
	Kambansengo	Oui	Oui	Non	Non
	Kahumbu	Oui	Non	Non	Non

Critère de sélection des villages, province Kwango, RDC

Annexe 6 : Méthodologies développées des 5 phases

Méthodologie phase 1 : phase exploratoire

La phase exploratoire a poursuivi les objectifs suivants :

1. mobilisation d'un groupe d'experts techniques et parties prenantes et de partenaires scientifiques
2. constitution de bases de données secondaires disponibles
3. analyse initiale du contexte de la province du Kwango, des tendances historiques et de la situation nutritionnelle, y compris la cartographie des acteurs et la revue des interventions antérieures
4. enrichissement et validation de la méthodologie de l'étude.

1. Mobilisation des acteurs

Le PRONANUT a été mobilisé dès le démarrage du projet et joue un rôle de pilotage du projet, en collaboration avec l'équipe cœur d'Action Contre la Faim. Le comité technique est un groupe d'expert.es représentant plus de 20 institutions issues du gouvernement, du secteur académique/universitaire, des Nations Unies, de la Société Civile, des bailleurs de fonds et autres instituts financiers ainsi que des représentants de la province du Kwango (membres du comité multisectoriel Nutrition). Le rôle de ce comité technique fut de guider et d'enrichir l'ensemble du processus, et plus particulièrement de partager des éléments de contexte ; d'orienter les moments clés du projet ; de discuter les résultats présentés ; d'identifier des synergies ; de contribuer aux phases de préparation méthodologiques et d'aider à la mobilisation des expertises nécessaires.

2. Collecte de données secondaires

Pour la collecte de données, la revue documentaire, les entretiens individuels (38) et focus groups (4) ont été organisés au niveau de Kinshasa et du Kwango. Quatre principaux thèmes ont été abordés : perceptions et causes de la malnutrition ; périodes où la malnutrition est la plus élevée et les populations les plus vulnérables ; réactions des populations face à la malnutrition et les stratégies d'adaptation ; interventions mises en place et résultats.

Au total, six bases des données secondaires (l'historique du Kwango, la démographie, le contexte politique et administratif, la situation nutritionnelle, la sécurité alimentaire et l'évaluation de projets menés par les autres partenaires) ont été constituées.

Les résultats des toutes ces discussions ont été sauvegardés sous formes de rapports en fichiers Word. Ces discussions ont permis de réaliser une analyse de la situation nutritionnelle et sécurité alimentaire, une analyse institutionnelle et une cartographie des principales parties prenantes ainsi qu'une analyse des tendances historiques en matière de sécurité alimentaire, nutrition et stress / chocs.

3. Analyse de données

Des analyses croisées des bases de données ont permis de déterminer les tendances saisonnières et historiques de malnutrition, de morbidité et de mortalité ainsi que les facteurs de risques potentiels. La répartition de cas de malnutrition dans la province du Kwango a été réalisée à partir de cartes représentant la prévalence par territoire de 2013 à 2018 à l'aide du logiciel QGIS v.2.18.21. Les séries temporelles ont été analysées pour comprendre la dynamique temporelle à l'aide du logiciel R[®]. L'étude de la saisonnalité a été réalisée par la technique d'analyse Seasonal-Trend Decomposition Based on Loess-STL en utilisant l'algorithme de Cleveland à l'aide du logiciel R[®].

Méthodologie phase 2 : diagnostic communautaire

Cette deuxième étape visait à :

1. impliquer les communautés dans les villages ciblés afin d'identifier les principaux thèmes en lien avec la situation nutritionnelle
2. mettre en place une dynamique et un dialogue au sein des communautés autour des problèmes de malnutrition et facteurs de résilience dans la province du Kwango
3. dégager les thèmes les plus pertinents approfondis lors de la phase 3.

1. Echantillonnage

La méthodologie d'échantillonnage aléatoire raisonné a été adoptée et s'est faite à trois degrés :

➤ Premier degré, territoires

La sélection des territoires a été faite par selon les critères ci-après :

- prévalence de la Malnutrition Aigüe Globale (2017-2018) selon le PB [Données SNSAP] ;
- classification IPC 2017 ;
- fréquence des alertes nutritionnelles et sécurité alimentaire ;
- interventions / appui extérieur ;
- caractéristiques agro-écologiques et végétation ;
- prévalence du Konzo.

Sur la base de ces éléments, les territoires de Feshi, Kahemba et Popokabaka ont été retenus : ces trois territoires ont les plus fortes prévalences de malnutrition, ils ont fait l'objet d'alertes SNAP régulières et différentes zones de végétation couvrent ces territoires. En plus, ils ont une forte prévalence de Konzo.

➤ Deuxième degré, villages

Dans chaque territoire, cinq villages ont été sélectionnés pour le diagnostic communautaire selon une méthode aléatoire raisonnée et par rapport aux critères suivants, dans une logique de contraste / diversité :

- accessibilité géographique
- accessibilité géographique à un centre de santé (distance)
- accessibilité à l'eau potable
- accessibilité à l'assainissement
- activités économiques / Centre économique.

Cinq villages ont été sélectionnés dans chaque territoire dont trois ayant accès à au moins un des critères ci-haut cités et deux n'ayant accès à aucun service. Ces villages ont été répartis dans les trois territoires de Feshi (Feshi, Kisikama, Mafuti, Maziamu et Kambundi), de Kahemba (Kahemba, Kamayala, Mwenjila, Kambansengo et Kahumbu) et de Popokabaka (Popokabaka, Imbela, Ngasa, Tsakalabama et Muyamba). Cette sélection des villages s'est faite en collaboration avec les bureaux de territoire.

➤ Troisième degré, participant.es

Les participant.es ont été sélectionné.es par le mobilisateur communautaire en fonction des thèmes des discussions :

Focus group : mères et pères d'enfants de moins de cinq ans et être âgé.e de 15 à 30 ans / de plus de 30 ans, gardiennes d'enfants de moins de cinq ans (mais qui elles n'ont pas d'enfants de moins de cinq ans). Les commerçant.es constituaient un groupe spécifique.

Entretiens approfondis : avec les leaders communautaires, les autorités politico-administratives locales et les mères d'enfants malnutris

2. Outils de collecte des données de terrain

Basés sur les résultats des travaux de la phase exploratoire, la revue documentaire et les recommandations du comité technique ainsi que de l'équipe de recherche ACF-siège, les outils de collecte de données de terrain ont été élaborés en fonction des principaux thèmes à aborder : perceptions et causes de la malnutrition ; principaux chocs et stress ; eau, hygiène et assainissement ; nutrition des ménages, santé des enfants ; genre et travail ; capacité de résilience aux chocs.

Focus groups : Ils ont été conduits sur base d'un guide semi-structuré reprenant les énoncés ci-dessus.

Entretiens approfondis : deux guides ont été utilisés : un avec les leaders communautaires et un autre avec les mères d'enfants malnutris. Le guide d'entretien approfondi avec les leaders communautaires sur le profil village pour les diagnostics institutionnels reprenait 4 thématiques sur le village : données générales ; contexte institutionnel / politique ; contexte historique (événements marquants au sein du village dont chocs et situation nutritionnelle) ; principales activités économiques et moyens d'existence. Ces éléments ont permis de documenter les profils de chaque village.

Observations sur le terrain : Les observations dans les villages et cités visités ont été guidées par une grille commune et ont concerné les bornes/sources d'eau, les centres de santé, les marchés, les latrines, les conditions d'hygiène et d'assainissement et les pratiques de jardin.

3. Organisation de la collecte des données sur le terrain

➤ Collecte de données

Pour la collecte de données sur le terrain, l'équipe était subdivisée en trois sous-équipes : trois sous-équipes de deux personnes (une animatrice communautaire et un traducteur) pour les focus groups pendant que les autres experts (R.P. recherche, consultant anthropologue, experts PRONANUT national et provincial) s'occupaient des entretiens approfondis.

Focus group : dans chaque village, en moyenne cinq focus groups ont été organisés. Chaque focus group comptait 12 participant.es et durait entre une à deux heures au maximum. Au total, 78 focus groups ont été organisés dans les 15 villages sélectionnés.

Entretiens approfondis : ils concernaient les leaders ainsi que les mères d'enfants malnutris. Chaque entretien a duré entre 45 minutes à 1 heure. Quarante entretiens approfondis ont été réalisés.

Pour le diagnostic institutionnel, au moyen de la fiche du profil de villages, un des experts s'entretenait avec le chef du village, groupement ou secteur selon le cas.

Observations de terrain : en fonction des entretiens avec la communauté, un des experts faisait des observations sur le terrain dans les sites identifiés comme pertinents.

A la fin de chaque journée de travail une séance de briefing et de mise au point était organisée pour faire une triangulation des réponses et mettre à profit les points de vue des participants aux différents focus groupes et entretiens réalisés.

➤ Organisation des données

Toutes les données ont été organisées en double exemplaire : des fichiers audios et des manuscrits de notes prises lors des entretiens. Les rapports de chaque séance de débriefing étaient saisis et conservés sous format Word. Un rapport administratif du déroulement de la journée était rédigé.

➤ Analyse des données

Dans un premier temps, un rapport de données brutes basé sur les débriefings de chaque journée a été élaboré. Dans un deuxième temps, une triangulation des informations a été réalisée avec les données collectées auprès des informateurs clés lors de la phase 1 pour identifier les principales causes de la malnutrition et les facteurs de résilience, en menant une analyse des occurrences. Afin d'intégrer toutes les informations reçues et être le plus exhaustif possible, le principe de la saturation théorique a été appliqué.

Méthodologie phase 3 : analyse approfondie des principaux problèmes

1. Approche quantitative

Dans le souci d'approfondir les causes de la malnutrition dans la zone d'étude, une enquête ménage générale a été réalisée. A cette dernière opération était associée une prise de mesures anthropométriques chez les enfants de 6 à 59 mois. Cette enquête quantitative a complété et pondéré les informations qualitatives.

➤ Domaines/Champ de l'enquête

Il s'agit d'un échantillonnage stratifié qui comprend 5 villages pour chacun des trois territoires retenus et représentant au mieux la situation nutritionnelle. Le choix de villages se basait sur leur accessibilité géographique, aux services de santé, à l'eau potable et aux centres économiques.

➤ Type d'enquête et unités d'enquête

Il s'agit d'une enquête transversale utilisant un sondage en grappes à deux degrés auprès des ménages. Le 1^{er} degré est représenté par le village tandis que le deuxième degré est le ménage. La grappe est un village. Une grappe représente en moyenne entre 50 à 500 ménages.

➤ Echantillonnage

Taille de l'échantillon pour la prévalence de la malnutrition aigue

En considérant la prévalence de la MAG dans le territoire de Kahemba (territoire le plus affecté de la province du Kwango), à savoir 14%, devant les hypothèses suivantes : seuil de confiance à 95% ($t=1,95$), degré de précision ou erreur attendue ($d=2,5\%$), effet de grappe ($f=1,5$) et taux de non réponse (5%), la taille finale était de 1320 ménages pour l'ensemble du domaine constitué de 15 villages dans les 3 territoires concernés.

