

NUMERO VERT HOTLINE
476677
APPEL GRATUIT
COMITE DE REDUCTIBILITE
STAFFS ACE

ÉTUDE D'ACCEPTABILITÉ DE LA DOSE RÉDUITE D'ATPE

Kasaï-Oriental
République démocratique du Congo

Carine Magen - Référente étude qualitative
Action contre la Faim 2022

© Alexis Huguet pour Action contre la Faim





LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACF	Action contre la Faim
ANJE	Alimentation et nutrition du jeune enfant
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
CDS	Centre de santé
FGD	Focus groupe discussion
MAM	Malnutrition aigüe modérée
MAS	Malnutrition aigüe sévère
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCIMA	Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aigüe
RECO	Relais communautaire
ZS	Zone de santé

REMERCIEMENTS

Remerciements à toutes les personnes d'Action contre la Faim - RDC et de l'Université de santé publique de Kinshasa qui ont participé à l'étude.

Merci aux étudiants en anthropologie d'Aix-Marseille Université pour leur contribution à la revue documentaire.

Nous remercions également les habitants du Kasai-Oriental, professionnels et communautés qui ont accepté de nous recevoir et de répondre à nos questions.



TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations	2
Remerciements	2
Résumé	4
Introduction	6
Méthodologie	8
Contexte	10
Perception de la malnutrition	14
Les causes de la malnutrition	18
Le traitement	25
La réduction de la dose	30
Recommandations formulées par les interviewé·e·s	33
Conclusion	35
Bibliographie	36
Annexes	39

RÉSUMÉ

Ce document présente les résultats de l'étude qualitative d'acceptabilité de la dose réduite d'ATPE intégrée à l'étude clinique Eframias (2021-2023) sur la réduction de la dose d'ATPE pour la prise en charge des enfants malnutris aigus sévères dans le Kasai Oriental, RDC.

Basée sur les outils méthodologiques de la socio-anthropologie, cette étude vise à documenter les perceptions de la malnutrition, l'adhésion au traitement et les usages de l'ATPE qui pourraient impacter une adoption à l'échelle de la réduction de la dose. Une revue documentaire et des données recueillies dans **8 zones de santé représentatives** (64 enregistrements traduits et retranscrits dont 54 entretiens individuels, 10 focus-groupes discussion, 6 observations) constituent les éléments encodés et analysés ici.

Le contexte du Kasai est **caractérisé par une paupérisation** - encore aggravée après la pandémie de COVID 19 - de la population, principalement des creuseurs artisanaux de l'exploitation des diamants, et de leurs familles. Cette pauvreté additionnée à une insécurité alimentaire massive et à la rareté de l'eau potable accessible, a conduit à une hausse de la prévalence de la malnutrition aiguë dans la zone et à l'intervention d'Action contre la Faim en appui à la PCIMA dans les centres de santé.

Autre déterminant de la malnutrition, **les femmes du Kasai souffrent d'un statut défavorisé** limitant leur accès à l'instruction, aux ressources financières et au pouvoir décisionnel au sein du foyer, notamment sur la planification familiale. Elles témoignent également des souffrances conséquentes de violences basées sur le genre, de violences physiques et sexuelles dans et hors mariage peu considérées par les hommes ou les autorités. Cette situation engendre des grossesses nombreuses et peu espacées - donc des interruptions d'allaitement - trop souvent précoces et parfois non désirées constituant une voie de plus vers la malnutrition de leurs enfants. Les mères affirment que la charge de leur quotidien et le peu de moyens à disposition rendent l'alimentation de leurs enfants difficile et inappropriée.

Face à l'augmentation du nombre de cas et à l'intensification de la réponse dans les CDS, **les représentations de la maladie ont été modifiées**. Jusque-là, plutôt focalisée sur les cas de Kwashiorkor, la malnutrition est perçue comme ancienne et a été investie d'un corpus et de propositions thérapeutiques : action contre les mauvais sorts, cérémonies thérapeutiques des Églises du réveil ou prise en charge par les tradi-thérapeutes herboristes. Ces derniers faisaient entre autre, la promotion d'une recette nutritive locale de bouillie : « *musaba* » terme qui

désigne également le *Plumpy Nut* et pour lesquels on associe les mêmes ingrédients devenus trop chers pour la faire soi-même. La recette est connue de tous et également utilisée dans les démonstrations culinaires des équipes de mobilisation communautaire d'Action contre la Faim mais largement supplantée, ainsi que les remèdes traditionnels, par les sachets d'ATPE délivrés par les infirmiers.

Perçu comme « *le traitement le plus efficace* », le *Plumpy* contribue fortement à l'adhésion au traitement de la malnutrition, à la reconnaissance des cas de marasme et à faire diminuer la stigmatisation des familles d'enfants MAS. **La confiance et la popularité du produit** lui ont conféré un statut au-delà de ses indications thérapeutiques. Le partage intra familial et le commerce illicite en ont fait à la fois une source de revenus potentielle – notamment pour acheter de l'eau potable à l'enfant traité – et un complément alimentaire pour la famille, ou encore un médicament pour d'autres maux. Malgré les remontrances des soignants et leurs tentatives de régulation ou les dispositions légales adoptées, les usages illicites ou inadéquats d'ATPE sont courants et observables dans les maisons.

Dans ce contexte, les professionnels de santé voient dans la réduction de la dose d'ATPE un bénéfice pour améliorer la couverture de la prise en charge et réduire – ou maintenir - le coût des traitements pour plus d'enfants traités ou pour plus longtemps. Ils rejoignent néanmoins les mères d'enfants MAS dans leurs craintes de conséquences négatives sur la guérison des enfants. Au vu des pratiques de partage, les enfants pourraient subir « *une réduction de dose déjà réduite* » et ne plus être soignés durablement. Les familles accepteraient une diminution de la prescription de la part de soignants en qui ils ont confiance mais y voient simultanément un facteur supplémentaire de la dégradation plus globale de leurs conditions de vie. Les personnes interrogées ont donc exprimé des propositions pour **accompagner la réduction de la dose d'ATPE** tout en sécurisant le traitement de l'enfant malade. Il s'agit principalement de renforcer la sécurité alimentaire et nutritionnelle de la famille de l'enfant MAS à travers des programmes de cash, d'accès aux ingrédients nutritifs locaux, de soutien à l'élevage de petit bétail ou d'activités artisanales. Un soutien à l'accès à l'eau potable est également nécessaire. Ces recommandations concernent prioritairement les femmes. Elles sollicitent Action contre la Faim et les ONG pour un appui fort à des groupes d'entraide féminins qui leur donneraient l'opportunité de s'organiser et mieux résister à ce qu'elles endurent.

Les résultats, du fait même de l'approche méthodologique adoptée, sont contextualisés et limités par le temps dédié à l'enquête. Ils permettent néanmoins **d'éclairer les points de vigilance et les aspects socio-culturels à investiguer** pour concevoir une mise à l'échelle de la réduction de la dose d'ATPE acceptable et adaptée pour les populations concernées, notamment dans les zones d'insécurité alimentaire importante. Il serait profitable que cette première étude donne suite à une **recherche-action plus approfondie** sur les facteurs de succès d'une modification du protocole de prise en charge de la MAS, et une co-construction des réponses programmatiques avec les personnes affectées. Elle devrait également participer à une **valorisation des approches de méthodes mixtes** et de l'apport des études qualitatives dans un essai clinique et une intervention de terrain.



INTRODUCTION

Plus de 47 millions d'enfants ont souffert de la malnutrition aiguë à travers le monde avant la pandémie de la COVID 19. Les perturbations des systèmes économiques, baisse d'accès aux services de santé et nutrition ont permis d'avoir une augmentation de 20% (soit environ 10,4 millions de nouveaux enfants) du nombre d'enfants qui souffriraient de la malnutrition aiguë en 2021 principalement dans les pays à faible revenu et revenu intermédiaire (Asie et Afrique Sub-Saharienne dont la RDC).

C'est dans ce contexte que UNICEF, UNSCN, PAM et OMS insistent sur **la mise en place immédiate de 5 actions urgentes parmi lesquelles la détection précoce et de traitement de l'émaciation** (malnutrition aiguë) chez l'enfant. Le traitement de la MAS sans complications se fait à base communautaire à l'aide d'un traitement médical systématique et nutritionnel (distribution d'Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi, ATPE) selon la stratégie de la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA). L'évaluation révèle que la PCMA demeure efficace dans la prise en charge de la MAS malgré un faible gain pondéral, éventuellement à cause de la vente ou du partage d'ATPE au sein de la famille, par rapport à une prise en charge à l'hôpital.

Le traitement de la Malnutrition Aiguë Sévère (MAS), sans complication médicale, avec ATPE est mis en œuvre depuis plus de 15 ans dans différents pays et contextes avec plus ou moins de succès. Les avantages de décentraliser le traitement au plus près des familles sont nets puisque pour les enfants les moins malades une consultation médicale et nutritionnelle par semaine suffit avec un traitement prescrit à prendre à domicile. **Le taux de guérison dépasse souvent les 75% pour ce type de prise en charge ambulatoire en SPHERE standards.** Néanmoins peu de travaux documentent l'acceptabilité et les usages du produit nutritionnel par les familles.

Des protocoles, avec réduction de la dose d'ATPE, ont été proposés par des acteurs de terrain. Les études scientifiques (COMPAS, OPTIMA – qui ne contiennent pas de données qualitatives sur les aspects communautaires de l'essai - et MANGO) ont **mis en évidence et testé l'efficacité d'une dose réduite d'ATPE sous certaines conditions** et sur des populations différentes. L'étude MANGO a confirmé l'efficacité d'une dose réduite chez les MAS sans complications en conditions artificiellement idéales et contrôlées. C'est ainsi que cette étude EFRAMAS est proposée afin d'évaluer **l'efficacité d'une dose réduite d'ATPE en conditions réelles et en situation d'insécurité alimentaire** : 2 millions de personnes en phase 3 ou plus de l' IPC dans le Kasaï Oriental en décembre 2021 en République démocratique du Congo.

Une étude socio-anthropologique conduite au Burkina Faso en début de l'essai clinique MANGO a indiqué que l'ATPE est à la fois qualifié de médicament et d'aliment. Cette étude a montré aussi que l'ATPE est consommé par les mères des enfants MAS qui pensent que cela profiterait à l'enfant à travers l'allaitement. Les pratiques de partages se justifiaient essentiellement d'un point de vue moral (certains proches soignants ne peuvent pas donner l'ATPE à l'enfant MAS pendant que les autres enfants regardent sans pouvoir en avoir) et culturel (il est commun de partager un produit nouveau avec les autres membres du ménage). Quant à la réduction de la dose administrée d'ATPE, les avis étaient partagés tant au niveau des bénéficiaires qu'au niveau des agents de santé. Certains bénéficiaires (proches soignants) ont estimé que tant que l'enfant est malade, l'ATPE suffit mais que ce n'est plus le cas lorsque sa condition/statut nutritionnel s'améliore. (YAMEOGO WME, 2017).

Cette étude qui s'effectue dans un contexte différent que celui du Burkina Faso vise à **documenter les perceptions des familles autour des aspects de traitement de la MAS d'un des enfants de la famille** (bénéfices, contraintes, effets secondaires, durabilité), et **les pratiques liées au produit** (partage intrafamilial de la ration, revente, mixage avec autres aliments, répartition journalière, sous ou sur consommation sur 7 jours calendaires, reliquat hebdomadaire ou pas, etc.), et en particulier si on réduit la dose d'ATPE au cours du traitement dans le contexte de la ville de MbujiMai, Kasai-Oriental, RDC. .

Imbriquée dans l'étude clinique EFRAMAS

Eframas vise à documenter **l'efficacité d'une dose réduite d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) chez les enfants de moins de 5 ans souffrant de la malnutrition aiguë sévère (MAS)** sans complications comparée à une dose standard : un essai contrôlé, randomisé de non-infériorité en conditions réelles, de l'admission jusqu'à la guérison des enfants dans un contexte d'insécurité alimentaire¹. C'est dans le cadre de cette recherche interventionnelle qu'une **sous-étude qualitative** a été menée comprenant deux mois de recueil de données via 54 entretiens semi-directifs, 10 focus-groupes (menés principalement en tshiluba, enregistrés, traduits, retranscrits et encodés pour l'analyse sur le logiciel *N-Vivo*), des sessions d'observation in situ et une synthèse de revue documentaire.

