

A photograph of a woman sitting on a bed with a baby. The woman is wearing an orange shirt and has a thoughtful expression, resting her chin on her hand. The baby is lying on the bed, wrapped in a purple blanket. The bed has a metal frame and a white mosquito net is draped over it. The background is a simple room with a blue wall.

**ÉTUDE DE FAISABILITÉ EN APPUI
À LA RÉSILIENCE NUTRITIONNELLE
AU KWANGO (RDC)**

RÉSULTATS CLÉS



Action contre la Faim remercie chaleureusement la coopération britannique et son équipe à Kinshasa pour son soutien financier et les orientations stratégiques.

Action contre la Faim remercie également les membres du comité technique de l'étude pour leur participation, leurs idées et leur disponibilité. Nous remercions aussi le gouvernement congolais à travers le Programme National de Nutrition (PRONANUT) national et provincial ainsi que les différents ministères aux deux niveaux et les autorités locales qui ont permis le bon déroulement de cette recherche. Nous remercions enfin les équipes d'Action contre la Faim et les expert.e.s impliquées pour ce travail innovant et de qualité.

Une version complète du rapport peut être téléchargée sur le site internet d'Action contre la Faim. Les points de vue exprimés dans ce rapport sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de la coopération britannique.



1. INTRODUCTION

En 2017, en République démocratique du Congo (RDC), 6,5% des enfants de moins de cinq ans souffraient de malnutrition aiguë globale (MAG), et 2% souffraient de malnutrition aiguë sévère (MAS). Les taux de malnutrition chronique sont également extrêmement préoccupants avec 41,8% des enfants de moins de cinq ans souffrant d'un retard de croissance¹.

Dans la province du Kwango, la récurrence des crises nutritionnelles est particulièrement alarmante. Entre 2016 et 2017, 10 des 14 zones de santé ont été en situation d'alerte nutritionnelle ou de crise confirmée, avec des taux de MAG allant jusqu'à 16,4% dans la zone de santé de Kahemba² et des taux de MAS atteignant 6,5% dans la zone de santé de Feshi³ en 2016. En 2017, les 3/4 de la province du Kwango étaient en situation de crise nutritionnelle⁴.

Le Kwango est touché par les trois principales formes de malnutrition : chronique, aiguë et carences en micronutriments. L'évolution des taux de malnutrition sur les dernières années témoigne en outre d'une dégradation de la situation nutritionnelle, avec un fort impact de la saisonnalité. Enfin, dans cette province, la malnutrition est perçue comme la résultante de facteurs et de déterminants socio-économiques multiples. En effet, la province fait face à des crises nutritionnelles en l'absence de chocs significatifs ou de conflits armés – ces crises sont donc largement dues à des causes structurelles et/ou à des chocs mineurs ou variations saisonnières (période de soudure, pestes animales, mauvaises récoltes).

C'est en réponse à la complexité de la situation nutritionnelle dans la province qu'Action contre la Faim, en étroite collaboration avec le Programme National de Nutrition (PRONANUT) et avec le soutien de la coopération britannique, a mené la présente étude avec pour objectifs de :

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

Ce document présente les principaux résultats et le cadre d'intervention issus de cette étude. La version complète du rapport d'étude peut être téléchargée sur le site internet d'Action contre la Faim.

¹ MICS 2018

² Enquête SMART, Action contre la Faim, 2016

³ Enquête SMART, COOPI, 2016

⁴ Bulletins du système de Surveillance Nutritionnelle, Sécurité Alimentaire et d'Alerte Précoce (SNSAP), enquêtes SMART



2. MÉTHODOLOGIE

Cette étude a placé les communautés au centre de l'analyse et de l'identification des besoins et solutions locales, à travers une approche multisectorielle et systémique. Un processus participatif a été privilégié :

- Au niveau local: implication des communautés.
- Au niveau provincial: mobilisation du comité multisectoriel sur la nutrition existant au niveau de la province.
- Au niveau national: formation d'un comité technique composé de membres du gouvernement, de la société civile, des académiques et des partenaires techniques et financiers. Ce comité mobilisé pendant toutes les phases du projet a joué également un rôle clé d'orientation, d'enrichissement et de validation de l'étude.

L'étude s'est déroulée en cinq phases :

- 1) Phase exploratoire / de cadrage
- 2) Diagnostic communautaire
- 3) Analyse approfondie des principaux problèmes identifiés par les communautés
- 4) Identification des options de réponse au niveau communautaire
- 5) Élaboration d'un cadre d'intervention

À l'issue de la phase exploratoire, une méthodologie d'enquête mixte a été élaborée. L'étude a inclus un volet qualitatif (focus groupes et entretiens) et un volet quantitatif (questionnaires ménages, collecte de données anthropométriques). Les guides d'entretien et de questionnaires scientifiquement validés ont mis l'accent sur la compréhension approfondie des causes de la malnutrition. Une méthodologie d'échantillonnage aléatoire raisonnée a été adoptée, et s'est faite à trois degrés différents :

TERRITOIRES

L'étude a couvert les trois territoires sur cinq (Feshi, Kahemba, Popokabaka) les plus représentatifs de la province selon les critères suivants: prévalence de la MAG, insécurité alimentaire, fréquence des alertes nutritionnelles, appui extérieur, prévalence du Konzo, caractéristiques agro-écologiques et végétation.

VILLAGES

Au sein de chaque territoire cible, cinq villages ont été sélectionnés en fonction de l'accessibilité géographique, l'accessibilité géographique au centre de santé (distance), l'accessibilité à l'eau potable, et le type d'activités économiques.

PARTICIPANT.E.S

Pour le volet qualitatif, le profil des participant.e.s aux focus groupes a été choisi par les mobilisateurs communautaires en fonction de la discussion à mener. Pour le volet quantitatif, il s'agissait d'une enquête transversale utilisant un sondage en grappes à deux degrés auprès des ménages: le premier degré était représenté par le village tandis que le second degré est le ménage. L'échantillon a inclus 1320 ménages sélectionnés aléatoirement et répartis dans les trois territoires: Feshi (330), Kahemba (568) et Popokabaka (422).

3. ELÉMENTS DE CONTEXTE GÉNÉRAL

Le Kwango est un district du Congo depuis 1890, incorporé à la province du Bandundu en 1960, puis à nouveau province indépendante depuis l'éclatement du Bandundu en trois provinces en 2015. La province représente environ 3,9% de la RDC en terme de surface, et 2,6% en terme de population⁵, et continue à être classée parmi les plus pauvres de la RDC. Elle est caractérisée par :

UN FORT ENCLAVEMENT

Au Kwango, les infrastructures routières sont caractérisées par leur insuffisance et/ou leur mauvais état. En 2016, 84% des routes de la province étaient en mauvais état, 11% dans des conditions praticables, et seuls 5% en bon état. Bien que le Kwango soit un lieu de passage routier entre le Kwilu, les provinces du Kasai et la frontière angolaise, ce passage reste limité en raison du très mauvais état des infrastructures routières. De plus, le manque de routes secondaires permettant de relier les grands axes aux territoires les plus isolés impacte la production, l'écoulement des produits agricoles, et l'accès aux et l'approvisionnement en produits agricoles, et le prix des denrées y compris alimentaires.

UNE POPULATION EN FORTE CROISSANCE MAIS EN SITUATION DE GRANDE VULNÉRABILITÉ

La population du Kwango est estimée à 2 152 000 habitant.e.s d'après l'Institut national de la statistique (INS) en 2015, et 2 298 983 habitant.e.s selon les rapports annuels des zones de santé de 2016. Cette population serait passée à 2 448 147 personnes selon les rapports annuels des zones de santé de 2018, soit une augmentation de 2% par an sur les trois dernières années. Cette forte croissance démographique ne s'est pas accompagnée d'une croissance économique : le Kwango continue d'être classé parmi les régions les plus pauvres de la RDC, avec des indicateurs de développement humain très bas et un faible accès aux services de base.