Ces ménages à enquêter ont été répartis proportionnellement au poids démographique de chaque territoire. Cela faisait 330 ménages à Feshi, 568 à Kahemba et 422 à Popokabaka. Au sein de chaque territoire, le même principe a été appliqué pour la répartition des ménages par village.

Sélection des ménages à enquêter

Pour cette enquête, le ménage a été défini comme un ensemble de personnes vivant sous le même toit, étant sous l'autorité d'une personne reconnue comme chef et partageant le même repas pendant au moins 6 mois.

Les ménages ont été choisis au hasard sur le terrain par les équipes en utilisant la méthode de tirage aléatoire systématique à partir d'une cartographie des ménages du village et en appliquant un pas de sondage correspondant.

Sélection des individus à interroger

Ainsi, dans chacun des ménages retenus dans l'échantillon, une seule femme a été sélectionnée et enquêtée par ménage : une femme avec enfant de 0 à 6 mois, une femme avec enfant de 7 à 23 mois et une femme enceinte. Elles ont été interrogées sur leur alimentation et leur santé ainsi que sur celles des enfants de 0 à 6 mois et des enfants de 7 à 23 mois. Mais parmi les ménages sélectionnés, chez ceux qui n'avaient pas d'enfants de ces tranches d'âge, le questionnaire était entièrement administré à la femme responsable du ménage.

➤ Collecte de données

Un questionnaire avec les informations générales du ménage (caractéristiques sociodémographiques et cadre de vie du ménage) a été élaboré sur les thèmes suivants :

- agriculture /système alimentaire sensible à la nutrition et gestion des ressources naturelles
- accès aux services sociaux de base
- revenus et moyens d'existence
- genre et comportements
- gouvernance et nutrition.

En dehors de l'enquête ménage, les mesures anthropométriques ont été prises auprès des enfants de 6 à 59 mois (poids, taille, périmètre brachial, présence d'œdèmes) et chez les femmes en âge de procréer (périmètre brachial) au sein de ménages sélectionnés lors de l'enquête.

2. Approche qualitative

Le but de cette approche qualitative était de réaliser une analyse multisectorielle des principaux déterminants et chocs/stress identifiés lors du diagnostic communautaire.

L'approche qualitative s'est déclinée en 5 thématiques identifiées lors du diagnostic communautaire : revenus / moyens d'existence ; système alimentaire sensible à la nutrition et gestion des ressources naturelles ; comportements et genre ; accès aux services sociaux de base ; gouvernance et nutrition. Chaque thématique a été exploitée et analysée par un expert sectoriel dans le domaine.

Cette approche qualitative s'est basée sur les discussions de groupes, les entretiens approfondis, les observations de terrain et les évaluations de certains aspects.

➤ Echantillonnage

L'échantillonnage pour la partie qualitative s'est fait à trois niveaux suivant les résultats du diagnostic communautaire ainsi que les recommandations du comité technique du 10 octobre 2018.

Premier niveau, territoire

La sélection de territoires était faite selon les mêmes critères que lors de la phase 2.

Deuxième niveau, villages

Partant de la liste de villages sélectionnés lors du diagnostic communautaire, deux à trois villages par territoire ont été sélectionnés. Il s'agit des villages représentant la plupart des contrastes / différents aspects du problème : urbain / rural, déviance positive (accès aux services sociaux de base et centres économiques), mauvaise situation et vulnérabilité à certains chocs et contraintes.

Troisième niveau, participant.es

Suivant les exigences de chaque thématique, les participant.es ont été sélectionné.es aux niveaux national, provincial et local.

- National : il s'agit des directions/services des ministères nationaux ayant au moins un aspect de la nutrition dans leurs attributions. En plus, ont été interrogées les ONG et les autres structures non gouvernementales intervenant dans le domaine de la nutrition en RDC et principalement dans le Kwango
- Provincial : outre les agent.es de divisions/services/bureaux des ministères provinciaux, les informateurs clés venant des ONG et autres structures non gouvernementales intervenant dans le secteur de la nutrition au Kwango ont été sélectionnés
- Local : il s'agit des acteurs de terrain intervenant dans le secteur de la nutrition.

Suivant les critères propres à chaque thématique, les populations aussi ont été considérées comme des informateurs clés.

➤ **Collecte des données sur terrain**

La collecte de données s'est déroulée pendant 4 jours pour Popokabaka et Feshi et pendant 5 jours pour Kahemba. Cinq équipes ont été mobilisées pour cette recherche.

Le 1er jour a été consacré à l'enquête ménage (sur papier et sur tablette avec ODK) dans les différents villages tandis que les 3 ou 4 derniers jours étaient consacrés à l'enquête dans les cités. Le dénombrement était réalisé la veille de l'enquête par le mobilisateur communautaire. Les équipes ont été assistées par des accompagnateurs qui les ont orientées vers les ménages échantillonnés. En moyenne, chaque équipe a enquêté 12 ménages par jour pour une durée d'environ 45 minutes par ménage.

Les interviews et focus groupes se sont déroulés dans les mêmes villages mais séparément des jours des enquêtes ménages.

➤ **Analyse des données**

Données de l'enquête ménage

Les données saisies sur ODK ont été exportées vers Excel. A partir de ce dernier fichier, la situation nutritionnelle des ménages enquêtés a été décrite en calculant les différents indicateurs de la malnutrition aiguë et chronique à l'aide du logiciel ENA. Epi info7 a été utilisé pour calculer les moyennes/prévalences des différents indicateurs collectés lors de l'enquête ménage. Ensuite, des régressions ont été réalisées afin de déterminer les facteurs corrélés à la malnutrition.

Données anthropométriques

Les données anthropométriques ont été exportées d'ODK vers SMART ENA pour estimer la proportion d'indices nutritionnels d'enfants selon les références de l'OMS afin de déterminer la prévalence de la malnutrition aiguë, chronique et l'insuffisance pondérale.

Les résultats des données anthropométriques ont été corrélés aux résultats de l'enquête ménage afin d'identifier les facteurs qui expliqueraient la situation nutritionnelle des ménages enquêtés.

Données de l'enquête qualitative

Les données d'interviews ont été traduites en français et saisies dans des fichiers Word® puis exportées dans Excel® en vue de réaliser une analyse des occurrences et dégager les options de réponses les plus fréquentes.

3. Limites de l'étude

Les focus group et entretiens individuels n'ont pas suffi pour saisir toutes les réalités de terrain et le temps consacré à la collecte n'a pas permis d'approfondir les observations pouvant aider à combler ces lacunes.

Au total, 15 grappes ont été enquêtées dans l'enquête ménage alors que pour une enquête nutritionnelle SMART il est recommandé d'en avoir au moins 25.

Méthodologie phase 4 : priorisation des facteurs de risque et recommandations des populations

1. Echantillonnage

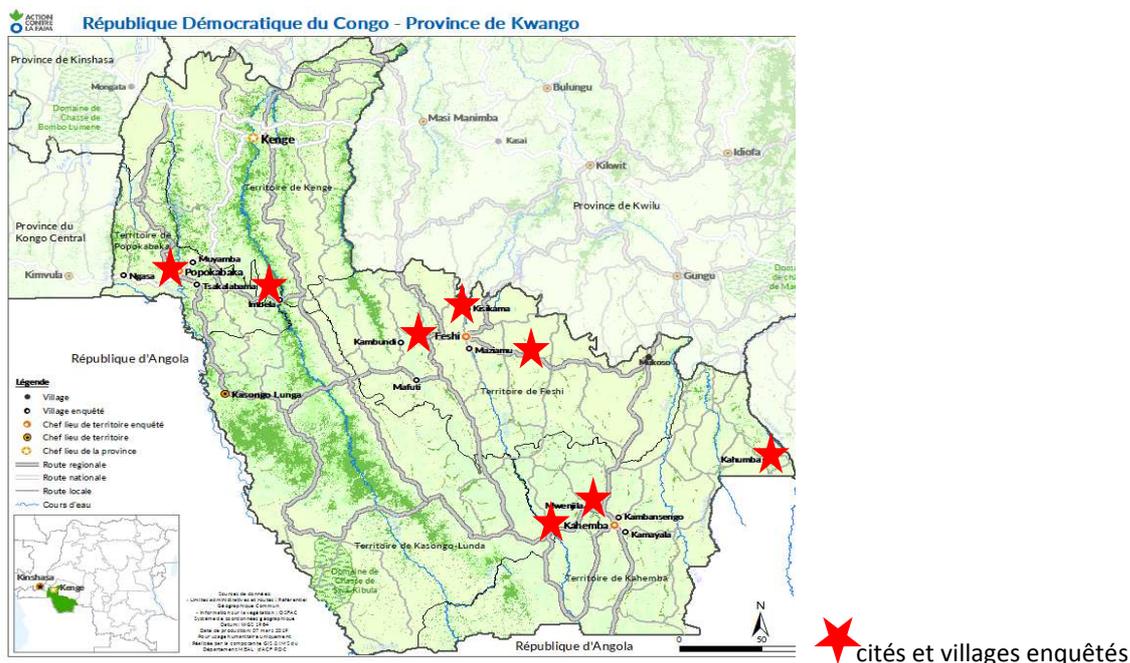
L'échantillonnage pour la partie qualitative s'est fait à trois niveaux reprenant les territoires déjà enquêtés lors des précédentes phases qualitatives et quantitatives.

➤ Premier niveau, territoire :

La sélection de territoires était faite selon les critères ci-après :

- prévalence malnutrition aigüe sévère (2017-2018)
- classification IPC 2017
- fréquence des alertes nutritionnelles et sécurité alimentaire
- interventions / appui extérieur
- caractéristiques agro-écologiques et végétation
- prévalence du Konzo

L'étude a couvert trois territoires sur cinq qui reflètent le mieux les différentes caractéristiques de la province du Kwango en fonction de ces critères d'inclusion, à savoir les territoires de Feshi, Popokabaka et Kahemba.



★ cités et villages enquêtés

➤ Deuxième niveau, villages :

Partant de l'échantillon des enquêtes réalisées lors de précédentes phases, 3 villages par territoire ont été choisis selon des critères permettant d'obtenir la plus grande hétérogénéité en termes ethnique, religieux, de moyens d'existence, d'accès à l'eau, d'état des routes, de présence des marchés. Le village de Ngassa n'a pu être enquêté du fait de problèmes d'accès dus à l'état des routes.