Le degré d'acceptation de la dose réduite par les communautés locales et les professionnels de santé de la zone sera un indicateur prédictif – et probablement décisif – pour une mise à l'échelle mais également pour le potentiel d'amélioration de la couverture des programmes (augmentation du pourcentage d'enfants pris en charge avec le même nombre de produits disponibles), la garantie d'efficacité du traitement (taux de guérison et de non-rechutes) et sa transférabilité à d'autres contextes.

Étudier l'acceptabilité de la dose réduite d'ATPE dans cette zone a soulevé un grand nombre de sujets. L'objectif sous-jacent d'influencer des protocoles de prise en charge à grande échelle rend nécessaire la qualification des éléments très contextuels (politiques, économiques ou socio-culturels) susceptibles d'influencer significativement l'acceptation d'un tel protocole par les communautés concernées. Il s'agit notamment de comprendre les perceptions des familles autour des aspects de traitement de la MAS d'un des enfants de la famille (bénéfices, contraintes, effets secondaires, durabilité), et les pratiques liées au produit (partage intrafamilial de la ration, revente, mixage avec d'autres aliments, répartition journalière, sous ou sur consommation sur 7 jours calendaires, reliquat hebdomadaire ou pas, etc.), et en particulier si on réduit la dose d'ATPE au cours du traitement dans le contexte spécifique du Kasai.

¹ Les objectifs supplémentaires sont d'évaluer l'effet de la dose réduite d'ATPE sur la fonte des œdèmes (nombre de jours entre l'admission et la réduction du volume des membres inférieurs), les indicateurs de performances (taux de guérison, taux d'abandon, taux de décès, taux de référence en interne) et la durée du traitement (nombre de jours de l'admission à la guérison). En outre, les résultats obtenus permettront d'évaluer l'évolution du développement psychomoteur des enfants au cours de la prise en charge de la MAS



MÉTHODOLOGIE

Cette sous étude suit la méthodologie des investigations qualitatives en lien à un programme d'intervention nutritionnelle², soit les outils de la recherche action en socio-anthropologie³.

La sous-étude présentée ici a été conduite en octobre-novembre 2021 (6 semaines d'enquête terrain) dans 8 zones de santé (en orange dans le tableau) sur les 14 impliquées dans l'étude clinique et choisies selon des critères spécifiques pour une meilleure représentativité des profils de la zone.

ZS DE BONZOLA	ZS DE NZABA
1. Mudiba : en plein centre-ville	8. Du marché : le plus grand nombre de MAS
2. Lubilanji	9. Tudikolela : est un centre niche et se trouve en milieu rural
3. Kashala Bonzola : dans le quartier de la MIBA	10. PMKO : un centre éloigné où il est possible que les enfants proviennent de loin (creuseurs)
4. Solola	11. Lutulu
5. Nyongolo	12. Aéroport : milieu urbain
6. Tubondo 2 : centre en milieu rural avec possibilité de recevoir des enfants hors zone (creuseurs)	13. Tarmac 2
7. Dubaï : centre où la population semble être très pauvre et où il y a beaucoup de cas MAS (creuseurs)	14. Tatu Muya

L'enquête a été menée par une équipe composée de 3 chercheurs (ACF / Université de Santé Publique de Kinshasa), 6 enquêteurs formés à la collecte de données qualitatives, 2 étudiants en sciences sociales (revue documentaire) et appuyée ponctuellement par des salariés (MEAL) du bureau ACF de MbujiMayi.

² COCHRANE Qualitative and Implementation Methods Group Guidance Series | Volume 97, p. 35-38, May 2018

³ Oliver de Sardan J.-P., 2008a. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant. DOI : [10.3917/lautr.056.0223](https://doi.org/10.3917/lautr.056.0223)

La collecte de données a été conduite selon les méthodes des études socio-anthropologiques :

- **Une revue documentaire** composée d'articles scientifiques, de littérature grise (rapports d'institutions ou ONG, de supports médias (presse, internet, campagnes d'affichage etc.) et de textes législatifs;
- **6 observations in situ**, non participante à découvert dans des foyers d'enfants MAS d'une journée entière chacune;
- **54 entretiens** semi-directifs avec des mères, proches soignants (grand-mères, pères) d'enfants atteints de MAS, des institutionnels, des professionnels de santé dont des relais communautaires, des tradipraticiens et des leaders communautaires;
- **10 focus groupe** discussions avec des mères et des pères d'enfants MAS, des tradipraticiens, des leaders communautaires, des adolescents et des institutionnels.

Toutes les discussions (FGD et entretiens individuels) ont été enregistrées, traduites et retranscrites, encodées à l'aide du logiciel Nvivo. L'analyse hypothético-déductive repose sur une triangulation des différentes sources d'information.

Éthique

Le comité d'Éthique National a approuvé le protocole avant le démarrage de l'étude.

Toutes les personnes participantes ont été informées des objectifs et méthodes de l'étude. Leur participation était **libre et volontaire** sans rémunération ni conséquences pour la prise en charge de leurs enfants. Les enregistrements ont été réalisés avec leur accord oral et tous les échanges ont été anonymisés. Le respect de la parole des personnes a été au cœur de cette analyse.

Limites de l'étude

Le temps dédié à l'enquête n'a pas permis d'explorer tous les éléments utiles à l'analyse, en particulier ceux relatifs aux réseaux d'entraide existants et aux initiatives locales communautaires de soutien aux mères et aux enfants. Les investigations conduites ont, par ailleurs, été focalisées sur les aspects propres au contexte, ce qui **limite les possibilités d'extrapolation des résultats à d'autres contextes**. Il s'agit plutôt d'éclairer les points de vigilance pour une mise à l'échelle de la dose réduite. L'étude a fait face à une forte contrainte linguistique nécessitant, par moments, des traductions à plusieurs niveaux entre tshiluba, lingala et français.



Les citations extraites des interviews sont présentées en vert dans le texte.



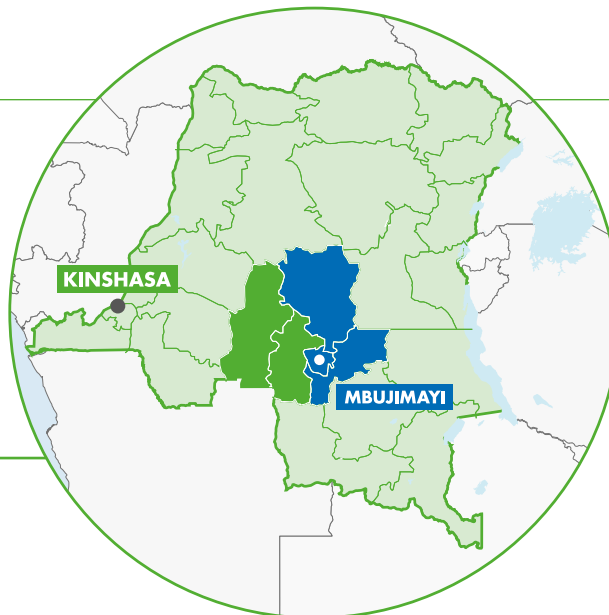
Les notes issues des observations *in situ* sont présentées en bleu.

CONTEXTE

Kasaï et MbujiMay

Avant le dernier
découpage administratif
en juin 2015

- Provinces du Kasaï-Occidental
- Provinces du Kasaï-Oriental



Le peuple congolais est composé de plusieurs centaines d'ethnies (certains en dénombrent 450)⁴. Néanmoins, de nombreuses langues et cultures de petites ethnies tendent à disparaître au profit de plus grandes ethnies (Bantou, Luba, Mongo, Kongo, etc.).

Les Luba constituent la plus grande ethnie de la République démocratique du Congo (20 à 25 %), avec environ 6 000 000 de personnes dans le **Kasaï-Occidental**, 7 millions dans le **Kasaï-Oriental** et 5 millions dans le Katanga. Ce sont des Balubas du Katanga (Baluba-Kat ou Baluba Centraux) dont sont issus tous les autres peuples Luba et tous ceux qui leurs sont reliés. Ils sont majoritairement situés dans le Katanga mais quelques-unes de leurs tribus sont établies dans le **Kasaï-Oriental** dans le secteur de Baluba Shankadi et Baluba Lubangule⁵. Dans la ville de **MbujiMayi** et ses environs, **le Tshiluba est la langue commune utilisée**. Le Kasaï-Oriental est historiquement un territoire d'enjeux politiques du pouvoir central congolais accompagné de conflits et de déplacements forcés de populations corollaires.

⁴ LAVDC.net : <https://www.lavdc.net/portail/liste-des-ethnies-et-tribus-par-territoire-de-la-rdc/>

⁵ Jean Hiernaux, « Luba du Katanga et Luba du Kasaï (Congo) : comparaison de deux populations de même origine », dans *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, XI^e Série, Tome 6, fascicule 4, 1964, p. 611-622.

Depuis les violents affrontements entre kasaiens et katangais de 1991 et 1994 sous l'instigation de la stratégie politique de Mobutu, jusqu'à très récemment, cette région s'avère particulièrement tourmentée⁶ :

Selon le Rapport de l'Évaluation Multisectorielle des Nations Unies de septembre 2020, les conflits intercommunautaires dans ce territoire du Kasai-Oriental sont légion. En août 2020, un conflit ouvert a éclaté entre les Bena Nshimba, les Bena Kapuya et les Bena Muembia dans la Zone de Santé (ZS) de Bibanga, territoire de Katanda en Province du Kasai-Oriental. Cela a causé le déplacement de près de 18 000 personnes vers les ZS de Mulumba, Kabinda, Kalambayi Kabanga et Tshilenge. L'origine du conflit était la violation de la zone dite « tampon » où il était interdit de cultiver depuis la réconciliation des 3 communautés en 2009. Le conflit a occasionné une destruction massive des infrastructures (maison, champs, greniers, écoles, outils de productions etc.) orchestrée par les chefs coutumiers dans un but de destruction du matériel et de l'immatériel (des esprits).

Outre ces épisodes de violences répétées – et qui n'est pas sans lien – la caractéristique dominante de la région et de la ville de **MbujiMayi** est sans aucun doute liée à **l'exploitation du diamant**. La plus grande région diamantifère du pays est située autour de MbujiMayi, immense ville pionnière qui a vu sa population passer de 30 000 en 1960 à plus de 2,7 millions d'habitants aujourd'hui et devenir ainsi la deuxième ville du pays en nombre d'habitants. **Cette croissance exponentielle** s'explique par la libéralisation de l'extraction des diamants décidée par le président Mobutu qui, en 1982, a mis fin au monopole de la *Société minière de Bakwanga (MIBA)*. Fondée sous la colonisation belge, cette entreprise détenue à 80% par l'État congolais a été ponctionnée pour financer les efforts de guerre de la rébellion de l'AFDL (*Alliance des Forces Démocratiques pour la Libération du Congo*) dirigée par Laurent-Désiré Kabila, qui renversa le régime de Mobutu et prit le pouvoir en 1997.

La province du Kasai-Oriental, qui est aussi la région d'origine de l'opposant **Étienne Tshisekedi** (dont le fils Félix Tshisekedi est devenu président en 2019), est considérée comme le **bastion de l'opposition** et fut victime de la haine des dirigeants. C'est donc à partir de la fin des années 1990 qu'a débuté le déclin de la *MIBA* et que « *tout est devenu noir pour le Kasai-Oriental* »⁷. La perspective d'un gain relativement facile entraîna un afflux de la population agricole vers la production artisanale de diamant et son lot de désastres. Qu'ils soient exploités par un des propriétaires de la mine ou qu'ils agissent individuellement, les « *creuseurs* » doivent aller chercher la roche diamantifère à des dizaines de mètres sous terre à travers des galeries à peine étayées, remplir des paniers de roches et les remonter sur leur dos à la surface. C'est un travail non seulement épuisant mais aussi dangereux et les accidents sont fréquents.