⁵INS, 2015

DANS LA PROVINCE DU KWANGO :



- En 2015, 92,7% de la population vivait avec moins de 1,90 USD/jour¹ contre 77,1% pour l'ensemble de RDC²
- L'espérance de vie à la naissance est estimée à 47 ans³
- 89%* des enfants meurent avant l'âge de cinq ans⁴
- 57%* des enfants nés vivants meurent avant l'âge d'un an⁴
- Seuls 5,8% des ménages ont un accès durable à une source d'eau améliorée contre 52% pour l'ensemble de la RDC⁴
- 7,8% des ménages ont accès à un assainissement de base contre 17% en milieu rural en RDC⁴
- 15,7% de la population pratiquent la défécation à l'air libre⁵
- 47% des femmes n'ont reçu aucune instruction⁶
- Nombre de centres de santé et hôpitaux par territoire
 - o Kasongo-Lunda: 92
 - o Feshi: 84
 - o Kenge: 60
 - o Kahemba: 49
 - o Popokabaka: 25

* Donnée du Bandundu ¹ Incidence de Pauvreté en RDC par Province et Territoire, CAID, 2015 ² Banque Mondiale, 2011 ³ DPS, 2016 ⁴ EDS 2013-2014 ⁵ Atlas, Unicef, 2017 ⁶ Banque Mondiale/PDSS, 2017

UN PROFIL ÉCONOMIQUE PEU DIVERSIFIÉ

Le Kwango est une zone agro-pastorale qui tire la majeure partie de ses ressources de l'agriculture (cultures vivrières principales : manioc, arachide, igname ou patate douce), de l'élevage (petits ruminants, bovins) et des produits de la cueillette⁶. Dans ce contexte, la principale source de revenus pour les ménages est la vente de leurs récoltes (manioc, maïs et arachides), des aliments sauvages périodiques (chenilles et champignons), du charbon de bois et du bois de chauffe ainsi que du bétail (notamment en cas de chocs), et, dans le nord du Kwango, de la vente d'huile et de vin de palme. Malgré son potentiel, la pêche reste peu développée. Les sources de revenus sont donc faiblement diversifiées, notamment car les emplois salariés sont peu nombreux et les filières de transformation rarement développées. La dépendance des ménages vis-à-vis de la vente des produits agricoles et forestiers impacte en outre leur autoconsommation et les rend vulnérables aux chocs (climatiques, agricoles, dépenses imprévues).

En parallèle, l'économie du Kwango reste fortement marquée par son passé diamantifère. L'activité diamantifère a été pratiquée dans la province elle-même mais aussi principalement en Angola voisin, où beaucoup d'hommes ont émigré pour travailler dans les mines. L'exode massif de la main-d'œuvre active vers l'Angola a entraîné une baisse de revenus chez les ménages restés au Kwango, du fait d'une plus faible production agricole. Elle a également eu un impact sur la situation économique des ménages au retour des hommes, car ceux-ci ont pu se désintéresser de l'agriculture.

UNE PRODUCTION AGRICOLE INSUFFISANTE EN QUANTITÉ, EN QUALITÉ ET EN DIVERSITÉ

Au Kwango, la production vivrière est entièrement paysanne, et essentiellement réalisée par les femmes. Celles-ci font face à de nombreux obstacles impactant la production agricole en quantité et en diversité : manque d'intrants (semences, outils, fertilisants), difficile accès aux terres, petite taille des parcelles, manque d'implication des hommes dans les activités agricoles et absence d'encadrement agronomique. Or, l'alimentation des ménages dans le Kwango est très liée à la qualité, à la diversité et à la quantité des productions agricoles. Ainsi, le manioc fait partie des productions principales et reste l'aliment majoritairement consommé et disponible pour les ménages, malgré sa faible valeur nutritionnelle. À l'inverse, les cultures diversifiées (e.g. légumes) sont produites en faible quantité et surtout destinées à la vente, et profitent ainsi peu à l'alimentation des ménages les cultivant. De la même manière, la production animale est également faible notamment dû au faible encadrement zootechnique, et est surtout orientée vers la vente afin de couvrir les autres besoins financiers.

UN ENVIRONNEMENT ET DES RESSOURCES NATURELLES DÉGRADÉS

Plus largement, la province fait face à un environnement fortement dégradé. La fertilité des sols connaît une dégradation progressive face à la surexploitation des terres agricoles, l'érosion, la déforestation et les pratiques agricoles à impact négatif (raccourcissement de la durée des jachères, feux de brousse répétés). Enfin, la province fait face à des chocs ponctuels qui impactent la production agricole et animale : ravageurs des cultures (animaux en divagation, mosaïque, cochenille et araignée verte), maladies des animaux (notamment volailles), irrégularités ou retards dans le début des pluies, inondations etc. Les populations de la province ne disposent pas de stratégies de résilience positives suffisantes ou adaptées.

UNE GESTION DES TERRES NON OPTIMALE

Au Kwango, l'accès aux et la gestion des terres posent de nombreux défis. Les populations expriment ainsi des difficultés à accéder aux terres pour cultiver. Rares sont les programmes d'intervention de gestion foncière de la part des services étatiques, et c'est le droit coutumier qui régit la gestion des terres à travers les chefs des terres. Ceux-ci peuvent intervenir au détriment des besoins des petits producteurs, par exemple en concédant des terres arables aux fermiers pour l'élevage de bovins. Dans les zones où il n'y a pas ou pas assez de terres d'État mises gratuitement à disposition des villageois.es, près de 20% de la population loue la terre par saison agricole. Ces ménages manquent plus de nourriture durant l'année et sont plus vulnérables à la malnutrition aiguë en période de soudure. Enfin, la dégradation des sols peut contraindre les populations à défricher de nouvelles parcelles et à les épuiser à leur tour. Celles-ci sont souvent plus éloignées des habitations, ce qui augmente la charge de travail des femmes.

⁶FewsNet, 2016 et résultats des phases 3 et 4 (qualitatives et quantitatives) de cette enquête

UN ENVIRONNEMENT SANITAIRE PROBLÉMATIQUE

La situation sanitaire dans la province est encore plus précaire qu'elle ne l'est au niveau national car seuls 7,8% des ménages ont accès à un environnement assaini⁷. Des latrines à fosse simple sont présentes dans la plupart des villages mais elles sont rarement hygiéniques. Les pratiques d'hygiène ne sont pas optimales, aussi bien en ce qui concerne le lavage des mains que des enfants. Pour diverses raisons, il n'est pas considéré comme nécessaire de se laver systématiquement les mains avant les repas. Quand le lavage est effectué, c'est souvent à l'eau simple et dans une bassine commune aux membres du ménage. L'usage de la cendre comme désinfectant n'est pas connu par les populations et le savon est peu présent dans les ménages faute de moyens. La faible disponibilité en eau, la surcharge de travail des femmes et l'absence d'implication des hommes dans les soins aux enfants ont des répercussions sur leur hygiène quotidienne, facteur propice au développement des maladies.

⁷ Atlas, Unicef, 2017

⁸ FAO, SOFI, 2013

⁹ FAO, Nutrition et Résilience, 2014

¹⁰ FSIN, 2014

¹¹ EDS 2013-2014

4. LA MALNUTRITION, UN ENJEU PRIORITAIRE DANS LE KWANGO

DÉFINITION DE LA MALNUTRITION

L'état nutritionnel se rapporte à « l'état physiologique d'un individu résultant des interactions entre les apports et les besoins en nutriments, ainsi que de la capacité de l'organisme en matière de digestion, d'assimilation et d'utilisation de ces nutriments. »⁸ La malnutrition correspond à un « état physiologique anormal causé par des carences, des excès ou des déséquilibres de l'alimentation (énergie ou nutriments) nécessaires pour mener une vie saine et active, ou les deux. »⁹ En RDC, et en particulier au Kwango, c'est davantage l'apport alimentaire insuffisant par rapport aux besoins en nutriments qui est constaté. Dans le cadre de cette étude, les trois formes de malnutrition (aiguë, chronique et carences en micronutriments) ont été prises en compte dans leur ensemble. La malnutrition est la résultante de multiples déterminants immédiats, sous-jacents et basiques, et nécessite une réponse intégrée.

LA NOTION DE RÉSILIENCE NUTRITIONNELLE

Cette étude aborde l'ensemble des causes ou déterminants de la malnutrition afin d'identifier les options de réponse reliant la nutrition et la résilience, considérant que la nutrition est à la fois un résultat et un facteur de résilience⁸. La résilience est entendue comme « la capacité qui garantit que des facteurs de stress et des chocs adverses n'aient pas de conséquences négatives durables sur le développement »¹⁰.