➤ Troisième niveau, participant.es :

Chacun des 9 thèmes était présenté dans chaque village. Ils étaient distribués en 6 focus groupe (FG) et 3 entretiens individuels (EI) semi-directifs, en fonction de ce qui paraissait le plus pertinent selon les spécificités des localités. Chaque focus groupe comprenait 6 personnes afin de laisser un temps de parole suffisant aux personnes et de recueillir des données détaillées. La durée des entretiens et focus groupe était d'une heure trente à deux heures. Une journée était consacrée à chaque endroit.

Pour les focus groupes, les personnes ciblées étaient les mères et les pères ayant des enfants de moins de 5 ans, en groupes non mixtes. Elles étaient choisies par les mobilisateurs communautaires en vue d'obtenir la plus grande hétérogénéité possible. Les entretiens ont été menés auprès de parents d'enfants de moins de 5 ans et d'informateurs clés : un guérisseur, une représentante d'un comité de gestion de l'eau, un chef de village, un

fermier. En tout, 312 personnes ont participé à cette collecte de données, sans compter quelques discussions informelles et instructives avec des agents de santé locaux.

2. Choix des thèmes d'enquête

Les résultats quantitatifs et qualitatifs des phases précédentes ont mis en évidence certains facteurs liés à la malnutrition, soit en tant que facteurs de protection soit en tant que facteurs de risque.

Les principaux facteurs de protection apparus sont :

- le manque de nourriture des ménages en juillet, août et septembre
- les maladies des plantes et du bétail
- la production de légumineuses et tubercules
- la consommation de chenilles et autres insectes
- l'accès gratuit aux terres agricoles
- l'utilisation de latrines partagées entre plusieurs ménages

Les facteurs de risque repérés sont :

- la profession du conjoint dans le secteur privé et salarié
- le niveau d'étude –primaire et supérieur– de la personne répondant
- la participation à des transferts de cash
- l'accès aux terres agricoles par location
- la non utilisation de techniques de maintien de la fertilité des sols
- le fait de dormir sous une moustiquaire

Dans la phase 4, il s'agissait d'identifier les options possibles de réponse communautaire ainsi que les stratégies de résilience déjà mises en place par certains ménages et de comprendre quels étaient les ménages les plus vulnérables aux différents facteurs de risques. Dans cette perspective de recueil de données qualitatives détaillées, 9 thèmes ont été développés dans les guides d'entretien et de focus groupe :

Thème 1. Moyens d'existence et pratiques d'alimentation

Presque la totalité des ménages du Kwango tire ses revenus de l'agriculture. Celle-ci est souvent complétée par la possession de bétail type poules, canards, porcs, chèvres, moutons en petite quantité. Certains ménages se sont spécialisés dans le commerce (biens divers, habits, revente de produits agricoles) ou associent un peu de vente à leurs activités agricoles principales. Par ailleurs, il y a des ménages dont l'époux est salarié (dans le privé ou les services étatiques) ou fermier, c'est-à-dire qu'il possède des terres de pâturage et des troupeaux de bœufs. Les résultats quantitatifs mettaient en avant le fait qu'exercer une profession salariée avait un impact négatif sur l'état nutritionnel des enfants. Il importait de comprendre les liens entre les différents moyens d'existence d'un côté, l'alimentation des ménages et les risques de malnutrition infantile de l'autre afin d'identifier les moyens d'existence protecteurs ou défavorables.

Les communautés ont recours au ramassage des chenilles pour la consommation et la vente. Cette stratégie alimentaire des ménages était intéressante à questionner pour comprendre quels sont les ménages qui la pratiquent, les conséquences sur la santé des enfants et s'il est possible d'en faire un levier d'action pour l'amélioration nutritionnelle des ménages.

Thème 2. Modes de garde, gestion et maladies des animaux

Les maladies des animaux semblaient, dans les données quantitatives, être un facteur de protection contre la malnutrition infantile. Il était essentiel de vérifier si cette donnée était vraie ou s'il s'agissait d'un facteur de confusion afin d'orienter au plus juste les interventions futures, aussi bien en termes d'hygiène et assainissement que de développement économique. Au cas où un lien de protection était établi, quelles étaient alors les stratégies mises en œuvre par les ménages et en quoi pouvaient-elles être transposables aux autres ménages afin de diffuser ces bonnes pratiques ? La question du mode de garde des animaux s'avérait importante aussi pour saisir en quoi il pouvait, a contrario, être facteur de contamination pour les enfants.

Thème 3. Accès aux terres agricoles

L'accès aux terres agricoles se fait sous plusieurs modes : par héritage des terres, par achat, par location¹⁰⁷ ou par accès gratuit. Une corrélation quantitative négative apparaît entre la location des terres et l'état nutritionnel des enfants. Il importait alors d'identifier les types de ménages les plus susceptibles de louer les terres pour en diminuer les risques et de comprendre les liens entre types d'accès aux terres agricoles, type et quantité de production, types de ménage.

Thème 4. Gestion des ressources du ménage par l'homme

Dans les ménages, le pouvoir de décision et de gestion des ressources est détenu par l'homme. Même s'il peut y avoir concertation avec l'épouse, c'est lui qui décide en dernière instance de la répartition et de la priorisation des dépenses et des achats. Les revenus des femmes sont considérés comme appartenant à l'homme, elles ne les gèrent donc pas en propre. L'âge et l'emploi du chef de ménage ont été identifiés comme des facteurs de protection ou de risque dans la gestion des ressources du ménage. Il s'agissait de comprendre plus en détail les liens entre les moyens d'existence, la gestion des ressources, le type de ménage et d'identifier les ménages déviants positifs sur lesquels s'appuyer possiblement pour des actions futures.

Thème 5. Charge de travail des femmes

La charge de travail des femmes est un facteur à risque essentiel en ce qui concerne la santé et l'état nutritionnel des enfants¹⁰⁸. Elle a des conséquences aussi bien sur la santé des femmes que sur l'hygiène, l'allaitement exclusif, les soins, la scolarisation des enfants. Questionner les liens entre charge de travail, type de moyens d'existence et types de ménage permettait d'identifier les ménages les plus vulnérables à ce facteur et de repérer les moyens d'existence protecteurs ainsi que les solutions possibles pour réduire cette difficulté majeure.

Thème 6. Accès à l'eau

Selon les données des phases précédentes, l'accès à l'eau est apparu complexe dans le Kwango malgré les actions déjà menées dans la région. Aussi, les saisonnalités et les principaux lieux de contamination ainsi que l'identification des ménages vulnérables et déviants positifs ont été interrogés lors des focus groupes et entretiens.

Thème 7. Production agricole

La production agricole est prédominante comme source d'alimentation et de revenus des ménages dans la province du Kwango. Ce domaine était donc essentiel à questionner pour saisir les liens entre le type d'accès aux terres, le type de ménage, le type de cultures plantées, la taille des parcelles, l'aide du mari sur les champs, la quantité et la qualité des cultures produites. Il était intéressant également de savoir quelles pouvaient être les stratégies mises en œuvre par les ménages pour compenser les pénuries alimentaires en juillet, août et septembre et quels étaient les ménages qui s'en sortaient le mieux pendant cette période.

Thème 8. Pratiques d'hygiène et assainissement

L'utilisation des moustiquaires semblant être un facteur de risque et le partage des latrines un facteur de protection, nous voulions vérifier la validité de ces données en questionnant les populations sur ce thème pour dégager des typologies de ménages plus susceptibles d'être vulnérables et ceux déviants positifs.

Thème 9. Accès aux soins et parcours de soins

Les principales barrières à l'accès aux soins apparues dans les données quantitatives et qualitatives précédentes étaient : le manque de route en bon état pour accéder aux centres de santé, le manque de moyen de transport, la cherté des frais de consultation et de médicaments, le manque d'intrants médicaux, l'accueil pas toujours correct de la part des personnels de santé, le manque de ressources financières des ménages. Il importait alors

107 Le type de location peut être monétaire ou en nature, contre une partie de la récolte ou en échange de pagnes, de bassines.... D'après les personnes enquêtées, il ne semble pas y avoir de règles définies quant aux termes de la location, cela dépend des arrangements entre les propriétaires et les locataires.

108 « Genre et nutrition : la surcharge de travail des femmes en question » par M. HENNEBO, M. JUNCA et G. LUC, ACF France, http://docpdf.linknca.com/159/159/supports/28295/catDoc231/article_genre_fr_def2.pdf?CFID=12218706&CFTOKEN=b028d352c14f3750-F0AEBA1-155D-C917-08C26FDA481F2C1A

« Parmi toutes les conséquences des inégalités femmes-hommes sur la sous-nutrition infantile, la surcharge de travail des femmes est mise en évidence comme le contributeur le plus significatif » ; « La malnutrition : causes, conséquences et solutions » *La situation des enfants dans le monde 1998*, UNICEF

Les femmes, au cœur des liens entre production agricole et diversité de la consommation alimentaire au Burkina Faso, A. LOURME-RUIZ, Montpellier Supagro thèse, 2017, 388 p.

de comprendre quels étaient les ménages déviants positifs en terme de soin de enfants et d'accès aux centres de santé et leurs stratégies ainsi que les types de ménages ayant l'accès le plus compliqué aux soins. Nous avons cherché à savoir quels étaient alors les recours thérapeutiques de ces ménages.

3. Organisation de la collecte sur le terrain

La durée d'enquête pour chaque village était d'une journée. L'équipe qualitative était composée de 3 responsables menant les FG et entretiens, de 3 mobilisatrices communautaires assurant la prise de note et la facilitation communautaire et de 3 personnes assurant les traductions. Chaque sous-équipe était en charge de 2 FG et d'un entretien individuel par jour. Les FG et entretiens portaient spécifiquement sur des 9 thèmes définis.

Une journée de formation a été menée avant le départ dans le Kwango pour clarifier les attentes et les modalités de travail. Chaque soir, les données de tous les sous-groupes étaient centralisées dans un outil Excel et partagées afin d'identifier les éventuelles difficultés et les questions à approfondir. Toute arrivée dans un nouveau territoire faisait l'objet d'une présentation aux autorités médicales et administratives.

4. Considérations éthiques

Les cités et villages enquêtés en phase 4 l'avaient déjà été lors des précédentes étapes, les autorités administratives et médicales étaient donc déjà informées du travail et des objectifs de l'enquête PUNC. Cependant, à chaque arrivée dans un territoire, les autorités concernées ont été rencontrées afin d'exposer les objectifs de la phase 4 et d'informer des lieux choisis pour l'enquête. Dans les villages, les chefs de village étaient salués et leur accord demandé pour mener les FG et les EI.

Le consentement des personnes a été systématiquement expliqué et recueilli avant de commencer toute discussion. Leur anonymat a été gardé tout au long de l'enquête puisque leur nom n'a pas été demandé et que les informations recueillies n'ont pas été partagées.