Précarité et économie de subsistance

La ville champignon concentre tous les déterminants de la pauvreté et une réputation qui va bien au-delà des frontières du pays si l'on en croit la définition très péjorative de la ville sur *Wikipédia* qui décrit une population individualiste et obsédée par le lucre et l'argent facile! Pourtant les données révèlent les difficultés croissantes auxquelles cette population a fait face ces dernières années.

À partir de la fin des années 1990, en parallèle du déclin de la *MIBA*, l'exploitation artisanale des mines a explosé. Mais cette libéralisation du secteur n'a pas été accompagnée de mesures adaptées et a entraîné la déstructuration du secteur minier officiel au profit de l'informel. Ceci a eu pour conséquences un **délaissement du secteur**

⁶ Mwembu, D. D. d. « La réharmonisation des rapports entre les Katangais et les Kasaiens dans la province du Katanga (1991-2005) », *Anthropologie et Sociétés*, volume 30, n°1, 2006, p. 117-136.

⁷ *Courrier international*, « Dans la capitale du diamant, plus rien ne brille », 2020.

Lien : <https://www.courrierinternational.com/article/reportage-dans-la-capitale-du-diamant-congolaise-plus-rien-ne-brille>

⁸ Sara Geenen et Stefaan Marysse, « La fin des diamants du sang... : un futur brillant pour les diamants du Congo? », 2008.

agricole et un afflux de population qui a fait que cette ville, qui a été construite pour environ 25 000 personnes, abrite aujourd'hui près de 3 millions de personnes. Ainsi, en mars 2007, la production artisanale est presque 17 fois plus importante que la semi-industrielle⁹. L'extraction minière artisanale, informelle et non réglementée, effectuée par plus d'un million de mineurs artisanaux, représente la vaste majorité de la production minérale de la RDC, jusqu'à 90% (en 2008-2009) selon certaines estimations⁹.

De cette vague de creuseurs naît un ensemble de problématiques. En effet, certains viennent de particulièrement loin et décident de dormir sur place pour se sédentariser à l'année. D'autres dorment dans les mines pour veiller sur le matériel souvent volé, amenant à des journées sans horaires fixes et très étendues. Les travailleurs sont exposés à un risque omniprésent de blessure voire de mort (éboulements, noyades en extraction sous-marine, mauvaise circulation de l'air, conditions hygiéniques précaires). De plus, leurs revenus sont très instables (parfois inexistant pendant un mois), car ils doivent passer par des négociateurs de commerces qui évaluent leurs carats avant de les transformer en salaire.



« - Interdiction pourquoi ?

- Ils peuvent pas accepter que tout le monde entre. Ils entraînent par fraude quoi, (avec la complicité des policiers. Mais maintenant, depuis qu'on a interdit, si on vous attrape, on vous arrête.

- Depuis combien de temps ?

- Depuis que Tshisekedi a pris le pouvoir. Dans le temps de Kabila, y avait beaucoup de creuseurs qui entraînent là-bas. Depuis que Tshisekedi est au pouvoir c'est difficile, si on vous attrape, on vous arrête. Ça fait deux ans. Les creuseurs sont devenus beaucoup plus pauvres. »



Par ailleurs, selon une vidéo diffusée par *France Culture* en 2009¹⁰, les milliers de creuseurs artisanaux qui exploitent le diamant pour leur propre compte n'ont pas le droit d'entrer dans le *Polygone* (la mine principale à ciel ouvert). Les sous-sols les plus rentables sont réservés à la *MIBA*, qui possède une force sécuritaire et n'hésite pas à nourrir un climat d'ultra violence, à travers de fréquents tirs de sommation, des enfermements voire un affamement des creuseurs dans des cellules de transits transformées en cachots inhumains.

À ces conditions se rajoute aussi la présence de forces armées incontrôlables, nommées « *les suicidaires* », des agents déserteurs ou en fonction, mais non affectés au *Polygone*, qui usent de leur titre d'agents officiels pour justifier l'utilisation abusive de leurs armes de guerres. Ils extorquent les creuseurs, profitent de la corruption, et sont responsables de nombreux homicides. Les agents de sécurité de la *MIBA* non armés sont eux-mêmes victimes des *suicidaires* et font office de « *boucliers humains* » pour défendre l'entrée dans les mines.

Selon le rapport du *Projet Mapping* sur les violations des droits de l'homme et droit international commises entre 1993 et 2003, **plusieurs cas de tueries** ont été signalés au cours de l'année 2001. Mais l'incident le mieux connu est celui qui s'est produit le 21 février 2003 : les gardes de la *MIBA* auraient surpris une trentaine de creuseurs illégaux et auraient ouvert le feu sur eux. Le 22 février, neuf corps ont été exhumés de la galerie parmi lesquels huit morts par asphyxie et un par balles. Le 27 février, le ministre des Droits humains a ordonné une enquête

⁹ Rapport du *Projet Mapping* sur les violations des droits de l'homme et droit international commises entre 1993 et 2003 en République démocratique du Congo, 2009.

Lien : <http://www.mapping-report.org/fr/actes-de-violence-lies-aux-ressources-naturelles-violations-des-droits-de-lhomme-liees-a-lexploitation/>

¹⁰ Lien : <https://www.dailymotion.com/video/x926rh>

et saisi le Procureur de la Cour d'ordre militaire. L'affaire a finalement été classée sans suite au motif que les victimes étaient décédées suite à un éboulement de terrain.

Ainsi, les régimes de terreur et de coercition mis en place dans ces zones ont entraîné un **large éventail d'atteintes aux droits de l'homme**, allant du travail forcé et l'exploitation des enfants et des mineurs aux abus de pouvoir aboutissant à des meurtres, des violences sexuelles, des tortures et des déplacements de populations civiles. Il a été estimé que plusieurs centaines de mineurs seraient morts entre 1993 et 2003, notamment suite à des éboulements. Les victimes comprenaient souvent des jeunes enfants. Selon des experts, des milliers de personnes seraient aussi exposées à des risques d'irradiation dans les mines d'uranium de la RDC (*Rapport du Projet Mapping* de 2009).

Malheureusement, à cause d'un **manque d'infrastructures et de moyens déployés**, la surveillance et l'application de mesures correctives sont inexistantes malgré la récurrence de graves violences. Les travailleurs sont livrés à eux-mêmes, sans moyens de communication. De plus, il n'existe aucun moyen de déclarer les accidents du travail, donc **aucune statistique fiable**. Les seuls retours proviennent de rescapés des mines et restent souvent discrets sur le sujet (Nations Unies, *Rapport parallèle de la République démocratique du Congo*, 2009).

Les lanceurs d'alerte sont sévèrement punis, comme le montre l'exemple de **Claude Mianzuila Disimba**, qui a été emprisonné deux mois et condamné à une lourde amende pour « *injures publiques contre le directeur financier de la société minière de Bakwanga* » en 2020¹¹.

En 2020, la crise sanitaire de la Covid-19 aurait causé une hausse des creuseurs clandestins dans le Polygone de la MIBA : « *À en croire les dirigeants de la MIBA, ce phénomène des creuseurs clandestins a pris de l'ampleur notamment au cours de ces trois derniers mois coïncidant avec la période de confinement suite à la proclamation de l'état d'urgence sanitaire dû à la pandémie de la Covid-19. Avec l'état d'urgence, la suspension de beaucoup d'activités commerciales notamment les débits de boisson et autres restaurants ont envoyé en chômage plusieurs jeunes et adultes qui se sont alors rués vers le Polygone minier de la MIBA.* »¹².

« *La pauvreté s'est aussi accentuée avec la Covid-19 car durant cette période-là on était en confinement, les restaurants étaient fermés, les buvettes fermées tout ceci a diminué le peu de capital qu'on avait et on est restés pauvres.* »

Conséquences environnementales

L'exploitation du diamant dans cette région a eu un **impact désastreux sur la qualité des sols et le drainage de l'eau**. Selon un article de février 2021¹³, plus de 600 têtes d'érosions menacent les quartiers résidentiels de Mbuji-Mayi. D'après le géologue **Albet Kabongo**, il y a eu des ouvertures et élargissements de failles d'érosions suites à des pluies torrentielles dues à un sol calcaire, sableux, argileux et érodé par l'accumulation des eaux en sous-sol.

¹¹ DW, « RDC : le lanceur d'alerte de la MIBA est libre », août 2020.

Lien : <https://www.dw.com/fr/rdc-le-lanceur-dalerte-de-la-miba-est-libre/a-54740486>

¹² Desk Éco, « Kasai-Oriental : la MIBA a enregistré une hausse des creuseurs clandestins dans son Polygone suite au chômage causé par l'état d'urgence », juillet 2020.

¹³ Agence congolaise de presse (ACP), « Kasai-Oriental : plus de 600 têtes d'érosion menacent les quartiers résidentiels de Mbuji-Mayi », février 2021.

Lien : <https://acpcongo.com/index.php/2021/02/23/kasai-oriental-plus-de-600-tetes-derosion-menacent-les-quartiers-residentiels-de-mbuji-mayi/>



PERCEPTION DE LA MALNUTRITION

Risques identifiés	Climat	Saison des pluies					Saison sèche et froide			Saison des pluies			
	Saison sèche	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Haute charge de travail des femmes aux champs	X									X	X	X	X
Paiement des frais de scolarité	X									X	X		
Migration des hommes							X	X					
Période de soudure									X	X	X		
Prévalence IRA							X	X					
Épidémie de rougeole et autre							X	X	X				
Maladie des animaux d'élevage								X	X	X			
Prévalence diarrhée										X	X		
Prévalence fièvre/paludisme										X	X		
Pic de malnutrition infantile										X	X	X	

La malnutrition y est perçue comme une maladie ancienne et généralement plutôt identifiée par les symptômes Kwashiorkor. On lui associe des épisodes saisonniers plus particulièrement dans le milieu des agriculteurs mais il est souligné qu'aujourd'hui, la malnutrition atteint principalement **les enfants des creuseurs artisanaux**. Cela conduit à ne plus vraiment considérer les aspects de saisonnalité ou de pics de MAS dans la population. Dans les familles concernées, l'historique de la MAS est clairement associé à l'évolution de l'extraction de diamant. La paupérisation des creuseurs, notamment suite à la fermeture de la MIBA, la raréfaction des diamants et enfin les conséquences des restrictions sanitaires Covid-19 sont les éléments les plus récurrents pour expliquer l'évolution de la prévalence : **la maladie est ancienne mais a augmenté dramatiquement et constamment ces deux dernières décennies**. Les conflits avec les déplacements de population et l'exode rural sont aussi des événements qui constituent le modèle explicatif de la malnutrition.

« Depuis que nous avons quittés Lubumbashi pendant le refoulement c'est là où nous avons constaté que réellement la malnutrition existe donc c'était dans l'année 1993. »

- Leader communautaire -

L'arrivée de la prise en charge gratuite et du soutien d'Action contre la Faim **à partir de juin 2021** ont manifestement permis de **diminuer la mortalité mais pas vraiment le nombre de cas** qui reste considéré comme très élevé.

À travers les sensibilisations organisées par les centres de santé, les relais communautaires et les équipes d'Action contre la Faim de mobilisation communautaire, les cas de marasme sont plus facilement reconnus comme des enfants malnutris et probablement plus souvent considérés comme « *soignables* ». Les témoignages – professionnels de santé, tradipraticiens, relais communautaires, mères d'enfants MAS – convergent pour décrire la situation antérieure à la prise en charge avec ATPE : **les enfants marasmiques étaient considérés comme malades d'autres pathologies** (VIH, paludisme, tuberculose) face auxquelles les parents se sentaient relativement impuissants. Les cas de Kwashi ont été beaucoup plus investis de solutions thérapeutiques, notamment par la médecine traditionnelle (guérisseurs spécialisés dans les plantes et l'alimentation), l'automédication familiale à base de plantes et par les cérémonies thérapeutiques de certaines *Églises du Réveil*.