VUE D'ENSEMBLE DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE DANS LE KWANGO

Le Kwango figure parmi les provinces de la RDC où la situation nutritionnelle est particulièrement alarmante. Dans cette province, 45,6% des enfants de moins de cinq ans souffraient de malnutrition chronique et 11,6% de MAG en 2013-2014¹¹. Le Kwango est aussi la province où la malnutrition aiguë chez les femmes est la plus élevée, avec 32,1% des femmes de 15 à 49 ans qui souffrent de maigreur⁸. La situation nutritionnelle dans la province est en outre soumise à variations saisonnières : on note une augmentation du nombre de cas de malnutrition pendant la saison sèche (période de soudure) mais aussi pendant la saison des pluies, qui serait liée à d'autres comorbidités (diarrhées, paludisme).

PRINCIPAUX INDICATEURS EN NUTRITION DANS LE KWANGO



Malnutrition chronique chez les enfants < 5 ans (%<-2 z-score)

Kwango: 45,6%¹

RDC: 41,8%¹



Malnutrition Aiguë Globale chez les enfants < 5 ans P/T<-2ET et/ou œdèmes

Kwango: 11,6%¹

RDC: 6,5%²



Prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes

Kwango: 75%³

RDC: 67%³



Ménage souffrant de carences en vitamine A

Bandundu: 40%⁴

RDC: 12%⁴



Allaitement exclusif 0-6 mois

Kwango: 30%¹

RDC: 53,5%²

¹ Données EDS 2013-2014 ² Données MICS 2018

³ Donnée PRONANUT 2005 ⁴ Donnée tirée de Ulimwengu et al., 2012

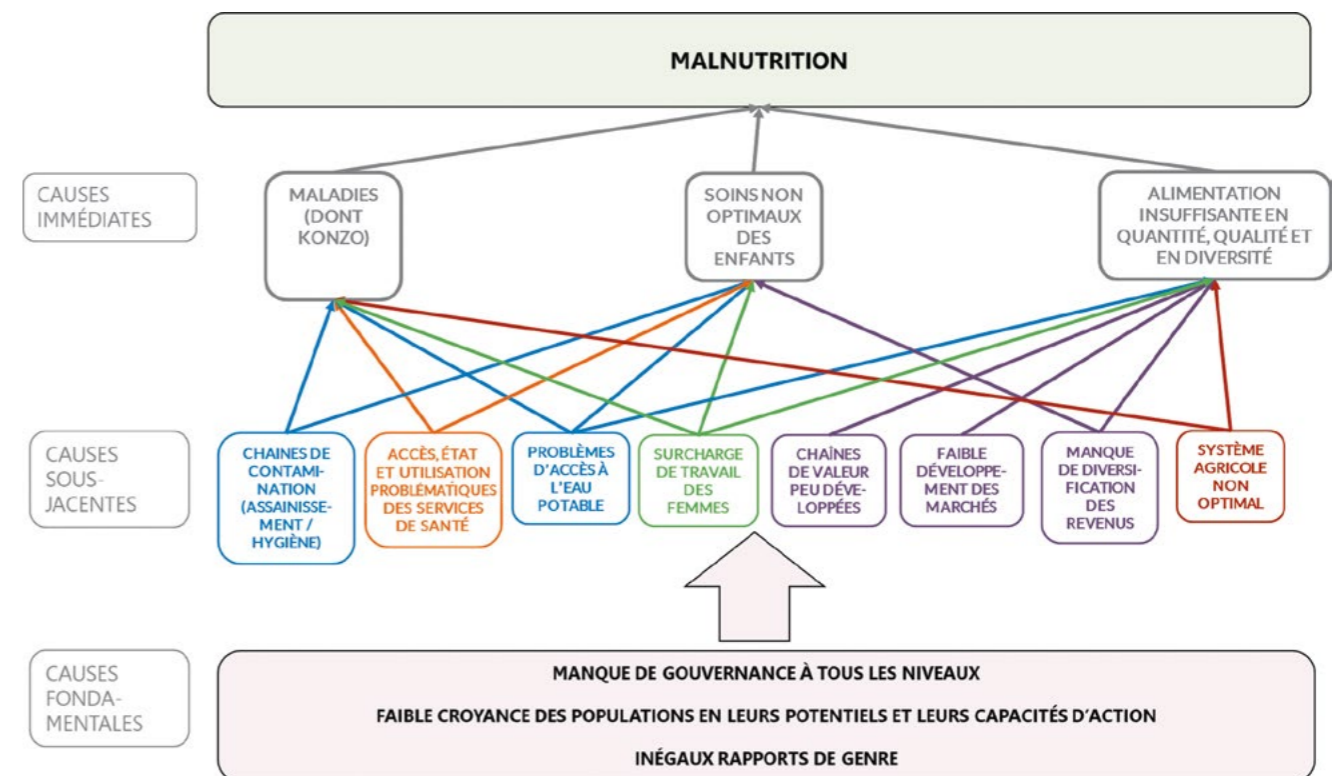




5. LES DÉTERMINANTS DE LA MALNUTRITION DANS LE KWANGO: PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Dans le Kwango, les déterminants à la malnutrition sont multisectoriels et intersectionnels. Ils sont profondément liés les uns aux autres et se renforcent mutuellement, générant des situations complexes et très spécifiques. Ils incluent des facteurs dits immédiats, sous-jacents et fondamentaux, tels que présentés dans le schéma ci-dessous.

Figure 1 – Schéma d'ensemble des déterminants de la malnutrition dans le Kwango



LES CAUSES FONDAMENTALES DE LA MALNUTRITION: UNE TRANSVERSALITÉ DE PRATIQUES NON OPTIMALES

Au Kwango, il existe des dynamiques profondément ancrées qui affectent la situation nutritionnelle de manière transversale: manque de gouvernance, faible confiance des populations en leurs capacités d'action, et inégalités de genre. Ces facteurs contribuent à l'insécurité nutritionnelle et à la faible résilience nutritionnelle des populations. Celles-ci sont transversales et affectent l'ensemble des sphères de la vie quotidienne des individus, des ménages, des communautés et de la société dans son ensemble. Vu la transversalité de ces trois aspects, il est apparu fondamental de les prendre en compte comme prérequis et partie intégrante de toutes les actions à mener, quel que soit le domaine d'intervention.

Gouvernance

Pendant l'étude, les personnes enquêtées ont manifesté à plusieurs reprises leur défiance et leur manque de confiance par rapport aux actions et groupements collectifs (e.g. comités de gestion des points d'eau) car elles en ont souvent été déçues. Elles ont évoqué les détournements de cotisations, le manque d'implication des responsables des groupements, la non prise en compte de leurs besoins par les dirigeants. La faible implication des autorités provinciales et locales – notamment en matière d'encadrement des activités agricoles, de gestion des ressources naturelles et de priorisation de la nutrition dans les plans et politiques - constitue un autre obstacle à l'amélioration des conditions de vie et de la résilience nutritionnelle des populations. Les manques de la gouvernance communautaire, locale et provinciale figurent ainsi parmi les causes fondamentales de la malnutrition dans le Kwango.

Manque de confiance envers le collectif

Les personnes enquêtées ont également mentionné la difficile mobilisation individuelle et communautaire pour mettre en œuvre des actions et solutions collectives. Les solutions possibles sont souvent perçues comme ne pouvant venir que de l'extérieur (Organisation non gouvernementale, services de l'État) ou des responsables locaux (chefs de villages, leaders religieux).

Inégalités de genre

Les inégalités de genre et le faible statut des femmes impactent la sécurité nutritionnelle des populations de manière fondamentale. Les femmes ont en général un faible niveau d'instruction et un très faible pouvoir de décision dans les ménages et les communautés. Elles ne peuvent décider par elles-mêmes de l'utilisation de leurs revenus et des ressources du ménage, et cela impacte l'allocation des ressources notamment concernant l'alimentation et la nutrition. En parallèle, les hommes peuvent avoir un comportement défavorable au bien-être y compris nutritionnel du ménage (e.g. alcoolisme). Ces facteurs expliquent que la population enquêtée ne soit pas favorable aux transferts monétaires, craignant que l'argent ne soit pas utilisé pour améliorer la sécurité nutritionnelle des ménages. Enfin, la surcharge de travail auxquels les femmes font face impacte la qualité de l'alimentation et la quantité de production agricole possible, leur santé, et le temps disponible pour les soins des enfants. La figure 2 met en avant les liens causaux liant malnutrition et inégalités de genre.