Les journées de travail des femmes sont longues et très chargées. Afin de limiter au maximum l'impact de cette enquête sur leurs tâches quotidiennes, les FG de mères ont été réalisés en priorité les matins afin de les libérer l'après-midi. Lors des étapes de terrain précédentes de cette recherche, à la fin des FG et des EI, un petit remerciement en savon, sel et sucre était laissé à chaque participant.e. Il a été fait de même pour l'étape 4. Cependant, ce « cadeau » a entraîné à quelques reprises des jalousies et des réclamations de la part de participantes non sélectionnées.

5. Limites de la phase 4

La principale limite de cette phase est liée au faible temps imparti pour chaque lieu d'enquête, à savoir un jour pour 9 thèmes. Même s'il y avait 3 équipes pour assurer les FG et les EI, certaines informations restent manquantes ou incomplètes, du fait de ne pouvoir revenir dans les localités pour approfondir les hétérogénéités et les spécificités des pratiques.

L'un des objectifs de cette étape qualitative était de recueillir les solutions déjà mises en œuvre localement et les recommandations communautaires, notamment pour savoir ce que les populations pouvaient réaliser par elles-mêmes. Cette partie a été compliquée du fait de la difficulté des personnes enquêtées à proposer des initiatives sans aide extérieure. Les attentes en intervention extérieure sont fortes, qu'elles proviennent de l'Etat comme des ONG.

Le manque de croyance des communautés et des personnes dans le fait qu'elles sont capables de réaliser des changements par elles-mêmes est important. Les problèmes sont perçus comme trop compliqués ou trop grands pour être résolus à une échelle locale ou collective, ce qui est le cas pour tout ce qui relève des infrastructures et des politiques publiques (éducation, politique de santé, développement des marchés...). La sensibilisation est proposée comme la solution à la plupart des problèmes identifiés même si les participant.es reconnaissent son manque d'efficacité parfois pour changer durablement les comportements. Pour contourner cette difficulté, plus de temps a été consacré par les équipes de recherche à la priorisation des principaux problèmes en lien avec la malnutrition et à la réflexion autour de solutions possibles pour y remédier.

6. Analyse des données qualitatives

Les données qualitatives recueillies sur place ont fait l'objet d'une mise en commun analysée chaque soir afin d'identifier et de croiser les informations nouvelles, d'orienter les réflexions et de mettre en évidence les manques à interroger.

Puis, elles ont fait l'objet d'une nouvelle triangulation avec les données quantitatives et qualitatives précédentes afin de proposer une vue d'ensemble de la situation et de mettre en évidence les pistes de solution possibles et adaptées au contexte du Kwango.

Méthodologie phase 5 : élaboration du cadre d'intervention

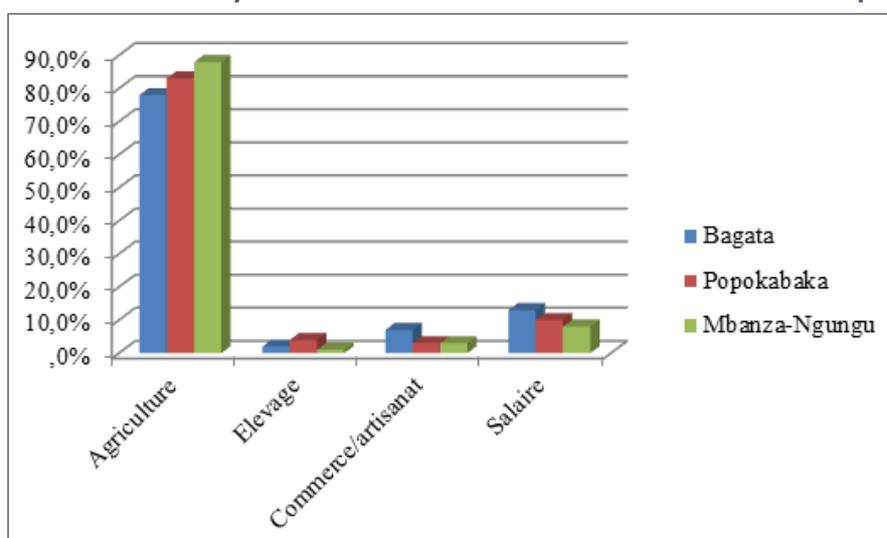
1. Analyse et organisation de toutes les données recueillies

Toutes les données secondaires, quantitatives et qualitatives recueillies lors des précédentes phases ont été analysées et organisées afin d'élaborer les schémas causaux, les arbres à solutions et à problèmes spécifiques à la situation du Kwango. Les Référents Techniques Opératoires de l'équipe siège ont participé à l'analyse et à la conception de ces outils en fonction de leur domaine d'expertise.

Les principaux besoins des populations, apparus au cours de cette enquête, sont présentés dans le cadre d'intervention afin de rendre visibles les domaines d'action possiblement mis en œuvre, dans une perspective multisectorielle.

PARTIE II. ANALYSE CONTEXTUELLE DU KWANGO

Annexe 7 : Moyens d'existence et revenus dans le territoire de Popokabaka



Principales sources de revenus des ménages à Popokabaka

Annexe 8 : Chocs et stratégies de résilience rencontrés par les ménages

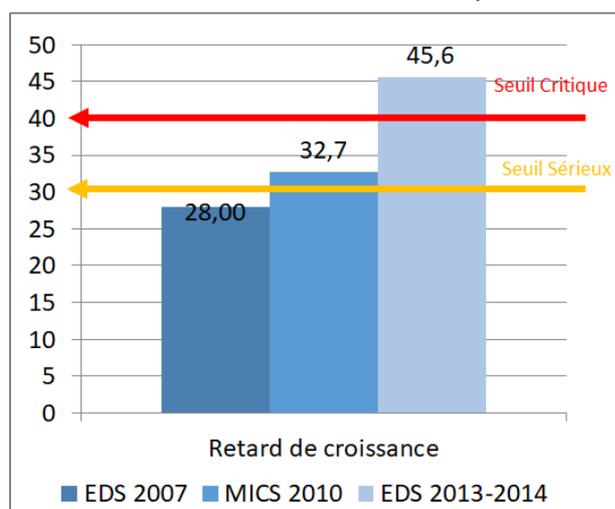
Nature	Echelle	Apparition soudaine	Apparition Lente/Prolongée	Saisonnalité	Stratégies de résilience
Environnemental (Physique, Naturel)	Région	Sauterelles		2016-2017	* rares recours aux feux de brousse
		Pluies torrentielles		Saison de pluies	
		Attaque des cultures par les animaux		Permanent	* éloignement des terres
		Crocodiles		2017-2018	
		Serpents		Aout-septembre	
		Feux de brousse		Saison sèche	
			Soudure	Saison sèche	
			Sécheresse	Saison sèche	* recours à autrui pour une aide ponctuelle et des dons en semences
			Raréfaction du gibier et ressources	Permanent	* recours à la pisciculture

			alimentaires naturelles		* développement du petit bétail	
			Appauvrissement du sol	Permanent	*arrêt de la culture du millet * fumure de feuilles coupées * éloignement des terres	
	Village	Erosion		Saison de pluies		
			Mauvaise récolte			* intensification du labeur agricole * augmentation de la taille des parcelles *activité de maraichage * pratique de la ristourne de travail * recours à autrui pour une aide ponctuelle et des dons en semences
		Déforestation	Permanent			
Sanitaire	Région	« Pourdier » (maladie manioc)		Depuis 2016	* arrachage des plants atteints *recours à autrui pour une aide ponctuelle et des dons en semences	
	Village	Fièvre bétail		Saison sèche	*consommation des animaux morts *recours aux vétérinaires	
		Peste des animaux		Saison sèche		
		Maladies aviaires		Saison sèche		
	Individus	Diarrhée chez l'enfant			Saison de pluies	* traitements traditionnels * recours aux centres de santé
			malnutrition		Permanent	* parfois, bouillie à base de maïs, soja, arachide et voandzou
		Konzo		Permanent	pratiques traditionnelles locales (plante sauvage « kionzo » et sorte de kinésithérapie)	
Social	Région	Pillage de champs (par les passants) pour les cultures de manioc douces		Permanent		
	Village		Présence déplacé.es de	Sporadique		
			Apparition des « sirènes » qui tuent les pêcheurs		Sporadique	

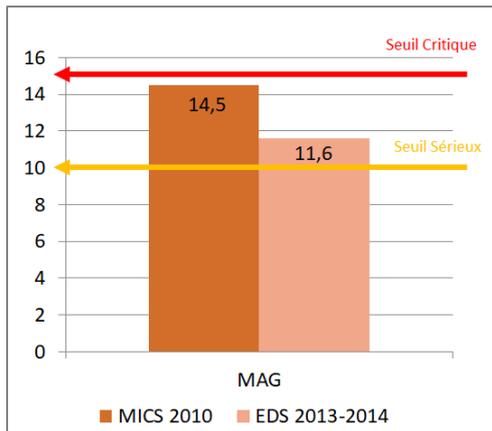
			Détérioration des routes	Saison de pluies	*activités de cantonnement
Economique	Région		Baisse de la production de diamants	2003	
	Village		Exode de la main-d'œuvre active	Permanent	
Politique	Région	Chute Mobutu		1997	
		Mort Savimbi		2003	
	Village		Conflits chefs coutumier/de village	Sporadique	
			Ventes de terres par les grands chefs coutumiers	Permanent	*recentrage sur la culture du manioc et des céréales au détriment des légumes * éloignement des terres
			Exode de la main d'œuvre active	Permanent	
Sécuritaire	Village	Kidnapping et vente des femmes en Angola		Sporadique	
		Assassinat de femmes au champ		Sporadique	*protection des hommes

Typologie des principaux chocs/stress, province du Kwango, RDC

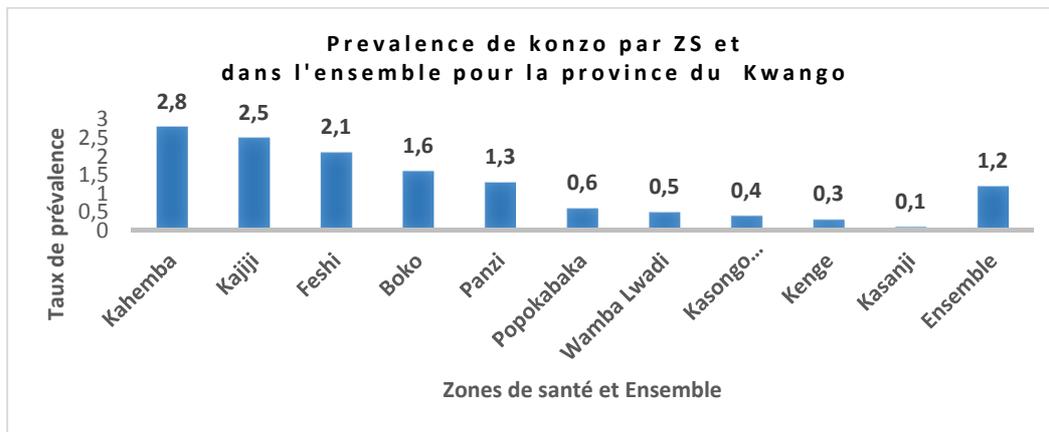
Annexe 9 : Evolution des taux de MAG, MAC et Konzo dans la province du Kwango