« Ça on le fait, au lieu de venir avec un malade, à l'hôpital, ou bien au centre, ils passent d'abord à leur Église du Réveil : il y a peut-être que Dieu va aider, à la guérison. C'est pour les adultes et les enfants. Tout le monde, sans exception. S'il y a une campagne d'évangélisation, on peut dire qu'on va faire des miracles, par exemple « Si vous voulez venir assister, Dieu va agir. »... Dans ce sens-là. »

- Leader religieux -

Les cérémonies collectives thérapeutiques s'adressent à toutes sortes de pathologies dont les pathologies mentales et les « *maladies sociales* ». D'après un pasteur interviewé, les *Églises du Réveil* s'attachent aussi à garantir la bonne harmonie familiale et prodiguent des conseils pour la vie conjugale et intime, familiale comme pour des troubles plus « *sociétaux* ». Il explique que dans certaines églises, on peut faire examiner un enfant malade pour déterminer la « *nature* » de sa maladie.

« Si l'enfant est décrété « enfant sorcier », il est probable que le leader religieux conseillera de l'abandonner pour ne pas contaminer la famille et retrouver une bonne harmonie au sein du foyer. »

- Pasteur -

Les pasteurs sont influents, écoutés et constituent un canal de communication sollicité par les ONG ou les partenaires en charge de programmes d'assistance. Se revendiquer d'une Église fait partie de l'identité sociale affichée des individus. Appartenir à la même Église induit des partages d'information et de liens sociaux.

L'étiologie sorcellaire des signes de malnutrition a perdu de son influence alors que de plus en plus d'enfants étaient atteints et qu'il devenait improbable de les attribuer à un désordre social ou familial. Elle reste néanmoins présente dans les esprits et sera déterminante dans l'itinéraire thérapeutique choisi pour l'enfant - *Les mauvais sorts, il faut aller chez les tradipraticiens* - des enfants susceptibles d'en être les victimes, parfois « indirectes » :

« Si on a envoyé le mauvais sort à l'homme ou à la femme lorsque ça rate ça peut atteindre l'enfant.
C'est arrivé une fois à ma sœur pas à moi. »

- Mère MAS -

Dans ce cas le traitement traditionnel est déclaré « incompatible » avec le traitement fourni au CDS, le risque de cumuler les deux est grand, pouvant causer le décès du patient alors mêmes que les signes de l'affection sont très proches :

« Les signes des mauvais sorts, tu te réveilles et ton pied gonfle et devient rouge,
ça éclate et ça laisse une plaie et si tu amènes ça au CS on te pique et tu vas mourir. »

- Relais communautaire -

La médecine traditionnelle est autorisée dans cette zone, des droits d'exercice sont délivrés par les autorités pour les thérapeutes qui utilisent une pharmacopée à base de plantes et d'aliments. Ceux-ci ne sont pas du tout considérés de la même façon que ceux qui utilisent des procédés magico-religieux. Une rencontre organisée avec l'association des guérisseurs (une trentaine) a permis de constater que beaucoup d'entre eux étaient également des **relais communautaires impliqués dans la lutte contre la malnutrition** aux côtés des centres de santé.

Formés dès leur plus jeune âge par des guérisseurs plus âgés, ils revendiquent une expertise sur les **plantes médicinales et les vertus thérapeutiques des aliments. Leur légitimité et leur proximité avec les familles en font des** informateurs de première ligne sur l'état de santé des populations. Ils pratiquent à domicile ou dans des « cliniques » (cf. photo page précédente), partagent leurs savoirs et témoignent d'un vif intérêt pour les **échanges**



entre médecine traditionnelle et médecine allopathique. Un de leurs leaders, officiant dans un hôpital de médecine traditionnelle, ne cesse de suivre des formations et d'obtenir des certifications en lien avec la médecine moderne et d'entretenir des relations étroites avec les infirmiers des centres de santé.

Les discussions ont largement porté sur leur refus de s'opposer à la médecine moderne et de se positionner en complémentarité d'elle. Autrefois sollicités par les familles pour soigner les cas de Kwashiorkor, ils déclarent aujourd'hui ne plus prendre en charge ces malades et les orienter vers les centres de santé. Ils continuent de promouvoir la bouillie traditionnelle et de diffuser la recette dans les familles (comme le font les mobilisateurs communautaires lors des démonstrations culinaires) mais ne pratiquent plus trop les soins décrits ici, par ailleurs payants pour les familles :



« Certaines familles faisaient recours à la tradition surtout dans le cas de Kwash avant l'intervention de l'ACF, parce qu'ils disaient que on a jeté un mauvais sort qu'on appelle NTETA. Traditionnellement la malnutrition a été considéré comme NSADI WA MUNDA (une plaie interne anale) et le traitement se faisait à base des écorces de manguiers pilées et de feuilles de TSHILABUENYI (basilic) qu'on mélange avec de l'eau, conservées dans un petit bassin et on demandait à l'enfant de se mettre dans cette solution matin et soir. Ce n'était pas efficace. Mais présentement avec la prise en charge gratuite de la malnutrition, les gens préfèrent le traitement médical à base de Plumpy. Les autres utilisent le NGETU (poivre) qu'on peut mettre dans le thé, dans la bouillie que l'on donnera à l'enfant pour soigner NSADI WA MUNDA (kwashiorkor). »

- Infirmier -



L'autre recette très fréquemment citée et beaucoup plus populaire consiste en **un mélange alimentaire (bouillie)** censé prévenir la malnutrition ou contribuer à la restauration du statut nutritionnel de l'enfant. Cette recette est connue, appréciée voire plébiscitée par tous, tradithérapeutes, familles et soignants. Cette bouillie locale est présentée comme similaire à la composition de l'ATPE (décrit avec les mêmes ingrédients et nommé avec le même mot : *musabu*). Sa popularité a sans doute favorisé l'engouement pour l'ATPE. Cette bouillie est au centre des démonstrations culinaires mais les participants à l'étude témoignent unanimement ne plus avoir les moyens d'acheter les différents ingrédients.



« Nous pouvons faire une bouillie à base de nos produits locaux : un mélange de maïs, soja, poudre d'arachides, poudre de chenilles ou de fretin (Nsensa), avocats ou banane, le sel, le sucre, huile de palme et l'eau de cuisson des amarantes que l'on va utiliser pour préparer la bouillie. Cette bouillie fait récupérer les enfants vite. »

- Tradipraticien -



La possibilité de prise en charge des enfants gratuitement dans les centres appuyés par Action contre la Faim via la délivrance d'ATPE a clairement relégué le traitement traditionnel à des **pratiques obsolètes** même si l'on doit constater que sa pharmacopée est connue de tous. Celle-ci est facilement citée par les interviewés et explicitement associée à la fonte des œdèmes.

LES CAUSES DE LA MALNUTRITION

Au-delà de quelques caractéristiques spécifiques plutôt associées à des croyances (cas des jumeaux) ou à des effets psychologiques (enfants issus de viols), la majorité des familles attribuent la malnutrition à la pauvreté et à l'insécurité alimentaire, les problèmes d'accès à l'eau et les naissances rapprochées.

Ils citent prioritairement des **insuffisances alimentaires importantes** aussi bien en quantité qu'en qualité en raison de la situation financière et de la pauvreté de la population, notamment des creuseurs.

« La malnutrition est due à une mauvaise alimentation. C'est-à-dire qu'il y a le jour de la semaine où je mange d'autre jours où on ne mange pas dû au fait que mon mari est creuseur et il y a le jour où il trouve quelque chose et d'autre il ne trouve rien, En moyenne, nous mangeons 4 jours sur 7. »

- Mère enfant MAS -

La détérioration des conditions économiques des ménages est avancée par tous comme la première explication de la hausse de la prévalence de la malnutrition dans la zone. Cette paupérisation est évidemment associée à la perte importante de revenus liés à l'extraction des diamants mais également à la fermeture de la MIBA, la désertion des commerçants et activités économiques associées depuis, à la hausse des prix des denrées alimentaires sur le marché (notamment à cause du projet agricole *Kwadi*), au chômage, aux difficultés d'approvisionnement dues au mauvais état des routes et finalement aux conséquences des restrictions liées à la pandémie de Covid-19. **C'est bien la pauvreté qui est, pour tous, à l'origine du fléau.**

« La hausse des prix de nourriture sur le marché, nourriture pauvre, ici au Kasai le fufu à base de la farine de maïs est l'aliment de base mais on est obligé de manger le fufu à base de farine de manioc par manque de moyen (fufu de mauvaise qualité à base de manioc et de bonne qualité à base de maïs). »

- FGD Femmes -

L'insécurité alimentaire massive dans la zone conduit les mères à des **pratiques culinaires inappropriées** qu'elles reconnaissent facilement : absence de cuisson, pauvreté des denrées (feuilles de manioc seules, absence d'huile, fofou à base de manioc (contrairement au fofou à base de maïs jugé de meilleure qualité) et irrégularité des repas. **La malnutrition est alors perçue comme un résultat de plusieurs dysfonctionnements du régime alimentaire** combinant quantité et qualité des aliments, manque de cuisson et vers intestinaux qui découleraient de ces mauvaises pratiques.

« La malnutrition est le fait de manger mal. C'est donner aux enfants la nourriture non cuite, par exemple, donner aux enfants les feuilles de manioc mal préparées parfois tard dans la nuit et d'autres fois, dormir sans rien manger de toute la journée. »

- Mère enfant MAS -

En effet, **le rythme des journées des parents**, et plus particulièrement des mères, est largement cité comme un obstacle important à de bonnes pratiques culinaires. Les enfants restent seuls avec leurs frères et sœurs dans la journée, attendant le retour de leur mère partie depuis le matin pour trouver de quoi nourrir la famille.

« Quand Les enfants mangent dans les heures tardives, c'est aussi un problème de la malnutrition. Exemple : je suis partie au marché vendre mes choses, ou faire une activité quelconque, quand je rentre à la maison même à 20h je trouve déjà les enfants endormis, je dois préparer vite - vite mais pas cuits et quand les enfants mangent ça, ils seront malnutris. »

- Mère enfant MAS -

Plusieurs témoignages évoquent des **tabous alimentaires** (œufs, manioc, mangues non mûres, certaines viandes etc.) qui pèseraient principalement sur des femmes et des enfants selon les « traditions » religieuses auxquels ils appartiennent (les Babas sont fréquemment cités comme respectant plusieurs interdits alimentaires et comme étant très opposés au recours aux soins dans les centres de santé).

« Il y a certaines familles qui associent la malnutrition à un problème particulier, comme en cas de problème familial par exemple une faute sexuelle soit disant ça ne sert à rien que je vienne au Centre. Il y'a aussi certaines religions qui arrivent à interdire certains aliments. Exemple le Ba baba, ne mange pas les poisons salés, le termite, voir même les chenilles. »

- Infirmier -

Pourtant la situation générale est assez grave pour que des **traditions culinaires soient bouleversées** : la viande de chien, jusque-là réservée exclusivement aux hommes qui la cuisinaient eux-mêmes, est aujourd'hui partagée au sein de la famille quand elle est disponible.

Après les difficultés liées à l'approvisionnement quantitatif et qualitatif de nourriture, **le problème de l'accès à l'eau de boisson potable** est cité comme un enjeu majeur causant la malnutrition des enfants. L'eau potable issue de forges et de fontaines est payante. Ce peut être également le cas pour l'eau de pluie conservée dans des citernes et vendue par bidons. **La situation financière des familles** ne leur permet pas d'acheter l'eau de boisson en quantité suffisante au quotidien et les conduit à s'approvisionner dans les rivières alors même qu'elles ont conscience de la mauvaise qualité de cette eau et des risques de maladies hydriques associées. De plus, cette quête de l'eau gratuite représente une **forte surcharge de travail** (heures de marche, collecte, portage) pour des femmes déjà épuisées par leurs tâches quotidiennes.

« Le problème de l'eau est vraiment difficile, ici nous avons des robinets, et nous avons creusé des puits mais des fois nous n'arrivons pas à payer un bassin d'eau à 700 FC et les enfants arrivent à mourir à cause de la soif d'eau. Et si on n'a pas d'argent pour payer de l'eau, nous partons chercher de l'eau à la rivière, très loin en effectuant une distance pour la marche à pieds de 5 heures du temps. Ici il y'a pas de l'eau gratuite, seulement l'eau de pluie qui est gratuite. Nous payons de l'eau aux gens responsables des puits et parfois aux gens qui conservent de l'eau de pluie dans des citernes soit dans les bidons. »

- Focus Groupe, ANJE -

Le prix de l'eau de boisson est un déterminant central de la malnutrition, pas seulement comme cause de la maladie mais également comme un facteur crucial de la prise en charge et du traitement des enfants MAS comme ce sera décrit plus loin.