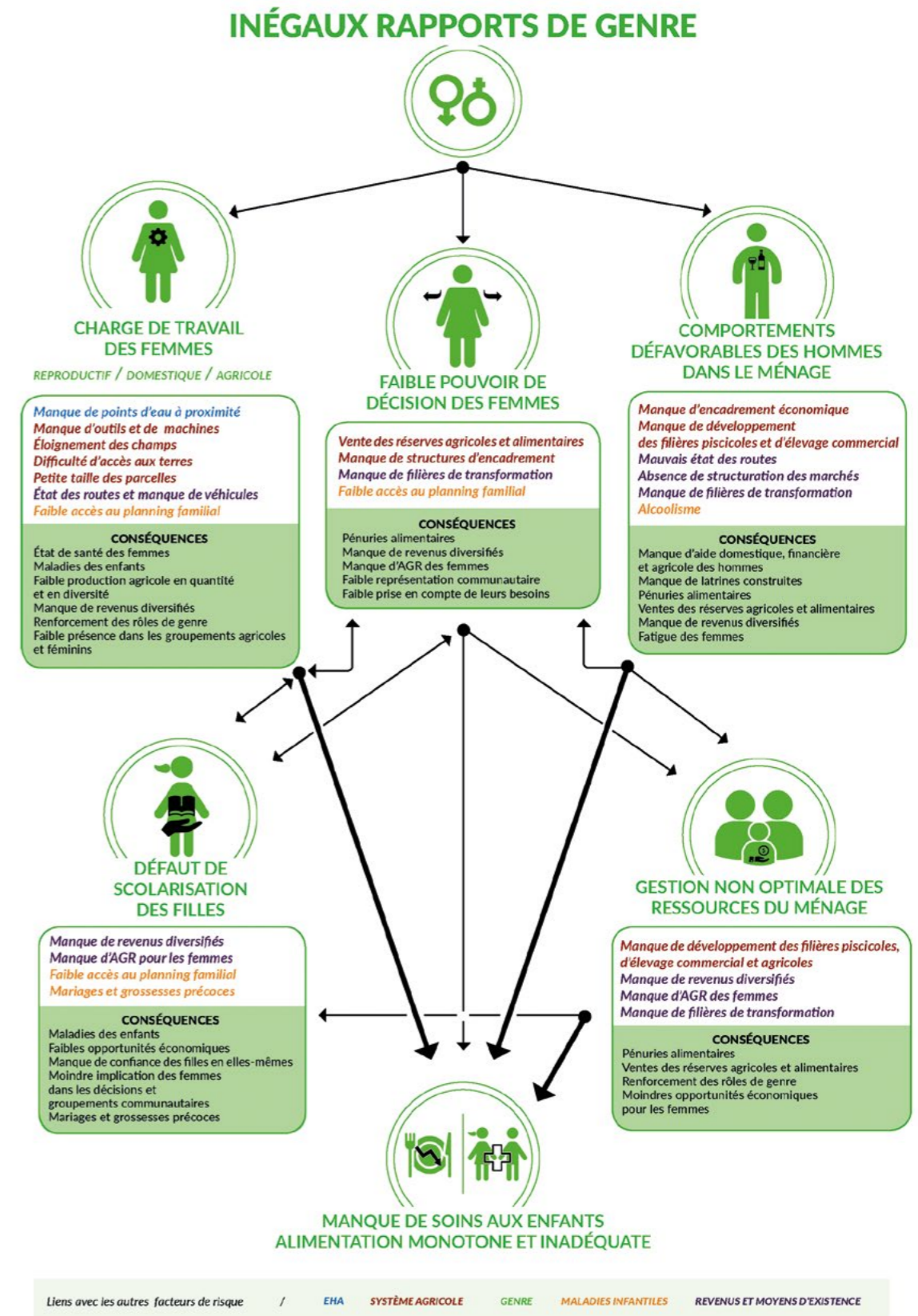


Figure 2 – Schéma causal des facteurs de genre impliqués dans les situations de malnutrition



© Guillaume Binet/ MYOP pour Action contre la Faim

LES CAUSES IMMÉDIATES ET SOUS-JACENTES DE LA MALNUTRITION: DES INTERRELATIONS COMPLEXES

Dans le Kwango, si les causes immédiates de la malnutrition s'avèrent classiques, à savoir les maladies, un défaut de soins aux enfants et une alimentation insuffisante en quantité et en diversité, les raisons sous-jacentes à cette situation nutritionnelle sont multisectorielles et intersectionnelles.

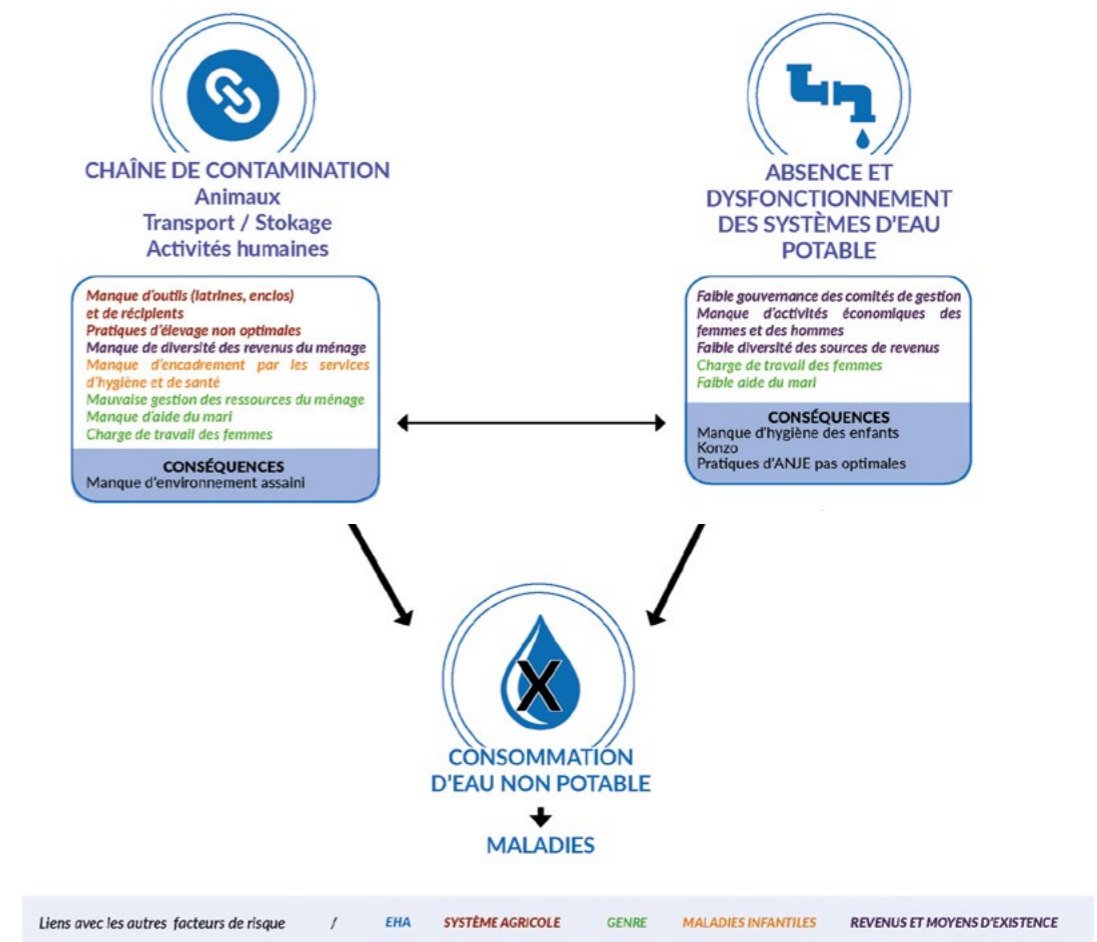
Maladies et nutrition

Dans le Kwango, la situation sanitaire est préoccupante. Dans l'ancienne province du Bandundu dont fait partie le Kwango, 57 enfants sur 1 000 mouraient avant leur cinquième anniversaire en 2013-2014. 14,5% des enfants de 6 à 59 mois avaient des maladies diarrhéiques¹². 1,2% des enfants étaient atteints du Konzo – une maladie neurologique chronique d'origine alimentaire¹³. Les épisodes de maladies infantiles ont une incidence directe sur la situation nutritionnelle des enfants. Elles résultent de déficits combinés entre les domaines de l'eau, de l'hygiène, de l'assainissement, de la santé, de l'agriculture et des rapports de genre.