Evolution du retard de croissance, 2007-2014, province Kwango, RDC



Evolution de la prévalence de la MAG, 2011-2014, province du Kwango, RDC

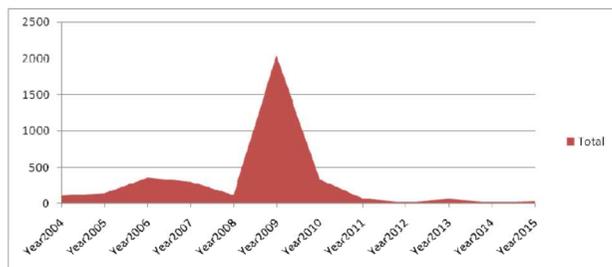


Prévalence du Konzo par zone de santé, Action Contre la Faim, 2011

Feshi	Kahemba	Popokabaka
<ul style="list-style-type: none"> • Appellation Kibuba, Kimbengi, Katota, Mbwaki, Kuvemvuluka, Muhia, Sanga (infidélité) • Maladie comme toute autre, mais devient honteuse quand les autres se moquent de vous 	<ul style="list-style-type: none"> • Appellation Kibuba, Katota, Kububuluka, Kusemuluka, Binzolele, Kuvemvuluka • Une maladie qui se manifeste par des faiblesses, le manque d'appétit, la déformation physique, le manque d'équilibre, la pâleur de la peau, le manque de sang dans le corps • Pas une maladie honteuse, c'est plutôt une maladie de la faim 	<ul style="list-style-type: none"> • Appellation Kihusu, Uvunduka, Mbwaki, Ibubuka, Iyunduluka, Mawa • Pas une maladie honteuse parce que tout le monde peut tomber dans la malnutrition

Principales perceptions de la malnutrition par territoire, province du Kwango, RDC

Annexe 10 : Historicité du nombre de cas déclarés dans la zone de santé du Kwango entre 2004 et 2015



Annexe 11 : Principales corrélations statistiques apparues lors de l'enquête quantitative (phase 3)

I. Variable	Proportion ou moyenne	Intervalle confiance 95%		N	Design effect	MAG P/T		MAG MUAC et ou P/T		MAG MUAC		Chronique	
		UCI	LCI			p value	OR	p value	OR	p value	OR	p value	OR
Pourcentage de ménages qui ont manqué de nourriture en juillet	29,082	14,867	43,296	1176	25,023							0,0296	0,6066
Pourcentage de ménages qui ont manqué de nourriture en aout	25,085	14,346	35,825	1176	15,677							0,0122	0,5578
Pourcentage de ménages qui ont manqué de nourriture en septembre	34,184	31,164	37,203	1176	1,035							0,0277	0,6582
PROFESSION DU CHEF DE MÉNAGE												0,0132	
Employés (ONG ou secteur privé)	2,806	1,456	4,157	1176	4,752							0,0622	2,8762
% de repondant femmes	71,088	66,458	75,719	1176	2,665	0,0458	1,8889						
Niveau etude repondant:								0,0917					
Primaire	39,201	31,394	47,007	1176	1,436			0,0613	1,808				
Supérieur	6,718	4,914	8,522	1176	1,436							0,0644	2,03256
Niveau d'étude du chef de ménage													
Supérieur	13,01	8,314	17,707	1176	2,633							0,0334	2,03256
Menages qui possedent:													
Maladies de bétails	10,03%	8,44%	11,88%	1176								0,0716	0,5799
Maladies de plantes (cultures)	14,626	10,856	18,396	1176	2,907					0,0303	0,454		
a déjà bénéficié d'un transfert monétaire direct de la part d'une ONG, Organisation et ou structures de l'état	23,30%	20,97%	25,80%	1176								0,0958	1,4320
Production et accès à la terre:													
Légumineuses et noix (arachides et haricot)	48,214	40,512	55,916	1176	6,069							0,0232	0,65364
Tubercules (Manioc, patates douces, ignames, pommes de terres)	67,69%	64,96%	70,30%	1176								0,0502	0,6618

Insectes comestibles (chenilles, sauterelles...)	3,316	1,125	5,508	1176	3,827	0.0752	0,228390134						
accès aux terres												0.0372	0,5230
% de menages qui louent leurs terres pour la saison agricole	18,849	2,582	35,116	1008	1,919					0,0541	4,89933754		
% de menages qui ont accès aux terres de manière gratuite	35,913	27,802	44,023	1008	1,919							0.0140	0,52307
% de menages qui n'utilisent pas de fertilisants	57,906	33,105	82,707	917	50,249							0.0600	0,6104
EHA													
% de ménages qui Partagent les latrines avec d'autre ménages	21,286	11,877	30,695	1104	12,669					0.0654	0,53665492		
% menages dont Les membre du menage dorment sous une moustiquaire	66,265	51,431	81,099	1162	24,844					0.0332	2,02891263		

Code couleur : Facteur de risque
 Facteur protecteur

Principaux résultat de régressions, enquête ménage et anthropométrie, territoires de Feshi, Kahemba et Popokabaka, Province du Kwango, novembre 2018-janvier 2019

Annexe 12 : Nutrition et développement dans le Kwango

Territoire	Problèmes/facteurs nutritionnels	Pistes de solution proposées
Kasongo Lunda	Konzo Disette en Manioc Absence de protéines	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la consommation du maïs à travers l'éducation nutritionnelle • Formation nutritionnelle • Distribution de légumineuses alimentaires
Kenge	Konzo	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser sur la consommation de légumineuses pendant la saison sèche
Popokabaka	Konzo Disette en Manioc	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de la culture de Manioc en Savane • Promotion du petit élevage / Eviter divagation des animaux
Kahemba	Konzo Pression sur les terres Rareté de l'eau Prix sur le marché Main d'œuvre limitée / âgée Abandon des techniques de préparation des sols (Avril) Vente anticipée/Diminution Stocks Enclavement	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation nutritionnelle pour prévenir le Konzo • Développer l'aide sociale collective • Mise en culture progressive des Nganga • Promotion de la cueillette, de la pêche, de l'apiculture (usine à miel de Tshilwalwa) • Promouvoir des alternatives à la consommation du manioc, maïs, millet, avec les moyens de transformation adaptés
Feshi	Alimentation pauvre / monotone Consommation d'Alcool	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusion de boutures de manioc résistant à la mosaïque • Renouvellement semences (CVD) • Vulgarisation de la consommation du millet, de protéines animale et végétales toute l'année • Libération des terres agricoles proches des villages par les éleveurs • Autosuffisance en huile de palme • Diminution de la production et consommation d'Alcool • Création d'un centre de formation à la traite et à l'hygiène de conservation et commercialisation du lait de vache • Introduction d'espèces de poissons différentes • Construction de nouveaux étangs • Vaccination peste aviaire

Intégration de la nutrition dans les plans de développement agricoles du Kwango

Source : Plans d'Investissement Agricoles, CARG, <http://www.fonaredd-rdc.org/amenagement-du-territoire-base-de-donnees/>

Organisations	Projets	Type d'interventions / lien avec la nutrition	Période	Zones Ciblées
Bailleurs de fonds / Institutions financières				
Banque Africaine de Dvptm (BAD)	PARSAR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement de la production agricole ▪ Réhabilitation des infrastructures de base ▪ Appui institutionnel 	2004-2012	Ex-Bandundu, Bas Congo
	PDSS ¹⁰⁹ (additional financing)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Focus malnutrition chronique ▪ Amélioration de l'utilisation et de la qualité des services de santé / couverture des interventions directes nutrition ▪ Mise à l'échelle de l'approche Nutrition Assise Communautaire (NAC) 	2016-2019	Ex-Bandundu, Ex-Equateur, Ex-Katanga, Maniema
ENABEL (cf. GRET)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Filière apicole 	2011-2013	Bas Congo
	PRODADEK ¹¹⁰ Volet Agricole	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Filières piscicole ▪ Filières vivrières (manioc, maïs, arachides) ▪ Filières spéculation à haut potentiel (Banane, Ananas, Patate Douce) 	2013-2019	Kwilu, Kwango,
	PRODADEK Volet Désenclavement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réhabilitation & Entretien ▪ Recherche action entretien des pistes ▪ Gestion des bacs 	2012-2019 (depuis 2002)	
GIZ (ex GTZ)	NA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui Eau & Assainissement ▪ Appui institutionnel / gouvernance sécurité alimentaire (avant 2010) 	▪ Avant 2010	NA (inclus Kwango)
Union Europ. (UE)	Nutrition/WASH (ECHO) (cf COOPI)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge malnutrition aigue ▪ Education nutritionnelle ▪ Environnement Assaini 	NA	Kwango
	PRO-ACT SA/Agriculture (DEVCO)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui aux OP ▪ Transformation / Commercialisation ▪ Relance Agricole ▪ Fortification alimentaire / diversification 	Depuis 2002	Kwango Kinshasa Kwilu
USAID	FPPM	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui aux OP ▪ Transformation / Commercialisation 	2011-2016	Kinshasa, Ex-Bandundu, Bas Congo
Agences des Nations Unies				
FAO	Programme Sécurité Alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement de la filière Soja ▪ Diversification systèmes de production 	2011-2013	Kwango, Idiofa, Boma
	Projet Konzo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation et sensibilisation sur la nutrition et le Konzo ▪ Appui à la production agricole (Manioc) 	2010-2012	Kwango
IFAD	PAPAKIN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consolidation du pôle maraîcher ▪ Relance du pôle vivrier 	2013 -	Kinshasa, Bas-Congo, Bandundu
UNHCR PAM	NA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui aux réfugiés Angola / Stabilisation 	1998-2004	Kwango
UNICEF (Canada)	NA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plaidoyer nutrition ▪ Nutrition à Assise Communautaire ▪ Village Assaini / Déparasitage ▪ Formations de prestataires sur la CPS redynamisée 	NA	Kwango Boko
ONG Internationales				
Action Contre la Faim	Sécurité Alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge malnutrition ▪ Distribution de semences 	2007-2010	Kahemba

¹⁰⁹ <http://projects.worldbank.org/P166004?lang=en>

¹¹⁰ Fusion des programmes PRODAKK et PRODEKK en 2014 et reformulation des 3 résultats sur une approche filière (de la production à la commercialisation)