Les naissances rapprochées sont aussi identifiées comme une cause de la malnutrition justifiant l'appui d'Action contre la Faim sur le volet planning familial qui fait sens pour beaucoup.

« Son histoire dans notre zone est causée par une mauvaise alimentation liée à la pauvreté avec des naissances trop rapprochées, d'où l'expression : naissance le 15 le 30. »

- Relais communautaire -

Si de manière conventionnelle on estime une famille très nombreuse comme une réussite sociale et une qualité honorifique pour les mères, les difficultés s'accumulant, les esprits s'ouvrent au **planning familial**.

« Nous les Kasaiens avons un adage qui dit que : MU BUNYI BUA BAANA KI BUNYI BUA BUBANJI, ce qui signifie que (AU NOMBRE D'ENFANTS AU NOMBRE DE RICHESSE) et lorsque la femme accouche elle a un nouveau habit et lorsque la femme n'accouche pas on ne lui paie pas un nouveau habit. »

- FGD Leaders communautaires -

Les naissances rapprochées conduisent à des **sevrages précoces**, l'allaitement étant stoppé dès une nouvelle grossesse quel que soit l'âge de l'enfant allaité.



« BUISU (qui est une forme de malnutrition caractérisé par une altération de l'état de santé de l'enfant due au fait que l'enfant à moins d'une année et que la mère est déjà enceinte un d'autre enfant). »

- FGD ANJE -



La multiplication des naissances, d'autant plus dans les **foyers polygames**, rend impossible pour le père (agriculteur ou creuseur) d'apporter les ressources suffisantes pour nourrir tout le monde. L'espacement des naissances apparaît donc comme une solution pour certains, encouragée par beaucoup de responsables religieux, sans toutefois faire l'unanimité. Ainsi des femmes témoignent de la pression exercée par leurs maris pour continuer à enfanter :



« Mon TATU (mari) m'a dit que je lui fasse tous les enfants que j'ai dans mon ventre sinon il va chercher d'autres femmes avec lesquelles il fera d'autres enfants. »

- FGD Femmes -



Si tous les hommes ne s'accordent pas sur l'utilisation de **pratiques contraceptives**, ils demeurent les seuls décideurs sur le sujet. Les femmes qui y feraient recours clandestinement s'exposent à des conflits conjugaux importants et leurs prescripteurs à des représailles. Si l'on peut constater une certaine progression du recours au planning familial, des appréhensions et des croyances continuent d'entourer les différentes méthodes contraceptives allant du lubrifiant des préservatifs qui fait maigrir les femmes aux implants qui rendent définitivement stériles.

Aux naissances rapprochées s'ajoutent les **grossesses précoces** souvent incriminées par les professionnels de santé. Conséquences à la fois du statut défavorable des femmes et des filles et de la pauvreté, les grossesses de très jeunes filles sont le fait des familles les plus pauvres engendrant un cycle vicieux de vulnérabilité à la malnutrition.



« Imaginez-vous que vous allez trouver une personne qui ne travaille pas mais avec 3 femmes et chaque femme à 6, 7, 8, 10 enfants. Et comme il est creuseur une fois avoir un diamant payant il utilise l'argent en désordre avec de petites filles et surtout beaucoup des filles ne sont pas instruites. Vous trouverez une fille de 20 ans avec 3 enfants comment expliquer. »

- Infirmière -



« Je suis âgée de 18 ans; je ne connais pas l'âge de mon mari et j'ai eu mon premier enfant à 14 ans, mère de 4 enfants dont le 3 premiers âgé respectivement de 3, 4, 5 ans ont eu le problème de malnutrition. Malgré mon âge (14 ans), j'étais capable d'assurer la responsabilité de mère

sur mes enfants. (...) Le moment il doit creuser de trop long puis pour avoir le diamant parfois il peut creuser mais il ne trouve pas le diamant et là on dort sans rien manger. Pour le moment, les conditions de vie sont très difficiles cela fait que les enfants sont malnutris.»

- Mère enfant MAS -



Le statut défavorable des femmes et les violences qu'elles subissent sont apparus comme des causes de la malnutrition des enfants qu'il n'avait pas été initialement prévu d'investiguer. Le lien entre les violences basées sur le genre et les pratiques d'allaitement et la nutrition des enfants est aujourd'hui documenté¹⁴ et devrait faire l'objet d'une étude spécifique ultérieure dans le contexte du Kasai.

C'est au cours des discussions avec les mères de famille que les thèmes de violences basées sur le genre, de dépendance économique et d'absence de réseaux d'entraide ont été abordés par les femmes elles-mêmes dans leurs témoignages sur leur expérience vécue de la malnutrition. Elles ont mis en avant le peu de pouvoir économique et de décision sur l'alimentation familiale. Elles déclarent que « *seul leur mari travaille* », ce qui veut en réalité signifier que seuls leurs maris ont accès à des emplois rémunérés alors même que la surcharge du travail « *non rémunéré* » des femmes est très importante.



« Aujourd'hui la journée est perdue (morte) comme je suis venu au CS, je me réveille j'arrange la maison, je balaie à l'extérieur, fais la vaisselle, arrange ceux qui partent à l'école, j'arrange celui-ci, je me lave, on part au marché, quand je reviens je prépare la nourriture et je cultive (champs). »

- FGD Femmes -



Les mères expliquent que **leur emploi du temps quotidien est très chargé** et ne leur permet pas de s'occuper autant qu'elles le voudraient de leurs enfants qu'elles laissent souvent seuls à la maison pendant leurs activités. Leur retour tardif le soir ne leur permet pas non plus de préparer un repas de façon approprié.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les grossesses précoces et les naissances rapprochées sont autant causes et conséquences du statut défavorable des femmes et de son impact sur la nutrition des enfants : les filles sont moins instruites que les hommes et l'illettrisme des femmes demeure un fort obstacle à leur information et à leur émancipation. Se marier tôt est une façon d'essayer « *d'échapper* » à la misère familiale, engendrant des grossesses précoces chez des adolescentes mal préparées à la maternité. Le faible pouvoir décisionnel au sein du foyer se répercute sur l'ensemble des aspects de leur vie de femme et de mère : dépendance financière, difficultés d'accès au planning familial, méconnaissance des problèmes de santé sexuelle, autorité du mari pour l'utilisation des ressources du ménage et recours aux soins des enfants et surcharge des tâches non reconnues et non rémunérées, notamment la collecte de l'eau.

« La RDC est 142^{ème} sur 146 pays sur l'indice d'inégalité hommes/femmes : celles-ci souffrent de façon disproportionnée de la pauvreté avec un PIB/habitant de moitié inférieur à celui des hommes. »

¹⁴ <https://www.nutritioncluster.net/resources/briefs-linkages-between-gender-based-violence-gbv-and-nutrition>

Enfin, le thème des violences subies par les femmes a été fortement exprimé par nos interlocutrices et franchement minorés lors des discussions avec leurs homologues masculins, responsables institutionnels compris.

Il est rapporté qu'environ **87 % de cas de viols sur des filles** aboutissent à des règlements à l'amiable, avec en prime le mariage forcé. (Inter Clusters région Kasai 2020).



« Les violences conjugales que le mari exerce sur nous exemple : le mari insulte la femme, frappe sa femme et parfois il n'y a personne qui peut venir pour sauver la pauvre femme, le mari peut même fracturer sa femme. »

Certaines femmes sont violées sur la route lorsqu'elles sortent tôt pour aller chercher les maniocs à vendre afin de trouver de quoi vivre pour sa famille, quand elle arrive au niveau de l'église là, nous entendons le cri d'une femme EYI BANABETU WANYI (au secours) sur la route vers quatre heures du matin, parfois il n'y a personne qui vient à son secours lorsqu'on sort vers le matin on constate que la femme a été violée sur la route et elle ne peut plus rentrer dans son mariage (chez elle) car elle a été violée par d'autres hommes.

Parfois les violeurs entrent dans la maison de quelqu'un la nuit et violent la femme en présence de son mari. Après avoir violé la femme, ils violent même la fille en présence de ses parents et on emporte l'autre enfant de 14 ans. L'histoire se déroule dans le quartier DON BOSCO.

Pour le moment il y a un numéro de communiqué à la radio pour appeler en cas d'une situation de viol. Dans le temps, il y avait la police là pour secourir les femmes frappées par leurs maris mais pour le moment la police n'est plus là pour secourir les femmes.»

- FGD Femmes -



Dans cette discussion, les femmes déclaraient qu'il était probable que la malnutrition touche plus les **enfants issus de viols** (conjugaux ou extérieurs) que les autres du fait des grandes difficultés pour les femmes de donner les soins appropriés à des enfants qu'elles rejettent et qui incarnent à la fois la peur et la honte.

Pour ces femmes, les violences sexuelles dans et hors mariage sont légion et constituent une **double peine de risque d'exclusion du foyer et de stigmatisation**.



« Quand une femme est victime de violence de son mari, elle peut se tourner vers le pasteur, le prêtre pour trouver de l'aide et on ne voit pas la police et d'autres femmes se donnent même à la prostitution. Nous élevons nos fils différemment et je conseille mon fils de ne pas maltraiter sa femme. »

- FGD femmes -



Elles ont beaucoup insisté sur **le peu de recours et de soutien** dans leur communauté alors même qu'elles se confrontent au **déni des hommes** sur le sujet.

« Nous au Kasai, on ne connaît pas ce genre de problèmes de violences avec les femmes, ça ce sont des choses que l'on peut trouver en Ituri, là-bas les hommes ne respectent pas les femmes, mais nous au Kasai, ça n'existe pas. »

- Responsable institutionnel -

Au-delà de la prise en charge des femmes survivantes de violence, les femmes témoignent avoir **très peu d'organisation pour les soutenir ou de groupes d'entraides**. Elles précisent même qu'une telle initiative pourrait s'avérer dangereuse pour elles :

« Nous pouvons nous réunir comme ça et que certains hommes arrivent, les BENA MAKANDA (les hommes forts qui viennent nous frapper), c'est pourquoi nous ne nous regroupons pas, parce que nous avons peur d'être frappées par ces hommes-là. »

- FGD Femmes -

Il existe néanmoins des réunions féminines organisées au sein des Églises. La prolifération des Églises évangélistes dites « du Réveil » additionnée à l'Église catholique et à d'autres groupes religieux plus minoritaires constitue **un des tissus sociaux les plus actifs**. Si on peut trouver de petits regroupements de creuseurs qui travaillent ensemble (4 - 5 individus) ou d'agriculteurs, cela reste relativement marginal. Ce sont dans les réunions religieuses que se nouent les **liens sociaux dynamiques** et où l'on reçoit et partage les informations.

« Dans le cadre des formations chez nous ici peu passe par les églises et d'autres comme on le fait ici et quand ça arrive nous avons de l'espace pour nous exprimer. Dans l'église c'est la maman Pasteur qui s'en occupe elle nous conseille sur le savoir vivre dans la famille et envers les autres et envers nos maris. Dans mon église je suis parmi les mamans qui participent dans les réunions des foyers nous apprenons comment gérer les enfants, nos maisons et notre groupe s'appelle maison modèle à suivre.

Nous venons des Églises différentes comme pentecôtiste, catholique nous ne sommes femmes de pasteur, la représentante est choisie par élection. Nous femmes, nous nous réunissons chaque jeudi, et avec les hommes le jour normal du culte. Dans ces réunions on discute aussi de la malnutrition, l'ONG JUKA UTANTA (c-à-d. lève-toi et développe-toi) nous avait formé sur l'élevage car nos enfants ne mangeaient de la viande et nous distribuait les lapins pour élever puis on peut les vendre et aussi manger sa viande. Plusieurs femmes 20, 25, 30 même 60 participent dans nos réunions de jeudi.