Certaines maladies infantiles sont liées aux mauvaises conditions d'hygiène, eau et assainissement. Dans le Kwango, la grande majorité des ménages dans les cités et les villages consomme de l'eau non potable venant des rivières, des puits ou de la pluie. Du fait de la consommation d'eau contaminée (boue, vers, excréments d'animaux), les enfants sont très souvent porteurs de parasites qui affaiblissent leur organisme et empêchent l'absorption nutritive des aliments. L'éloignement des sources d'eau, combiné à une faible capacité financière des ménages limitant l'achat de récipients de transport, fait que l'eau ramenée au ménage est souvent en quantité insuffisante. Des choix dans l'utilisation de cette eau sont faits, privilégiant la préparation alimentaire au détriment des pratiques d'hygiène des enfants et d'assainissement. Si les conditions hygiéniques ne sont pas réunies, ils seront exposés à des maladies et aux microbes qui peuvent facilement affecter leur santé et les « entraîner » dans la malnutrition. La figure 3 met en avant les liens causaux liant malnutrition et eau, hygiène et assainissement.

¹² EDS 2013-2014
¹³ Action contre la Faim 2010

Figure 3 – Schéma causal des problèmes d'accès à l'eau potable impliqués dans les situations de malnutrition



La forte prévalence du Konzo dans le Kwango est quant à elle directement liée aux pratiques agricoles et alimentaires des populations. Le Konzo est dû à la consommation répétée de manioc amer non purifié de son cyanure sans apports soufrés¹⁴ pour en limiter les effets. La faible production agricole en quantité et en diversité, la forte consommation du manioc comme aliment de base, le manque de temps des femmes ainsi que le manque d'eau disponible pour faire tremper les tubercules de manioc pour les purifier, expliquent cette forte prévalence, en particulier chez les femmes et les enfants.

Enfin, les insuffisances du système de santé et sa faible utilisation par les populations contribuent à une prise en charge non optimale des maladies infantiles et à un manque de suivi médical des enfants et des femmes dans le Kwango, qui impactent à leur tour le statut nutritionnel des populations. L'utilisation des services curatifs dans la province est faible: 44,9% en 2017 et 47,6% en 2018¹⁵. Cela s'explique par un ensemble d'obstacles à l'accès et utilisation des services de santé: l'impraticabilité des routes, le coût des soins, les pénuries en intrants et médicaments, la qualité des services, le manque de temps des femmes, une gestion des ressources du ménage par l'homme ne privilégiant pas forcément la santé et les soins, ou des perceptions ou croyances spécifiques concernant l'étiologie des maladies. Le premier recours des ménages en cas de maladies est de faire appel à la médecine traditionnelle pratiquée par les guérisseurs ou les vieilles, les liens entre médecines traditionnelle et allopathique sont rares. La figure 4 met en avant les liens causaux liant malnutrition et accès aux soins.

¹⁴ Les apports soufrés se font par la consommation de protéines animales, malheureusement peu accessibles aux ménages.
¹⁵ Données SNIS

SOINS INFANTILES ET PARCOURS DE SOIN NON PROTECTEURS

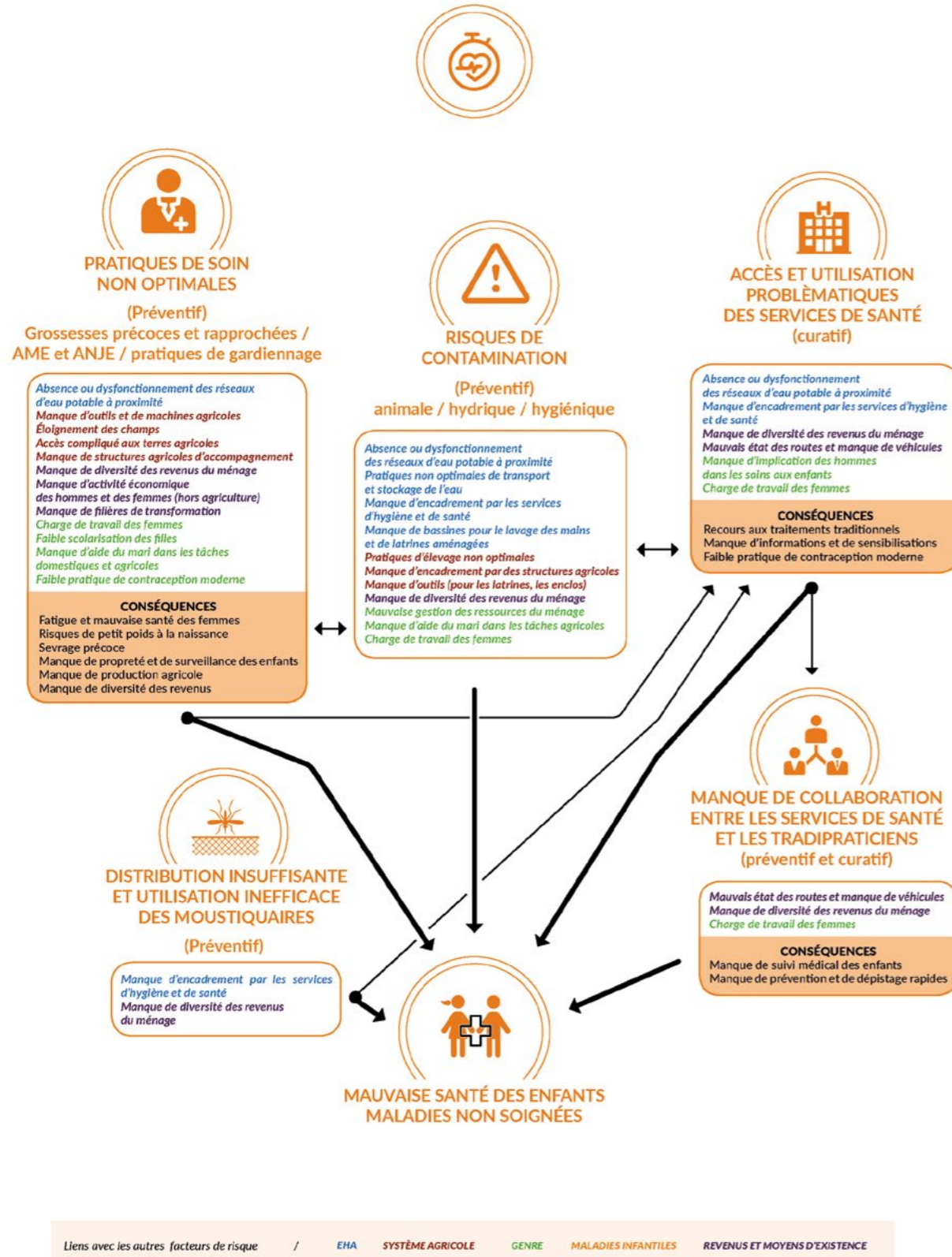


Figure 4 – Schéma causal des facteurs liés à l'accès aux soins impliqués dans les situations de malnutrition



Alimentation insuffisante en quantité et qualité et nutrition

Dans le Kwango la production agricole, en quantité, qualité et diversité insuffisantes, a une incidence très forte sur l'alimentation des ménages. Plusieurs facteurs ne favorisent pas l'essor de la production agricole : accès limité aux champs, contraintes écologiques et environnementales, manque d'infrastructures routières favorables aux échanges commerciaux, techniques et outils de production peu efficaces, manque de structures agricoles collectives pour plus d'auto-organisation, difficultés d'accès aux intrants et semences, dégradation des sols et chocs climatiques. Le manque d'encadrement agricole et agronomique impacte également la capacité de production agricole : les producteur.rice.s n'ont alors pas accès aux machines, outils et techniques qui leur permettraient d'augmenter leurs rendements mais aussi de préserver et régénérer les sols. En parallèle, le manque de lieux de transformation, de stockage et de conservation des produits agricoles périssables impacte la production agricole. Par conséquent, les agriculteur.rice.s qui le pourraient ne produisent que les quantités rapidement vendables faute d'infrastructures permettant de garantir le bon état de réserves et de stocks. La figure 5 met en avant les liens causaux liant production agricole et malnutrition.