Organisations	Projets	Type d'interventions / lien avec la nutrition	Période	Zones Ciblées
<i>(DFID, ECHO, UNICEF, EU)</i>	Konzo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appui Associations Féminines pour la lutte contre le Konzo / Bac de rouissage ▪ Sensibilisation et promotion du rouissage 	2010-2011	Kahemba
	Nutrition / Santé / EHA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (PCIMA) ▪ Formation des prestataires ▪ Sensibilisation/ANJE ▪ Sensibilisation Eau, Hygiène, Assainissement 	2009-2012	Popokabaka, Kasongo Lunda, Kahemba, Popokabaka, Kajiji, Kitenda, Panzi, Tembo
	PUNC/RRCN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identification des crises nutritionnelles; ▪ Réponse d'urgence aux crises nutritionnelles (PCIMA) avec Kit WASH & Education Nutritionnelle ▪ Support à la résilience nutritionnelle à travers des Cellules Communautaires de Base Nutritionnelle (CCBN) ▪ Volet Etudes Faisabilité 	2016-2018	RDC avec interventions récurrentes dans le Kwango et Kwilu
CARE	Nutrition/Santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distribution d'intrants pour le planning familial 	NA	Kwango
CARITAS Belgique	Programme P5 Sécurité Alimentaire/ Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renforcement institutionnel cooperatives ▪ Commercialisation produits agro-pastoraux (dont filière sesame) ▪ Pratiques familiales santé mère/enfant 	2017-2021	Kwilu, Kongo Central, Kwango, Sud Kivu
COOPI <i>(ECHO, POOLED FUND)</i>	Nutrition / Santé / EHA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PCIMA ▪ Prise en charge de la malnutrition aigüe modérée ▪ Sensibilisation/ANJE ▪ Sensibilisation Eau, Hygiène, Assainissement 	En cours	Kimbao, Kisandji, Feshi, Popokabaka
GRET <i>(ENABEL)</i>	PRODADEK Volet Agricole	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Commercialisation des produits agricoles (manioc, maïs, arachides) ▪ Commercialisation de produits piscicoles et à l'entreprenariat féminin 	2016-2018	Kwilu, Kwango
HI	Konzo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Etude prospective sur le Konzo 	2017	Kahemba
ISCO <i>(Union Européenne)</i>	Projet Sécurité Alimentaire (4 ^{ème} projet financé)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Structuration des OP et/ou Comités Villageois de Développement ▪ Mise à disposition de semences / Introduction de nouvelles variétés (Moringa) ▪ Filière Chenilles ▪ Appui à la Transformation et la Commercialisation (Unité de transformation de Maïs) ▪ EHA / Adduction d'eau ▪ Redynamisation de l'élevage 	Depuis 2002 (16 ans)	Kwango
MDA <i>(UNICEF)</i>	Nutrition/Santé	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PCIMA 	2017-2018	Boko