Notre groupe s'appelle Maman debout pour le développement de la famille. Les sujets à discuter est choisi par notre comité la fois passé on avait parlé sur comment aider le mari, une femme ne doit pas rester à la maison et attendre seulement que le mari lui apporte à manger. Même la bible dit DIEU avait toutes les capacités de faire traverser Israël la mer rouge mais il dit à Moïse qu'est ce que tu as dans ta main ? Toi aussi maman, qu'est ce que tu as dans ta main pour le développement de ta maison ?

Moi je vends les braises, l'alcool indigène, pour aider ma famille ».

(FGD Femmes)



LE TRAITEMENT

Dans ce contexte difficile, propice à la malnutrition des enfants du fait de facteurs conjugués (alimentation, eau, naissances rapprochées, statut défavorable des femmes), la population de Mbuji Mayi témoigne avoir vécu des heures sombres où beaucoup d'enfants mourraient.

Les activités appuyées par Action contre la Faim allant de la détection de la maladie jusqu'à sa prise en charge en passant par les activités de mobilisation communautaire, et ce gratuitement, sont pour tous, une immense avancée. Les témoignages abondent du changement conséquent et des évolutions (issues) qu'il implique : la gratuité et l'efficacité considérée de la prise en charge ont modifié les représentations liées à la MAS, les cas de marasme sont plus considérés et identifiés, les croyances et les stigmatisations associées perdent du terrain, le recours à la médecine traditionnelle diminue – les guérisseurs eux-mêmes affirment orienter systématiquement les enfants vers les centres de santé –, le planning familial est en débat.

À travers le travail des équipes de mobilisation communautaire d'Action contre la Faim et celui des relais communautaires au plus près des familles concernées, **les connaissances basiques sur la maladie se sont diffusées** et les personnes interviewées ont le plus souvent eu attention à témoigner de leur bonne compréhension du sujet. **La détection par le PB** est bien acceptée et l'orientation vers les sites de prise en charge ne pose pas de difficultés. Si la gratuité du traitement est un facteur de succès déterminant, son efficacité perçue, et notamment celle de l'ATPE, constitue un **atout crucial dans le recours aux soins**.

Les discussions analysées révèlent le **haut niveau de confiance pour le protocole de prise en charge** et pour ses résultats avérés dans la guérison des malades. Considéré comme « *le meilleur traitement* » de la malnutrition, il est aujourd'hui le premier choisi par les familles et plus particulièrement par les pères, décideurs en premier chef de l'itinéraire thérapeutique des enfants. Dans les discussions de groupe comme dans les entretiens individuels, les citations les plus récurrentes sont relatives à la prise en charge concernent l'ATPE, les vermifuges et le suivi des enfants par les professionnels de santé. **Les points de vue critiques** se concentrent sur l'absence de prise en charge de la MAM, les critères d'âge pour bénéficier du protocole – beaucoup de témoignages insistent sur les enfants de + de 5 ans effectivement concernés par la malnutrition – et quelques-uns interrogent les risques de rechutes et la pérennité de l'approvisionnement en intrants. À ce propos, notons que les ruptures de stock d'intrants, et plus précisément d'ATPE paraissent marginales et rares d'après l'expérience vécue des familles et des professionnels.

Les mères d'enfants MAS s'accordent pour dire que ce traitement est très efficace et facile à administrer. Beaucoup citent des **diarrhées comme effet secondaire** de la consommation d'ATPE, surtout en début des soins et déclarent également que le produit donne «soif d'eau» aux enfants et qu'il faut donc accompagner sa **consommation d'eau de boisson de qualité** :



*« Quand mon enfant prend le Plumpy, il a très soif.
C'est pour cela que je vends toujours 1 ou 2 sachets pour lui acheter de l'eau du robinet. »*

- Mère enfant MAS -



Elles estiment généralement «suffisante» la dose prescrite et soulignent les **changements très positifs** qu'elles constatent chez leurs enfants pris en charge. Elles partagent les conseils délivrés par les infirmiers et les relais communautaires pour une utilisation optimale :



*« Je donne facilement l'ATPE à mon enfant car on nous avait appris la technique au centre
« je lave le sachet je le malaxe je coupe le coin indiqué et le contenu sort et l'enfant le consomme ».
Il prend un sachet le matin avant tout autre repas et un autre sachet le soir.
Mes ATPE sont stockés dans un sachet et il n'y a que moi qui a accès. »*

- Mère enfant MAS -



L'ATPE est consommé en plus du lait maternel pour les enfants encore allaités ou en complément du repas familial proposé à l'enfant car «il n'est pas bon de donner un médicament sans aliment». Tous les interlocuteurs rencontrés désignent le *Plumpy Nut* comme un **très bon produit, apprécié des enfants** et très efficace puisque les signes de rétablissement sont rapidement visibles. On considère enfin que, concernant la dose prescrite (nombre de sachets par jour), il faut s'en remettre au savoir des professionnels du centre de santé. **La relation de confiance et la qualité du dialogue avec les infirmiers** du centre sont des déterminants majeurs de la perception du programme.



*« La quantité qu'on me donne est suffisante pour le traitement parce qu'on donne en fonction du poids.
Mais on m'avait déjà dit que à la troisième semaine on va diminuer la quantité et je ne peux pas me
faire de soucis parce qu'on m'avait déjà signalé bien avant et que les infirmiers savent ce qu'ils font. »*

- Mère enfant MAS -



Cette forte adhésion à la prise en charge est naturellement une bonne indication pour la couverture des programmes et il est probable qu'en cas d'augmentation de la prévalence, l'afflux des enfants malades pourrait s'intensifier. Cette première observation sur la très bonne acceptation du programme de prise en charge est **un point d'ancrage pour analyser l'acceptabilité d'une dose réduite d'ATPE**. Cela conduit à interroger la perception de l'ATPE et les usages réels qui en sont faits.

L'ATPE disponible dans les centres de santé est le « *Plumpy Nut rouge* », soit celui destiné aux enfants MAS. Considéré à la fois comme **un aliment et un médicament**, le produit nutritionnel est nommé localement « *bouillie* » (*musabu*), terme identique pour désigner la recette locale populaire considérée comme nutritive pour les enfants. À la question de la composition supposée du *Plumpy*, les personnes citent quasiment systématiquement les ingrédients de cette recette locale auquel serait ajouté « *un médicament* » :

« *Mon enfant reçoit le plumpy bande rouge pour moi le plumpy c'est un aliment médicament il contient : les chenilles, le soja, la farine de maïs, les avocats; avec cette composition qu'on m'a appris je peux faire à la maison.* »

- Mère enfant MAS -

Le statut de médicament est à géométrie variable, on lui attribue bien des effets thérapeutiques mais il est clairement assimilé à une alimentation qui a des vertus au même titre que les recettes de médecine traditionnelle ou celles des « *bonne pratiques nutritives* » connues des familles. Dans ce sens, on « *s'arrange* » avec les messages délivrés par les professionnels de santé et les relais communautaires qui tentent de convaincre des risques néfastes (problèmes cardiaques) en cas de consommation du produit par des personnes non malnutries.

« *Oui, même les gens qui ne sont pas malnutris, préfèrent prendre ça. Quand on leur explique les inconvénients, qu'il ne faut pas le prendre... Soi-disant qu'on nous a dit que c'est un médicament, si tu le prends, tu tomberas malade ...* »

- Relais communautaire -

Si cette information est bien apparue dans les réponses des informateurs c'est en bien moins grande proportion que les témoignages d'usage élargi de l'ATPE dans la population. En effet, il est apparu clairement que dans ce contexte d'insécurité alimentaire massive, **l'ATPE est devenu une ressource alimentaire recherchée, précieuse, revendue et consommée par les gens bien au-delà des enfants malnutris**. Les indices et les témoignages abondent dans ce sens.

« *Et, la pratique que nous avons découverte plusieurs fois c'est quoi? Nous avons trouvé qu'il y a des mamans qui se font passer pour des relais communautaires, c'est-à-dire elles partent, elles te demandent « Es-ce que tu peux accepter que je la prenne, je me fais passer pour sa mère, et du coup on change le nom de l'enfant, on l'emmène dans une structure éloignée de dix ou même vingt km, on part avec là-bas, et on prend le Plumpy'Nut... Parce que quand on dit tu vas recevoir l'enfant, il va faire des mensurations, on va déclarer que l'enfant est éligible au programme, et du coup on va lui donner des doses de Plumpy'Nut. Et, quand la dame arrive avec l'enfant, elle dépose l'enfant moyennant peut-être deux Plumpy'Nut, et le reste, c'est pour elle.* »

Et, cette pratique se faisait comme ça. Alors, quand on a constaté cela, dans les zones où j'étais du côté Bonzola, on avait organisé un système, quand y a des prises en charge, vous trouvez qu'y a plusieurs malades qui viennent, on pouvait demander les RECO de telle aire de santé d'être présents dans une autre aire de santé, pour vérifier les mamans qui prendraient doublement.

Et on a constaté qu'il y avait des mamans qui avaient un peu réduit : une fois, j'ai rencontré une maman qui avait tout un sac de Plumpy'Nut, donc pour elle, c'est déjà un commerce d'enfants. Donc elle recensait tous les enfants malnutris et elle échangeait tout un sac.

Nous avons saisi la femme, et là nous étions avec les membres du BCZ, nous avons dit « Bon, nous, en tant qu'humanitaires, nous n'avons pas le droit de traduire des cas comme ça, les emmener en justice. Vous, en tant que service de l'État, vous dépendez des organes de répression tout ça, qu'est-ce que vous faites? » Alors la maman n'a pas voulu collaborer et finalement on l'a amenée à la police. Et elle, et les Plumpy'Nut comme preuves.

Ce que nous avons constaté, c'est qu'il n'y a pas eu de suites, parce que, de un, les Plumpy'Nut qu'on avait emmenés à la police sont perdus... (hilarité générale) – ... Pas de traces. On a emmené le Plumpy'Nut à la police, et je crois que cette dame aurait payé une caution et elle est sortie. Et puis, c'est resté comme ça. Donc nous avons un peu de difficultés, y a trop de malices... Moi je dis, si réellement les cas qui sont guéris est-ce qu'ils ne sont pas déjà en majorité en enfants MAS?

C'est-à-dire, est-ce qu'ils n'ont pas déjà une dose réduite? Bien qu'ils sont en train de guérir, je pense qu'ils ont déjà une dose réduite... Parce que, vous trouverez, y a toujours quelqu'un qui vient de prendre le Plumpy'Nut – demain vous partez dans le village – vous trouvez déjà quand ils vous montrent les stocks, vous trouvez que c'est le stock qui reste pour deux jours, alors qu'ils n'ont mangé qu'hier et aujourd'hui le matin, donc il doit rester un stock peut être pour cinq jours. Mais quand on vous sort le stock existant, c'est peut-être pour deux jours.»

- Équipe Mob Com Action contre la Faim -



Face à ce phénomène, **un décret local a dû être promulgué** stipulant que le commerce d'ATPE est illicite, des campagnes de communication ont été diffusées dans le même sens, les anecdotes décrivant des arrestations pour possession commerce d'ATPE sont racontées.

Malgré ces tentatives de régulation, force est de constater que les mésusages de l'ATPE demeurent courants. Les enquêteurs ont pu acheter des sachets dans plusieurs commerces sans difficultés, des écoliers (de + de 5 ans) et adolescents ont confirmé avoir déjà consommé le produit, les mères avouent ne pas pouvoir faire autrement que partager le *Plumpy* avec les autres frères et sœurs, les hommes expliquent que ce produit leur donne de la force pour creuser, une grand-mère l'utilise pour soulager plusieurs maux.

Beaucoup de stratégies sont décrites pour s'approvisionner en ce qui est devenu « *le deuxième diamant de MbujiMayi* » (infirmier). Certains dénoncent des détournements de stock, d'autres des stratégies individuelles de survie comme revendre quelques sachets pour acheter de l'eau pour l'enfant malade ou des aliments pour le plat familial des autres membres.

Les ATPE sont partagés avec les autres membres de la famille. Le matin, la mère mélange un sachet dans la part de la bouillie de maïs réservée à l'enfant tout en réservant une petite quantité de *Plumpy* qu'elle donne à la grande sœur. Elle consomme ou partage cette bouillie avec l'enfant MAS.