© Guillaume Binet/ MYOP pour Action contre la Faim

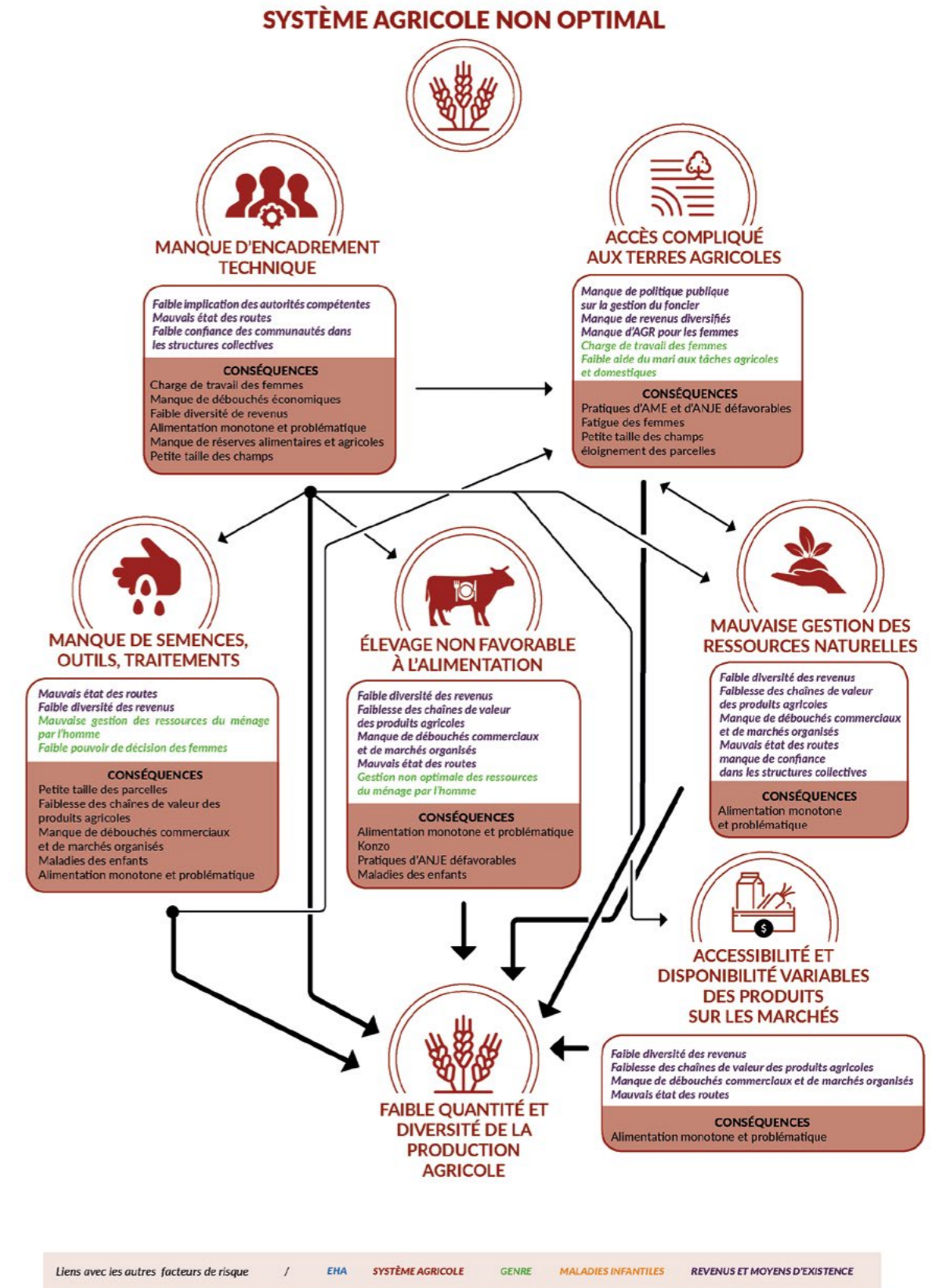


Figure 5 - Schéma causal des facteurs agricoles impliqués dans les situations de malnutrition

Au-delà, ce sont les pratiques, habitudes et perceptions peu propices à la diversité alimentaire qui impactent beaucoup la sécurité nutritionnelle. Le manioc, peu nutritif, constitue l'aliment de base, et si de nombreux produits sont cultivés (e.g. céréales), près de la moitié des ménages ne consomme jamais de haricots ni de niébé (48%) et le poisson n'est consommé qu'une fois par semaine par 44% des ménages de Kwango (62% à Kahemba). Les fruits ne sont consommés qu'occasionnellement, et la consommation d'aliments sauvages au Kwango n'est pas documentée¹⁶. Dans l'ensemble, les ménages produisent peu et une partie de la production – surtout les produits nutritifs plus rémunérateurs – est vendue par les ménages pour compenser la faible diversité des revenus¹⁷. La part restante pour l'alimentation est donc minimale, peu diversifiée et de très faible qualité nutritionnelle.

Enfin, plus largement, le manque de diversité des moyens d'existence a aussi une incidence sur la quantité, la diversité et la qualité de l'alimentation, et donc sur la sécurité nutritionnelle et la résilience des ménages à la malnutrition. Les filières de production ne sont pas suffisamment organisées, les marchés manquent d'organisation et d'intégration, et le mauvais état des infrastructures routières limitent la capacité des populations à transporter leurs produits jusqu'aux lieux de vente. En parallèle, le manque d'activités génératrices de revenus renforce la dépendance des ménages vis-à-vis de l'agriculture. En l'absence de sources de revenus diversifiées, les ménages vendent les produits agricoles, pastoraux (bétail) et halieutiques comme stratégie pour faire face aux chocs et besoins financiers ponctuels. La dépendance alimentaire au système agricole pourrait être moindre si les ménages disposaient de ressources financières davantage diversifiées pour acheter leur nourriture. La figure 6 met en avant les liens causaux liant malnutrition et manque de diversité des moyens d'existence.