En gris : les projets pour lesquels des informations sur les leçons apprises ont pu être récupérées sur la base d'entretiens ou de documents de projet/d'évaluation mis à disposition NA : non disponible

Tableau 2 – Principaux projets et interventions dans le domaine de la nutrition dans la province du Kwango

PARTIE IV. CADRE D'INTERVENTION

Les annexes suivantes présentent les outils permettant de comprendre comment les activités peuvent fonctionner les unes avec les autres et comment elles peuvent avoir un impact sur la malnutrition. Certaines sont sectorielles mais ce qu'il importe de prendre en compte ce sont les actions préalables nécessaires à la réalisation des activités. Ces actions préalables sont multisectorielles et impliquent fortement la mobilisation des communautés et des différents acteurs. Un même problème a besoin d'être abordé par une association d'activités de secteurs différents afin de le prendre en compte sous tous ses aspects.

Par exemple, l'accès pérenne à une alimentation diversifiée de bonne qualité et en quantité suffisante implique des actions relevant de plusieurs domaines :

- l'augmentation, diversification et meilleure gestion des revenus
- des marchés accessibles et approvisionnés en produits de qualité à des prix abordables
- une diversification et augmentation de la quantité et de la qualité de la production agricole, pastorale et piscicole
- l'exploitation durable des ressources naturelles (eau, terre, produits forestiers ligneux et non ligneux, pâturages, faune sauvage...)

Les activités ayant pour but l'augmentation, la diversification et la meilleure gestion des revenus doivent intégrer, au préalable ou/et en même temps, les points suivants et développer des activités visant à :

- au développement de groupements d'épargne et de crédit à même de financer le développement d'activités productrices
- une plus grande implication des femmes dans la gestion des ressources du ménage
- un changement dans les normes de genre en matière d'activités économiques
- une diminution de l'alcoolisme chez les hommes
- une meilleure capacité des ménages à planifier les dépenses et investir dans des activités productrices
- au développement de nouvelles activités professionnelles intégrées dans des chaînes de valeur porteuses et sensibles à la nutrition
- à l'organisation des transformateurs.trices en coopératives

Annexe 13 : Schéma causal des solutions permettant d'arriver à des situations de résilience à la malnutrition

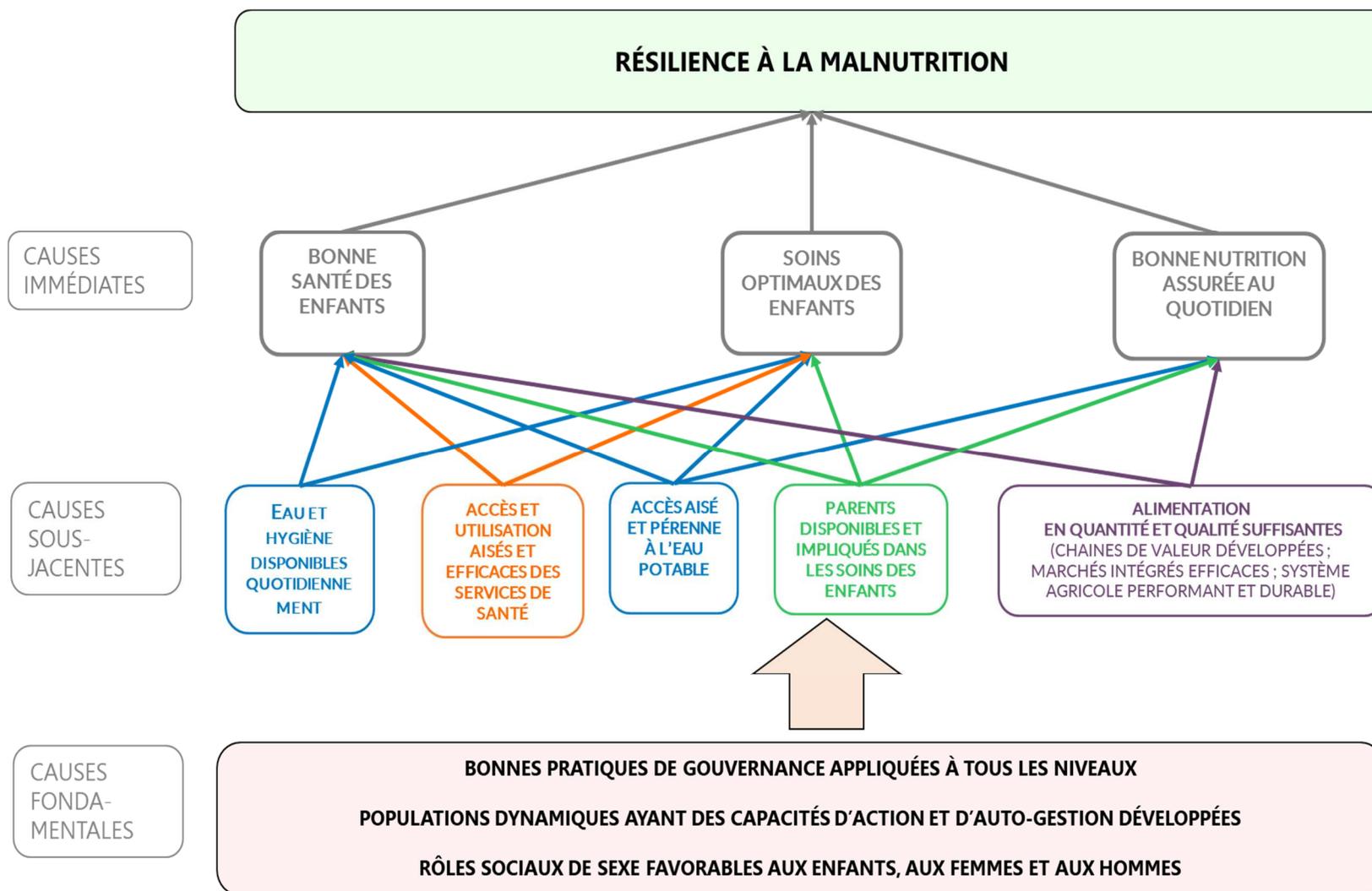
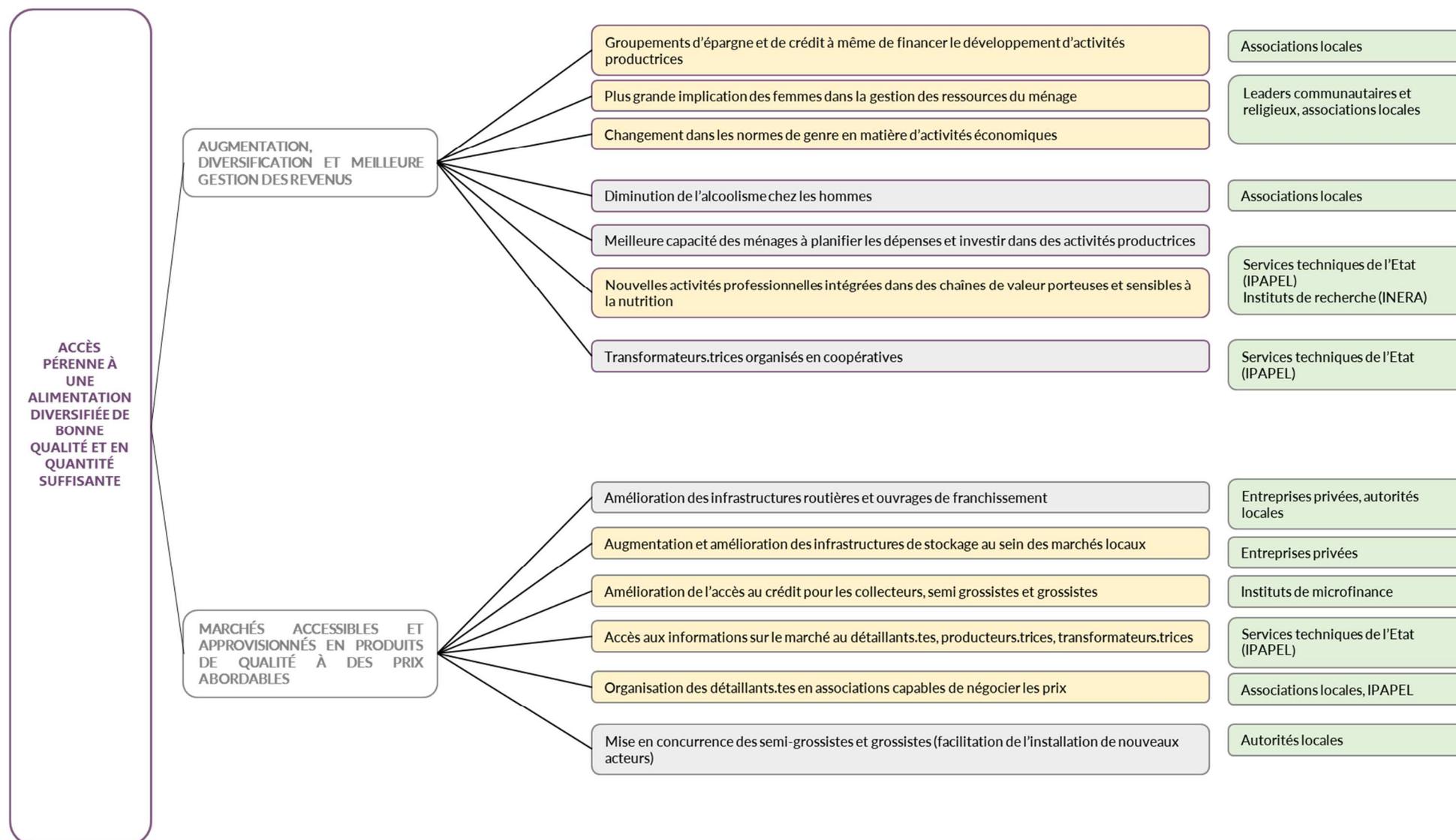
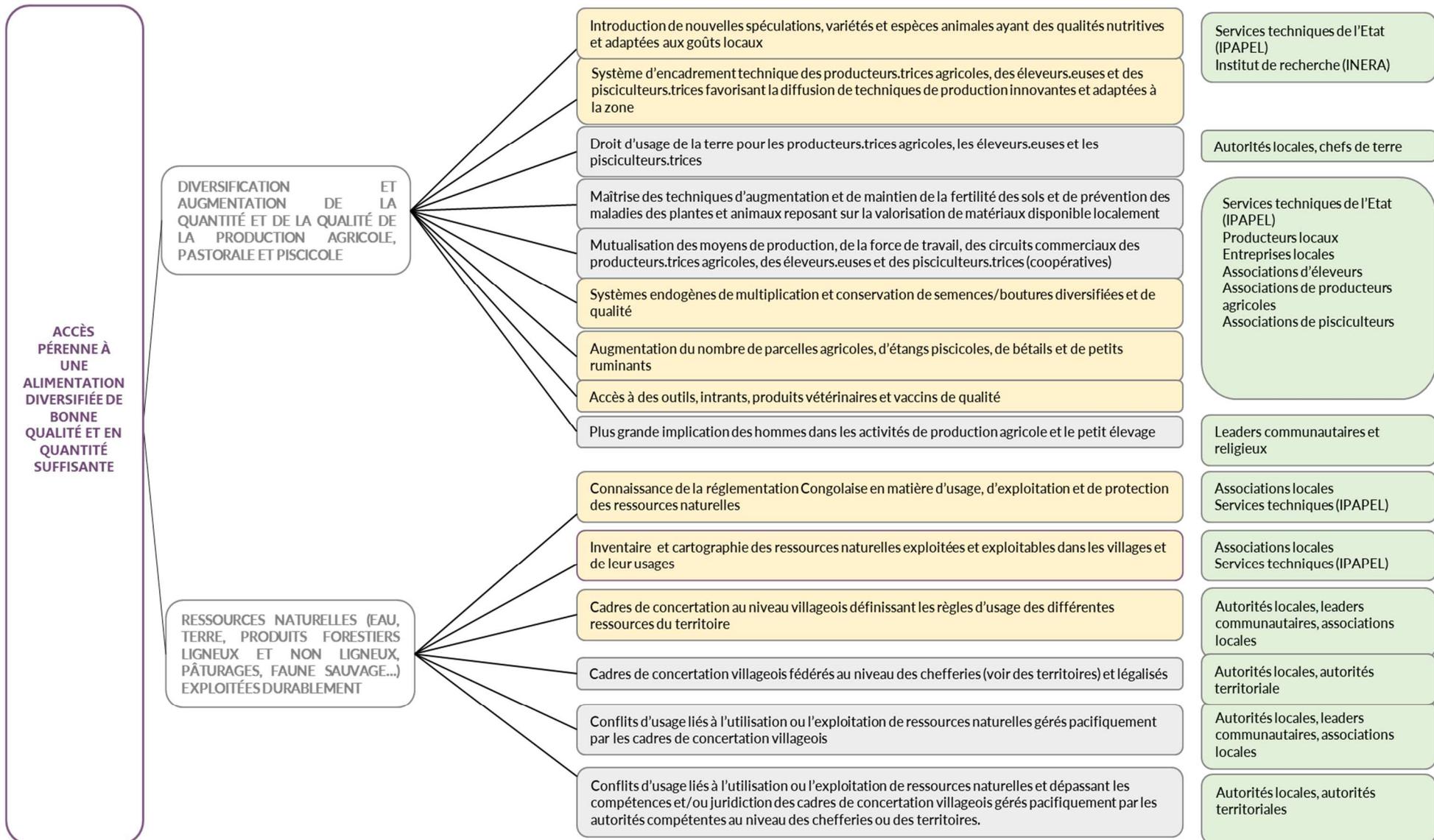