Le soir, le *Plumpy* est servi mélangé au thé, ce qui reste est utilisé comme condiment dans le plat familial. Elle réserve toujours une quantité (le 1/4 du sachet de *Plumpy*) pour la grande. Mais le soir le thé de l'enfant MAS mélangé au *Plumpy* n'est pas partagé avec ses frères. La mère goute le *Plumpy* en nourrissant l'enfant. Quand elle mélange le *Plumpy* à la bouillie ou au thé, elle utilise le 3/4 du sachet et réserve le reste à la grande sœur.

Au moment de donner l'ATPE à l'enfant MAS il y a un attroupement des autres enfants autour mais la mère les a réprimés en disant qu'il y avait des visiteurs. La maman a demandé à sa grande fille de lui remettre la sachet vide qu'elle devra garder pour rapporter au centre de santé. La mère cache les ATPE dans la valise pour éviter que les autres les consomment en cachette.

- Observation famille -

Des professionnels de santé soupçonnent qu'un enfant de la famille soit plus exposé ou plus longtemps « *maintenu malade* » pour permettre un accès à l'ATPE qui permettra de **renforcer l'alimentation familiale**. Personne ne semble ignorer ces pratiques même si les discours les condamnent ou que les faits sont cachés puisqu'illicites. **Des moyens de vérification, voire de coercition** ont été mis en place pour limiter la revente et le partage de l'ATPE comme des « *checks aléatoires* » des stocks dans les familles ou encore l'obligation imposée à des mères de venir quotidiennement avec l'enfant au centre pour qu'il consomme l'ATPE devant les professionnels de santé. Cela peut être imposé plusieurs jours de suite si le rétablissement de l'enfant n'apparaît pas adéquat lors des visites de suivi hebdomadaires.



« Par exemple celui de 28 sachets va manger 4 sachets par jour il va manger après les heures si le premier le matin à 8h le deuxième à 11h et le troisième à 15h et le quatrième sachet même à 17h et la différence de la quantité dépend de 2 éléments que moi je connais le poids et la taille. Si l'infirmier remarque que l'enfant n'a pas augmenté le poids, ils prennent les histoires ils mettent au centre et l'enfant commence à venir manger au centre où soit moi le RECO je commence à faire amener l'enfant au centre il mange et après je lui ramène à la maison. »

- Relais communautaire -



Il est donc apparu que la question de la dose réduite entraine directement en confrontation avec l'utilisation de l'ATPE dans la population.

Le bénéfice de réduire les doses d'ATPE, tout en garantissant les mêmes chances de guérison, pour pouvoir prendre en charge plus d'enfants sont généralement bien compris et bien acceptés. Tout le monde constate l'ampleur de la malnutrition dans la zone et le peu de perspectives concrètes d'amélioration des conditions de vie de la population participent du sentiment que les besoins de prise en charge risquent d'augmenter.

LA RÉDUCTION DE LA DOSE

Néanmoins, l'acceptabilité de la dose réduite n'est pas homogène et relève de différents facteurs issus des éléments abordés dans ce rapport. Pour les professionnels de santé, la réduction de la dose paraît être une bonne voie pour améliorer la couverture de la prise en charge. Même s'ils n'ont pas vraiment dû faire face à des ruptures de stocks, ils anticipent sur la diminution ou la fin des appuis d'ONG dans la zone (dont ACF) et ont bien conscience du bénéfice à pouvoir continuer à soigner ou à soigner plus d'enfants malgré un stock constant ou réduit. Ils attendent une **confirmation des résultats de l'étude clinique** mais pressentent empiriquement que les performances du traitement seront aussi bonnes avec une dose réduite. Parallèlement, ils expriment des inquiétudes quant à l'**augmentation de leur charge de travail** due au suivi nécessaire des enfants sous dose réduite :



« Mais si on réduisait il faudrait qu'il ait un système de suivi bien placé parce qu'on a essayé et ça a donné de bons fruits mais ce que nous avons constaté avec les cas de rechute, la plupart ce sont les mamans qui sont à la base de rechute de leurs enfants et qui font que les enfants traînent dans le programme. D'où si on réduit il faut un suivi. »

- Infirmier -



L'autre question soulevée est celle du **partage du Plumpy Nut et de la sécurisation de la prise en charge des enfants**. Pour plusieurs infirmiers et relais communautaires *« les enfants étaient déjà en dose réduite »* avant le démarrage de l'étude, une partie des sachets étant partagés ou revendus. Ils voient donc le risque de *« réduire une dose qui est déjà réduite »* et qui conduirait à des obstacles sérieux au rétablissement des enfants. Ils se demandent si la réduction de la dose ne va pas conduire à des enfants qui restent **plus longtemps dans le programme ou plus exposés à des rechutes**. L'un d'entre eux précisait l'importance de **bien communiquer** avec tous les bénéficiaires des centres de santé pour ne pas que courent des rumeurs de centres où les malades *« sont mieux traités »* que d'autres.

Du côté des communautés et des familles l'acceptabilité de la dose réduite est encore moins évidente et dépend fortement des quelques facteurs suivants.

La confiance dans les produits ATPE est grande, les effets thérapeutiques sont reconnus par tous. Parce qu'il est efficace le *Plumpy* « *va soigner l'enfant* » toujours mieux que d'autres traitements (dont les recettes traditionnelles). Dans ce sens, tout ce que l'on pourra lui donner comme sachet sera bon à prendre...

L'honnêteté et les compétences des infirmiers des centres de santé sont au cœur de la relation aux soins pour les enfants MAS. Si un lien de confiance est établi entre la mère et le professionnel prescripteur, il n'y a pas lieu de discuter le nombre de sachets distribués. Il reste préférable d'informer clairement la mère des doses envisagées pour traiter l'enfant.



« La quantité qu'on me donne est suffisante pour le traitement parce qu'on donne en fonction du poids. Mais on m'avait déjà dit que à la troisième semaine on va diminuer la quantité et je ne peux pas me faire de soucis parce qu'on m'avait déjà signalé bien avant. »

- Mère enfant MAS -



Si à l'inverse les femmes soupçonnent de mauvaises pratiques au CDS, une réduction de la dose pourra facilement être interprétée comme une décision personnelle de l'infirmier pour ses intérêts personnels.

Les craintes des conséquences d'une dose réduite par les personnes interrogées (hors professionnels de santé) concernent en premier chef **la santé des enfants**. Très rapidement, lors des discussions, s'est révélée une crainte beaucoup plus globale où dose réduite signifie **perte de revenus ou ressources alimentaires** pour la famille.



« Et pour mettre en place cela il faut chercher quelque chose pour les autres membres de la famille, à part, comme la farine, soit créer de petites activités de vente, faire de l'élevage pour qu'ils arrêtent de consommer le Plumpy. »

- Père enfant MAS -



La réduction de la dose d'ATPE n'est pas « *acceptable* » dans l'absolu : s'il est possible de dissiper les craintes liées à la guérison de l'enfant malade via, notamment les messages délivrés par les infirmiers et les relais communautaires. Le contexte de pauvreté et d'insécurité alimentaire massives dans la zone pousse chacun à voir dans l'ATPE **une ressource vitale et supplémentaire pour les familles**. Réduire l'accès à cette précieuse denrée signifie pour beaucoup **une aggravation de leur situation**. Dans ce contexte, si la réduction de la dose d'ATPE s'avère une solution bénéfique pour ces zones de santé, elle nécessite **un accompagnement concret des familles** – et notamment des femmes – (distribution de cash, programmes de sécurité alimentaire, d'accès à l'eau de boisson etc.) pour sécuriser le traitement dédié à l'enfant MAS.



« Alors, vous imaginez une famille de quatre ou cinq enfants : on déclare un qui est MAS, et on lui donne à manger – donc le Plumpy'Nut – et du coup, les autres n'ont pas à manger ! Donc, le bon sens voudrait que les autres puissent manger, en tant que père de famille,

mère de famille, vous comprendrez que quand y a rien à manger, on peut donner ce que l'autre mange, on va pas comprendre que c'est un traitement. Alors, nous on avait pensé, avec les responsables de Sécurité Alimentaire, qu'il fallait associer un projet Sécurité Alimentaire, au projet Santé-Nutrition.

Cela pourrait faire que peut-être si on passait par la distribution de cash, la distribution de vivres par exemple, et on s'est dit comme cible d'abord – parce qu'on ne va pas donner à tout le monde – toute famille ayant un enfant MAS.

Déjà, c'est une «façon» de juguler la consommation illicite de Plumpy'Nut. Peut-être déjà en dehors de cash, dire nous allons faire la distribution de vivres, donc vous emmenez un enfant MAS, au centre, et, dès que nous déclarons que l'enfant est MAS, on lui donne peut-être une ration moyenne, une protection, le temps peut être de quinze jours, en moyenne de traitement, pour faire des protections de cet aliment nutritif qu'on va donner à l'enfant.»

- Équipe Mob Com Action contre la Faim -



RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LES INTERVIEWÉ.E.S

Les discussions pendant l'étude ont été l'occasion de recueillir les recommandations pour s'assurer des meilleurs résultats d'un changement de protocole avec une réduction d'ATPE par enfant.

La première recommandation est de maintenir la prise en charge des enfants, de l'élargir aux enfants MAM, aux enfants de + de 5 ans et l'approvisionnement des ATPE. **Les activités de sensibilisation et les démonstrations culinaires** sont également appréciées même si pour ces dernières on a pu entendre souvent : « *La bouillie des démonstrations culinaires, c'est pas qu'on ne sait pas la faire, c'est qu'on n'a pas les moyens d'acheter des ingrédients.* ».

Il est néanmoins apparu que le travail des relais communautaires était positivement perçu, ainsi que l'implication des tradi-thérapeutes pour leur orientation des enfants vers les programmes. Ici, comme dans d'autres contextes africains, **le rôle de ces agents de santé de proximité est à la fois central et sous-estimé** : les RECOS témoignent du grand nombre d'activités qui leur incombent sans toutefois un appui matériel et financier à la hauteur de leur charge.

Les guérisseurs ont à cœur la santé des populations mais sont ignorés au mieux et méprisés au pire par les systèmes de santé et les ONG. Dans le Kasaï, ils répètent vouloir contribuer à la lutte contre la malnutrition au côté du système de santé et aux ONG (beaucoup sont aussi RECOS) en mettant à profit leur connaissance profonde de la population, leurs compétences en herboristerie et leurs capacités de production et de diffusion des bouillies locales nutritives. Cette bouillie peut être considérée comme une alternative au *Plumpy Nut*, pour prévenir la malnutrition mais surtout pour alimenter la fratrie de l'enfant malade pris en charge et limiter le partage intrafamilial de l'ATPE. Cette option paraît répondre aux exigences des **alternatives à l'ATPE**¹⁴, soit un ancrage et une diffusion communautaire. **Il apparaît donc de première importance d'investiguer les modalités optimales de production et de diffusion de ses ingrédients.**

¹⁴ Mia Marchini, Alice Rosi, Francesca Raia, Elena Bertolotti, Francesca Scazzina & Eleonora Carini (2022) Acceptability of alternative ready-to-use therapeutic foods in acute malnutrition management—a systematic review, *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 73:8, 993-1004, DOI : [10.1080/09637486.2022.2119213](https://doi.org/10.1080/09637486.2022.2119213)

La plupart des recommandations converge vers **un appui direct aux familles des enfants MAS** pour améliorer leurs conditions de vie et leur régime alimentaire : distribution de cash et de vivres, soutien à la production agricole et à l'élevage et plus particulièrement l'élevage de petit bétail (poules, lapins etc.) à destination des femmes ou encore appui à des activités génératrices de revenus (pour les femmes prioritairement) à travers des petits commerces ou des ateliers d'artisanat.