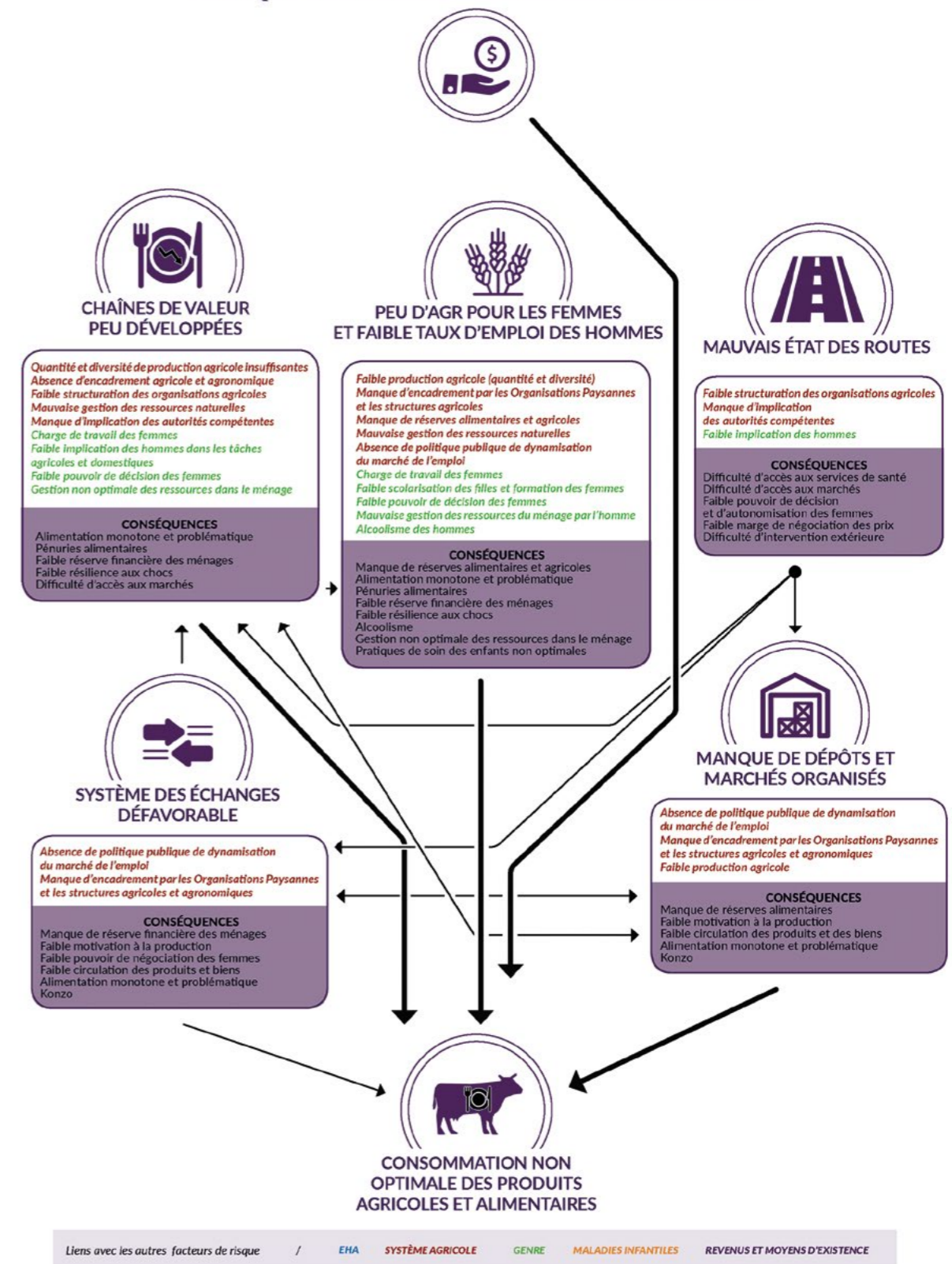
Pratiques de soin et nutrition

Dans le Kwango, les pratiques de soin envers les enfants ne sont pas optimales, et cela a une incidence significative sur leur statut nutritionnel. De manière générale, dans cette province, la surcharge de travail des femmes et le manque d'implication des hommes portent préjudice aux soins dispensés aux enfants. Ce sont les femmes qui sont considérées comme principales pourvoyeuses des soins notamment aux enfants. Pourtant, l'implication des pères dans l'éducation et les soins de leurs enfants est un facteur de protection reconnu contre la malnutrition infantile¹⁸.

Les mères sont à la fois en charge des travaux agricoles et des corvées domestiques. Elles ne sont pas forcément en mesure de privilégier l'allaitement exclusif, avec un impact sur le statut nutritionnel des nourrissons et jeunes enfants. Le sevrage de ceux-ci est souvent précoce, à partir de 3 ou 4 mois. Les mères disposent souvent d'un temps limité pour préparer les repas mais aussi pour puiser des quantités d'eau suffisantes au ménage. De ce fait, le repas du soir est soit en quantité plus réduite, soit absent, soit tardif pour les enfants, ce qui fait qu'ils mangent insuffisamment. En parallèle, en partie par manque de temps, les repas préparés sont souvent monotones: d'après l'enquête EDS de 2013-2014, seuls 20,2% des enfants de 6 à 23 mois consomment les quatre groupes d'aliments recommandés.

Enfin, les pratiques de gardiennage peuvent porter préjudice aux pratiques d'alimentation et de soins des enfants. Ceux-ci sont souvent confiés dès l'âge de 2 ou 3 mois à des adultes du ménage voire à d'autres enfants. En 2014, 72,8% des enfants de moins de 5 ans étaient laissés à la garde d'un autre enfant de moins de 10 ans¹⁹. Cela a un impact sur les pratiques d'hygiène et d'alimentation des jeunes enfants. En effet, l'hygiène des plus petits n'est pas assurée (ils sont alors nourris d'eau ou de thé ou ne sont pas nourris du tout) et les risques de contamination (eau souillée, excréments, mains salies) sont accrus.

MANQUE DE SOURCES DIVERSIFIÉES DE REVENUS



¹⁶ Action contre la Faim, Rapports Sécurité Alimentaire et Santé, IPC, 2017

¹⁷ La vente se fait soit localement entre membres des communautés soit, pour le cas des villages, par des grossistes venus sur place, soit au marché dans les villes comme Feshi, Popokabaka et Kahemba.

¹⁸ Abate, K. H., & Belachew, T. (2017). « Women's autonomy and men's involvement in child care and feeding as predictors of infant and young child anthropometric indices in coffee farming households of Jimma Zone, South West of Ethiopia ». PLoS One, 12(3), e0172885. doi:10.1371/journal.pone.0172885 .

¹⁹ EDS, 2013-2014

Figure 6 – Schéma causal des facteurs « moyens d'existence et revenus » impliqués dans les situations de malnutrition

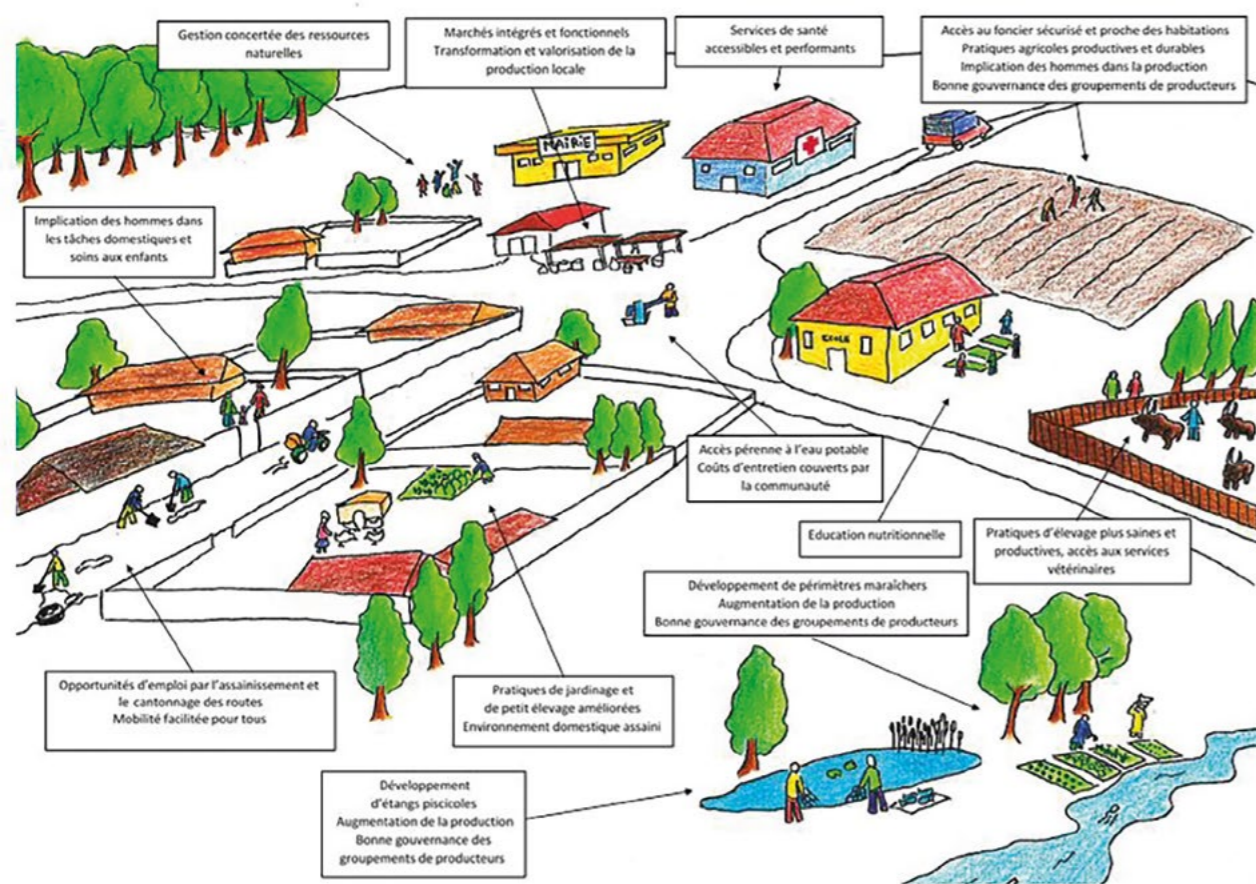
6. LE CADRE D'INTERVENTION

DES DÉTERMINANTS DE LA MALNUTRITION À UN CADRE D'INTERVENTION INTÉGRÉ

Les problèmes menant à des situations de malnutrition au Kwango s'imbriquent les uns aux autres. Ils concernent à la fois des manques matériels (outils, semences, eau, terre, soins de qualité), un défaut d'implication des autorités, des pratiques défavorables au bien-être des enfants et une défiance des populations face aux actions collectives. À ces causalités complexes et intersectionnelles doivent répondre des interventions spécifiques et intégrées. L'une des finalités principales de cette étude était ainsi d'élaborer un cadre d'intervention basé sur les recommandations et les besoins des populations, et visant à améliorer leur résilience à la malnutrition. Si la dimension trans-sectorielle et intersectionnelle de la malnutrition est connue depuis longtemps, la compréhension des interventions permettant de mettre concrètement en œuvre cette multisectorialité est davantage récente.