Schéma causal des principales domaines d'action menant à la résilience à la malnutrition

Annexe 14 : Arbres exposant les actions possibles en prenant en compte leurs prérequis

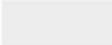




Arbre à solutions améliorant les moyens d'existence et les revenus des ménages au Kwango

Légende

 Solutions réalisables à moyen terme (à l'échelle d'un projet de 2 – 3 années)

 Solutions complètement réalisables à long terme (au-delà d'un projet)

 Principaux partenaires impliqués dans la mise en œuvre

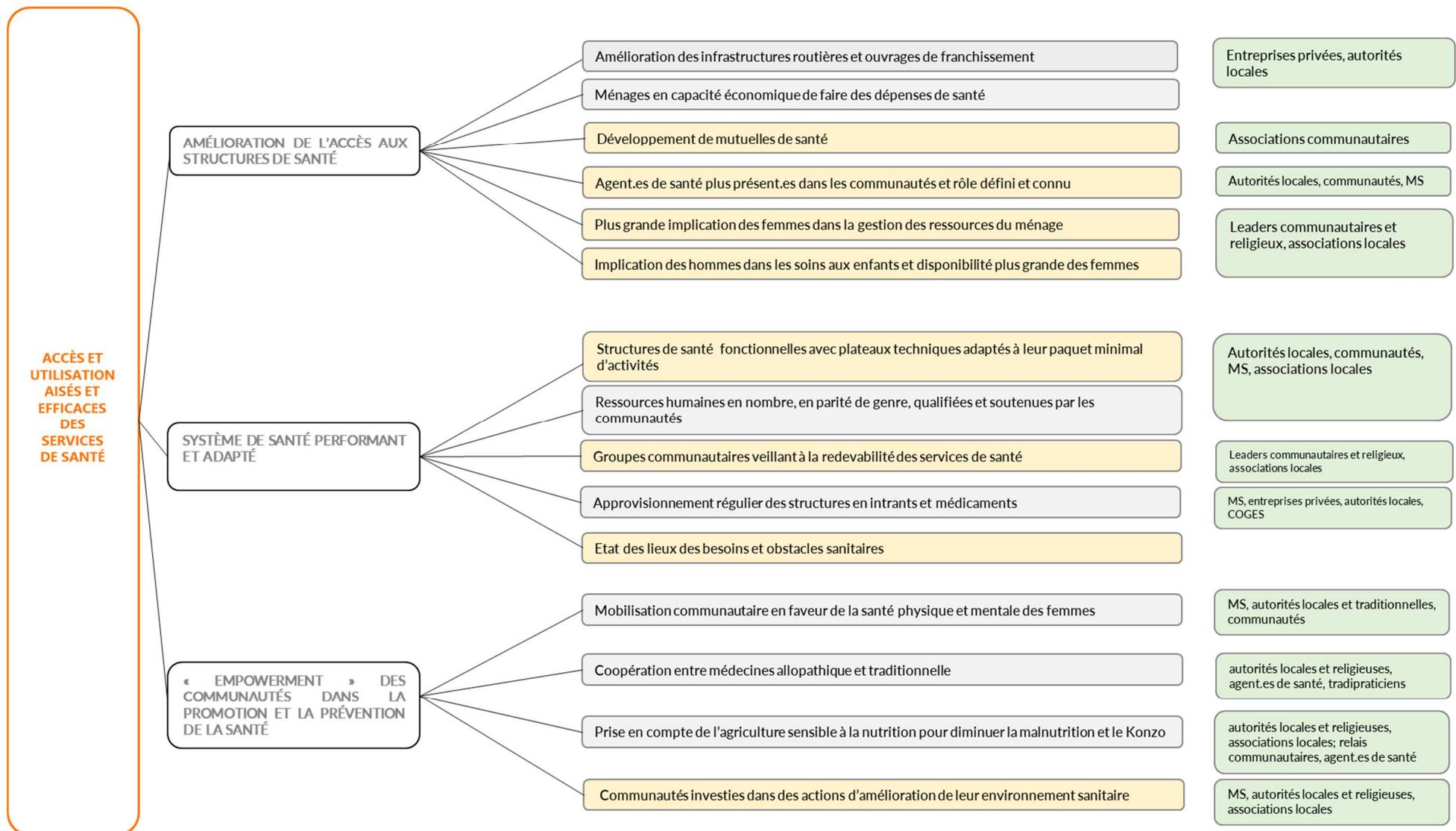
EHA

SYSTÈME AGRICOLE

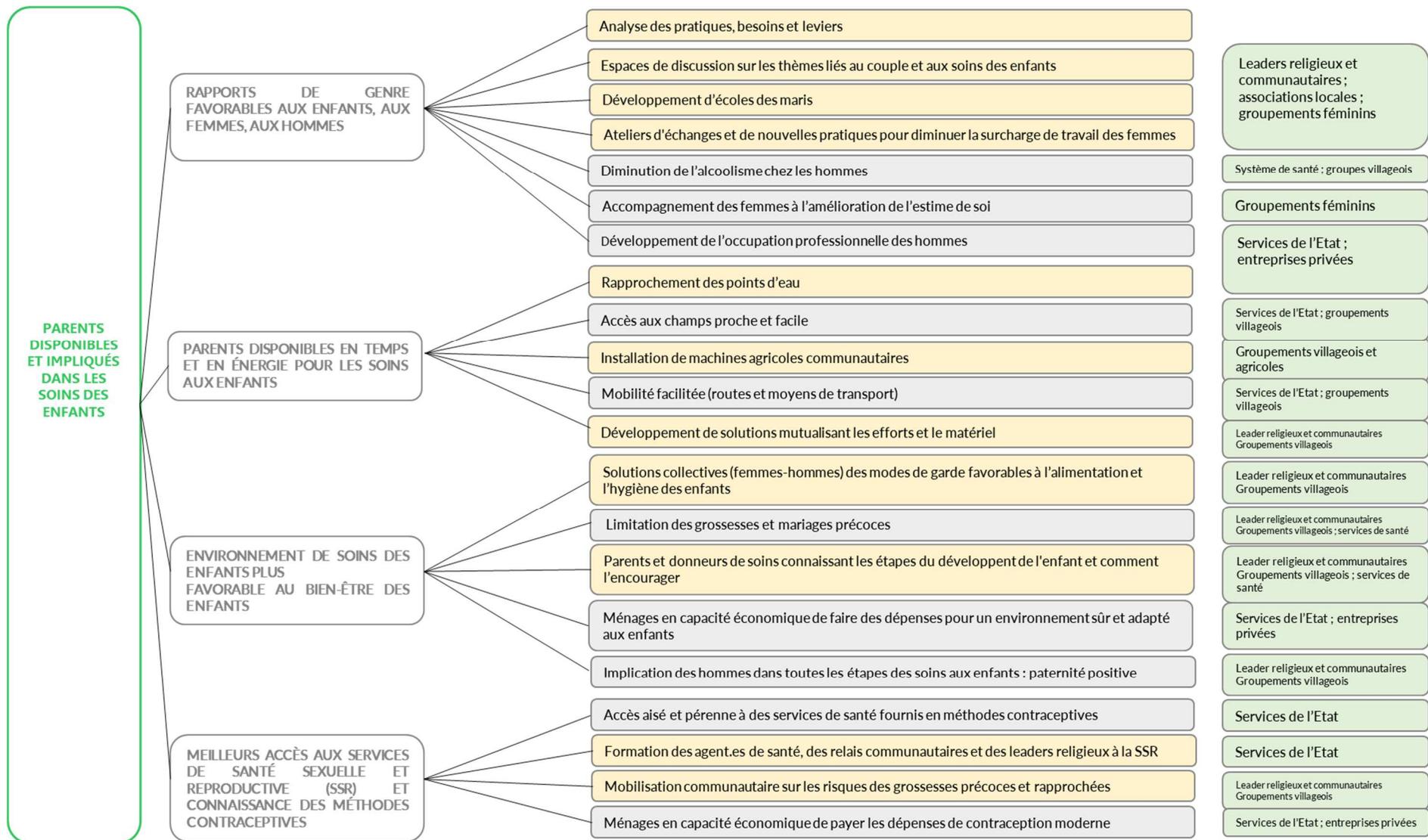
GENRE

MALADIES INFANTILES

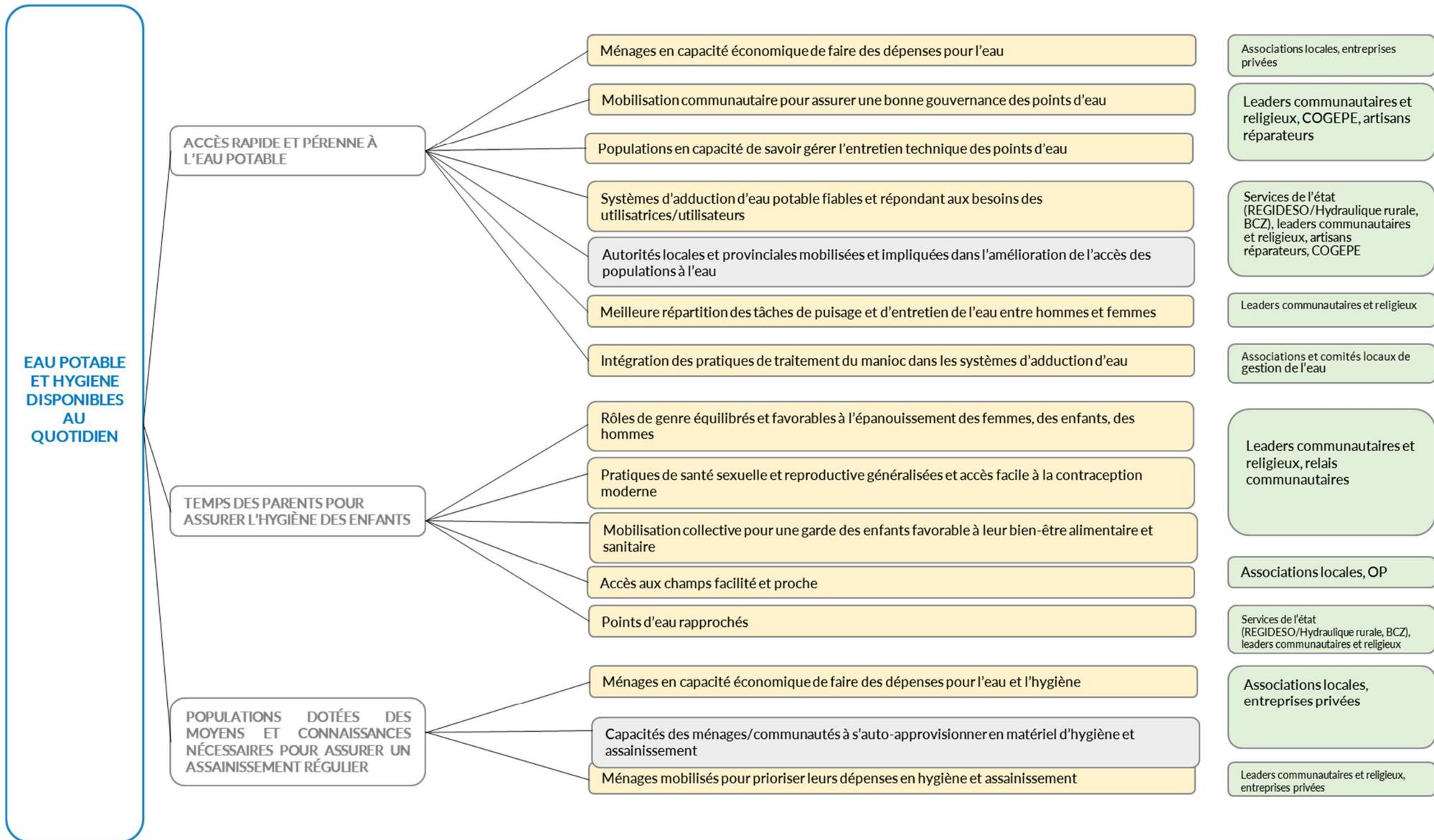
REVENUS ET MOYENS

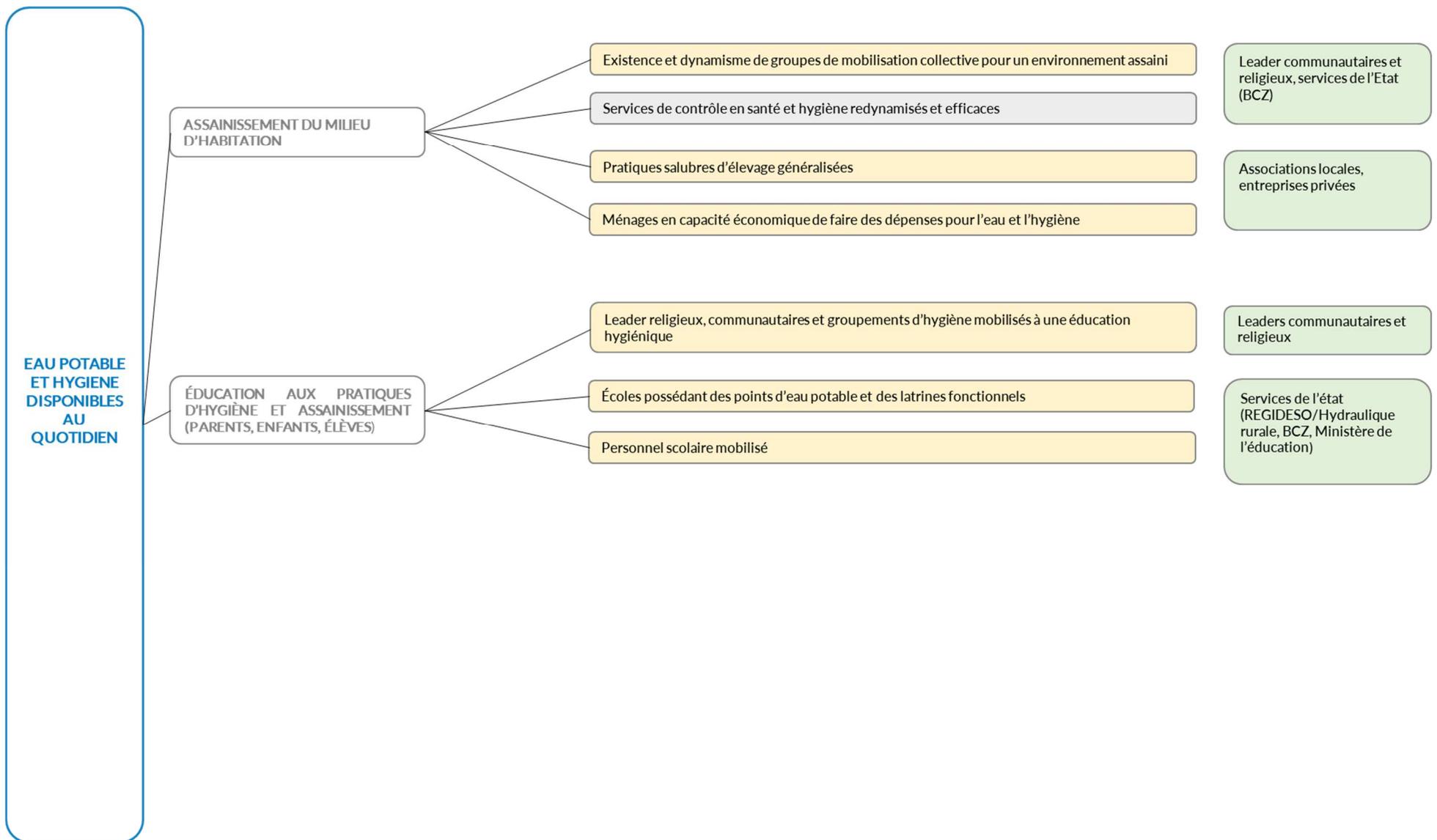


Arbre à solutions améliorant l'accès et l'utilisation des services de santé par les ménages au Kwango



Arbre à solutions améliorant les pratiques de soin aux enfants des ménages au Kwango





Arbre à solutions améliorant l'accès à l'eau potable et hygiène