« Parmi nous, il y'a une partie des gens qui connaissent fabriquer les savons locaux, faire de petit commerce, fabriquer les pains mais nous n'avons pas de moyens pouvant nous permettre d'exercer ces activités si vous pouvez nous aider avec l'argent soit acheter pour nous les farines pouvant nous aider à fabriquer le pain afin de vendre. »

- FGD Anje -

Certains ont évoqué des **restaurants collectifs communautaires** tels qu'ils existaient auparavant (*quand?*) :

« Nous voulons même qu'on organise le système des Restaurants collectifs pour les enfants où les parents eux-mêmes contribuent aussi. Ce système a existé avant dans notre pays et a disparu avec la succession des pouvoirs, je me rappelle même avant la crise de la MIBA quand on était malade l'hôpital nous prenez en charge pour les soins et la nourriture le matin on nous donner le lait de vache et maintenant que la société est en crise tous ce bien fait a pris fin aussi. »

- Leader communautaire -

Plusieurs suggestions se tournent vers **l'appui à des initiatives collectives existantes ou à créer** (pour les femmes). Une investigation plus poussée sur ce volet permettrait probablement d'identifier des structures communautaires d'entraide en dehors des groupes religieux.

« Ici chez nous on n'a le petit groupe des gens par exemple CODESA (où on élève les poules nous demandons à L'ACF s'il peut nous soutenir avec une aide. Le CODESA c'est la communauté de développement de santé. C'est un modèle que les autres peuvent imiter. Le CODESA date de longtemps pour l'élevage et est composé de 60 personnes. On contribue et on achète nos poules, oui il y a des mamans dans notre groupe. Il y a aussi de petits groupes qui font des ristournes (tontines) et qui manquent d'un appui c'est pour quoi, on demande à ACF pour qu'il les appuie. »

- Leaders communautaires -

Les Églises quant à elles peuvent être un relais extrêmement efficace de diffusion des informations auprès des hommes comme des femmes quand leurs pratiques ne mettent pas à mal la charte éthique humanitaire.

Mais c'est sans doute les mères de famille qui ont le plus souvent recommandé **une aide à la création de réseaux d'entraide féminin**, aussi bien pour leur situation économique que pour renforcer leur résistance aux violences qu'elles subissent.



CONCLUSION

L'étude qualitative d'acceptabilité¹⁶ de la dose réduite permet d'éclairer les points de vigilance et les limites d'une mise à l'échelle d'un changement de protocole.

Dans le contexte du Kasaï, la population est bien consciente des efforts menés pour lutter contre la malnutrition infantile mais doit dans un même temps faire face à des situations de pauvreté et d'insécurité alimentaire graves. On comprend dès lors que le statut de l'ATPE se modifie en **ressource face à l'urgence alimentaire dans les familles** bien au-delà de ses objectifs thérapeutiques pour les enfants MAS.

Ce changement d'attribut du *Plumpy Nut* lui confère d'autant plus de popularité et d'efficacité et sa délivrance devrait nettement contribuer à la couverture des programmes de prise en charge. Simultanément, **les habitudes de partage et de revente du produit** – par exemple pour acheter de l'eau de boisson – indiquent les **risques encourus pour les enfants traités** qui pourraient subir une dose réduite de la dose réduite.

Les voies de mitigation pourraient consister dans un renforcement de coopération avec des agents de santé de proximité au plus proches des familles concernées (relais communautaires, tradi-thérapeutes) afin de diffuser au mieux le respect des usages de l'ATPE et la promotion de recettes locales nutritives. Mais des messages de sensibilisation ne **suffrent pas à modifier l'utilisation détournée du produit** s'ils ne sont pas accompagnés de **mesures concrètes de consolidation** de la sécurité alimentaire de la famille et de son accès à de l'eau potable.

La faiblesse des réseaux d'entraide communautaires apparaît également comme un obstacle à l'amélioration des conditions de vie des ménages et plus particulièrement des femmes de la région. À la fois causes et conséquences de la malnutrition infantile, les souffrances endurées par les femmes nécessitent une réponse forte et adaptée.

Une investigation complémentaire permettrait d'identifier plus en profondeur les facteurs de succès d'une mise à l'échelle de la réduction des ATPE ainsi que de la prévention de la malnutrition et via une recherche-action de co-construire avec les populations concernées des **solutions plus efficaces et durables**.

¹⁶ Booth, A. Searching for qualitative research for inclusion in systematic reviews: a structured methodological review. *Syst Rev* 5, 74 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0249-x>

BIBLIOGRAPHIE

Rapports d'études

- Action contre la Faim, *Étude Anthropologique sur la structure sociétale et les comportements nutritionnels dans la zone de santé de Kalonda Ouest, Territoire de Kamonia, Kasai – Rapport Final 2020.*
- Action contre la Faim, *Étude socioculturelle rapide de la Zone de Santé de Kalomba, Province du Kasai-Occidental, Nutrition Rapport final RDC, septembre 2014.*
- Action contre la Faim et Sida, *Rapport Final Link NCA République démocratique du Congo, zone de Santé de Kalomba, province du Kasai, janvier 2015.*
- Ministère de la santé, secrétariat général de la RDC, *Recueil des normes de la zone de santé*, août 2006.
Lien : https://www.who.int/hac/techguidance/training/analysing_health_systems/5_normes_de_la_zone_de_sante_06.pdf

Sources internet, vidéos documentaires

- Agence congolaise de presse (ACP), « Kasai-Oriental : Plus de 600 têtes d'érosion menacent les quartiers résidentiels de Mbuji-Mayi », février 2021.
Lien : <https://acpcongo.com/index.php/2021/02/23/kasai-oriental-plus-de-600-tetes-derosion-menacent-les-quartiers-residentiels-de-mbuji-mayi/>
- Centre catholique des médias Cath-Info, « Chez nous, 70% des gens survivent grâce à l'économie informelle », 2014.
Lien : <https://www.cath.ch/newsf/chez-nous-70-des-gens-survivent-grace-a-l-economie-informelle/>
- *Courrier international*, « Dans la capitale du diamant, plus rien ne brille », 2020.
Lien : <https://www.courrierinternational.com/article/reportage-dans-la-capitale-du-diamant-congolaise-plus-rien-ne-brille>

- DDK TV, «Projet agricole de Nkuadi à Mbuji-Mayi, véritable Fiasco! Fatshi doit se réveiller!», 2021.
Lien : <https://www.youtube.com/watch?v=406uFvMw6rs&t=111s>
- DW, «RDC : des lanceurs d'alerte broyés par la justice», février 2021.
Lien : <https://www.dw.com/fr/rdc-des-lanceurs-dalerte-broyés-par-la-justice/a-56718139>
- DW, «RDC : le lanceur d'alerte de la MIBA est libre», août 2020.
Lien : <https://www.dw.com/fr/rdc-le-lanceur-dalerte-de-la-miba-est-libre/a-54740486>
- LAVDC.net : <https://www.lavdc.net/portail/liste-des-ethnies-et-tribus-par-territoire-de-la-rdc/>
- Mbuji-Mayi : *L'ordre du Polygone*, France culture, 2009.
Lien : <https://www.dailymotion.com/video/x926rh>
- Ponabana.com, « Détourner un Plumpy'Nut = condamner un enfant à mort », septembre 2020.
Lien : <https://ponabana.com/detourner-un-plumpynut-condamner-un-enfant-a-mort/>
- Site des Nations Unies, « Principales tendances des violations des droits de l'homme – Août 2020 ».
Lien : <https://peacekeeping.un.org/fr/principales-tendances-des-violations-des-droits-de-lhomme-aout-2021>
- *Rapport du projet Mapping sur les violations des droits de l'homme et droit international commises entre 1993 et 2003 en République démocratique du Congo*, 2009.
Lien : <http://www.mapping-report.org/fr/actes-de-violence-lies-aux-ressources-naturelles-violations-des-droits-de-lhomme-liees-a-l'exploitation/>

Articles extraits de revues scientifiques

- Augustin Mubiayi Mamba, *Description des conséquences des violations de coutumes Luba – Kasai et leurs thérapies*, Université de Kinshasa, département de Psychologie, mars 2015.
- Booth, A. *Searching for qualitative research for inclusion in systematic reviews: a structured methodological review*. *Syst Rev* 5, 74 (2016).
<https://doi.org/10.1186/s13643-016-0249-x>
- Caremel et Issaley, *Des cultures alimentaires « sous régime d'aide » ? Négociations autour des Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE) et de la malnutrition infantile (Sahel)* [Full text]
Food cultures under assistance schemes: Negotiations over ready-to-use therapeutic foods and child malnutrition (Sahel). Published in *Anthropology of food*, 11 | 2016.
- [Cohuet et al., 2012](#), S. Cohuet, C. Marquer, S. Shepherd, V. Captier, C. Langendorf, F. Ale, K. Phelan, M.L. Manzo, R.F. Grais, *Intra-household use and acceptability of ready-to-use-supplementary-foods distributed in Niger between July and December 2010*, *Appetite*, 59 (3) (2012), p. 698-705, [10.1016/j.appet.2012.07.019](https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.07.019).
- Comité des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels, *Rapport parallèle de la République démocratique du Congo*, « Diamants et droit au travail, Kasai-Oriental, RDC », mai 2009.
- Olivier de Sardan J.-P., 2008a. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation*

socio-anthropologique. Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant.

DOI : [10.3917/lautr.056.0223](https://doi.org/10.3917/lautr.056.0223)

- Desk Eco, « Kasai-Oriental : la MIBA a enregistré une hausse des creuseurs clandestins dans son polygone suite au chômage causé par l'état d'urgence », juillet 2020.
- Dorier-Apprill, Élisabeth, et Robert Ziavoula, « La diffusion de la culture évangélique en Afrique centrale. Théologie, éthique et réseaux », *Hérodote*, vol. no 119, no. 4, 2005, pp. 129-156.
- Jean Battory, Thierry Vircoulon, « Les pouvoirs coutumiers en RDC : institutionnalisation, politisation et résilience », Notes de l'Ifri, mars 2020.
- Gifford, Paul, « Healing in African Pentecostalism: The "Victorious Living" of David Oyedepo », *Global Pentecostal and Charismatic Healing* (2011; online edn, Oxford Academic, 1 May 2011), accessed 24 Feb. 2023. Lien : <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195393408.003.0013>
- Jean Hiernaux, « Luba du Katanga et Luba du Kasai (Congo) : comparaison de deux populations de même origine », dans *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, XI^e Série, Tome 6 fascicule 4, 1964, p. 611-622.
- Kabata Kabamba, « Pouvoir, territorialité et conflictualité au Grand Kasai », *Belgeo*, 2018. Lien : <https://journals.openedition.org/belgeo/26916>
- Mia Marchini, Alice Rosi, Francesca Raia, Elena Bertolotti, Francesca Scazzina & Eleonora Carini (2022) *Acceptability of alternative ready-to-use therapeutic foods in acute malnutrition management—a systematic review*, *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 73:8, 993-1004. DOI : [10.1080/09637486.2022.2119213](https://doi.org/10.1080/09637486.2022.2119213)
- Mwembu, D. D. d. « La réharmonisation des rapports entre les Katangais et les Kasaiens dans la province du Katanga (1991-2005) », *Anthropologie et Sociétés*, volume 30, n°1, 2006, pp. 117-136.
- Nikiéma V, Fogny NF, Kangas ST, Lachat C, Salpéteur C. *Availability, use, and consumption practices of ready-to-use therapeutic foods prescribed to children with uncomplicated severe acute malnutrition aged 6-59 months during outpatient treatment in Burkina Faso*. *Appetite*. 2022 Jan 1;168:105751. DOI : 10.1016/j.appet.2021.105751. Epub 2021 Oct 11. PMID: 34648913.
- Noyes J . and al, *Cochrane qualitative and implementation methods group guidance series | volume 97*, p35-38, may 2018 Lien : [https://www.jclinepi.com/issue/S0895-4356\(18\)X0003-1](https://www.jclinepi.com/issue/S0895-4356(18)X0003-1)
- Sara Geenen et Stefaan Marysse, « La fin des diamants du sang... : un futur brillant pour les diamants du Congo? », 2008.
- Laurent Vidal, Laëtitia Atlani-Duault, « Au bonheur des autres : anthropologie de l'aide humanitaire », *L'Homme*, 180 | 2006, 203-206.

ANNEXES



Tradipraticien dans son local - © Action contre la Faim



Femmes interviewées - © Action contre la Faim



Une mère partageant le *Pumpy Nut* avec ses enfants
© Action contre la Faim



Carine Magen - Référente étude qualitative
Action contre la Faim 2022

cmagenfabregat@actioncontrelafaim.org

© Alexis Huguet pour Action contre la Faim