Le cadre d'intervention proposé s'appuie sur les réalités propres aux personnes vivant dans le Kwango. Cependant, les problèmes et les besoins identifiés dépassent la seule province du Kwango et peuvent être identifiés dans d'autres territoires. Enfin, ce cadre d'intervention met en évidence les points fondamentaux à prendre en compte dans l'élaboration de possibles stratégies d'action et rend visibles les paramètres transversaux à ces actions. Il ne propose pas d'actions répliquables mais invite à analyser les terrains locaux en fonction de certains besoins essentiels auxquels répondre avec les populations.

Figure 7 - Schéma des principaux domaines d'intervention et leurs liens en vue d'une amélioration de la résilience à la malnutrition



La figure 7 ci-dessus présente les principaux domaines d'action liés à la malnutrition et leurs interrelations. Il permet de comprendre qu'une même action peut avoir des effets sur plusieurs problèmes et amener des changements à différents niveaux. Par exemple, assurer un meilleur état des voies de communication facilite l'accès des populations aux centres de santé, aux terres agricoles et aux marchés et pourrait avoir un effet positif sur l'emploi. Il est aussi possible d'aborder un même problème par des domaines différents. L'amélioration des soins des enfants passe à la fois par le développement économique des ménages, un accès facilité à l'eau potable, un plus grand pouvoir de décision des femmes et l'implication des pères dans les tâches éducatives et domestiques.

LES DIFFÉRENTS TYPES DE BESOINS À PRENDRE EN COMPTE

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

LES DIFFÉRENTS TYPES DE BESOINS À PRENDRE EN COMPTE : L'EXEMPLE DE L'APPROVISIONNEMENT EN EAU

Besoin tangible

Il est nécessaire de réhabiliter ou de construire des points d'eau potable proches des ménages et fonctionnels.

Besoin en connaissances appliquées

Pour assurer le bon fonctionnement de ces ouvrages dans le temps, les habitant.es doivent pouvoir en assurer l'entretien technique au moyen de comités de gestion appliquant les règles de gouvernance

Besoins collectifs

Capacité d'action et de gestion collectives, existence de groupements respectant les principes de bonne gouvernance et de redevabilité, meilleure répartition des rôles sociaux de sexe.

Ces différents types de besoins impliquent **divers acteurs** avec et sur lesquels agir : chefs communautaires et religieux, relais communautaires, groupements villageois ou de développement rural, entreprises privées, ministère et services de l'énergie et ressources hydrauliques.

Dans la conception des interventions, il importe de prendre en compte ces différents niveaux de besoins et d'acteurs pour s'assurer que celles-ci répondent bien à toutes les facettes des difficultés.

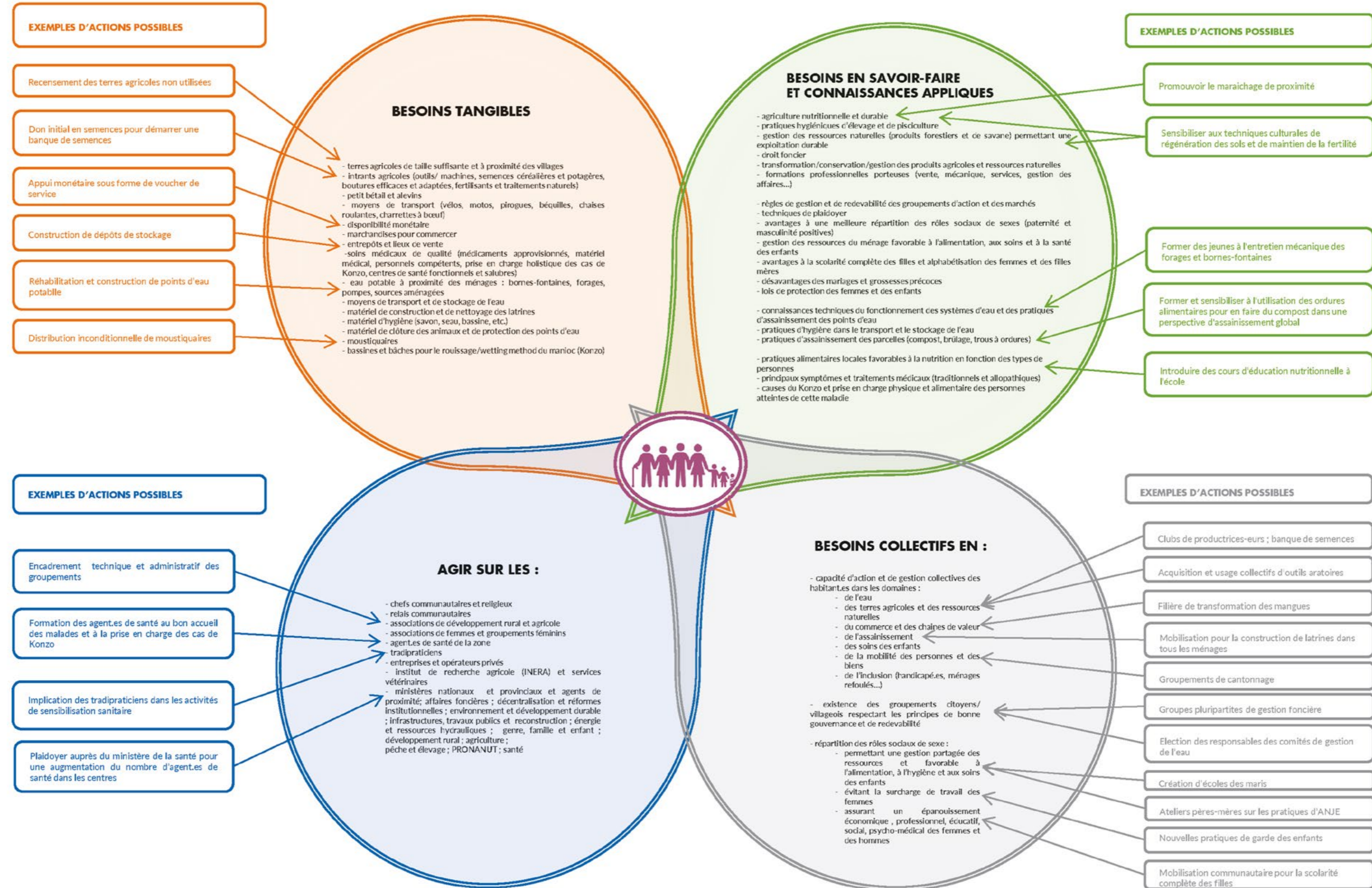
LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE LA POPULATION À PRENDRE EN COMPTE

L'enquête a mis en évidence plusieurs groupes faisant face à des vulnérabilités spécifiques et accrues au Kwango :

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

Figure 8 – Schéma du cadre d'intervention proposant des actions possibles

CADRE D'INTERVENTION



EXEMPLES D' ACTIONS POSSIBLES

- Recensement des terres agricoles non utilisées
- Don initial en semences pour démarrer une banque de semences
- Appui monétaire sous forme de voucher de service
- Construction de dépôts de stockage
- Réhabilitation et construction de points d'eau potable
- Distribution inconditionnelle de moustiquaires

EXEMPLES D' ACTIONS POSSIBLES

- Promouvoir le maraichage de proximité
- Sensibiliser aux techniques culturales de régénération des sols et de maintien de la fertilité
- Former des jeunes à l'entretien mécanique des forages et bornes-fontaines
- Former et sensibiliser à l'utilisation des ordures alimentaires pour en faire du compost dans une perspective d'assainissement global
- Introduire des cours d'éducation nutritionnelle à l'école

EXEMPLES D' ACTIONS POSSIBLES

- Encadrement technique et administratif des groupements
- Formation des agent.es de santé au bon accueil des malades et à la prise en charge des cas de Konzo
- Implication des tradipraticiens dans les activités de sensibilisation sanitaire
- Plaidoyer auprès du ministère de la santé pour une augmentation du nombre d'agent.es de santé dans les centres

EXEMPLES D' ACTIONS POSSIBLES

- Clubs de productrices-eurs ; banque de semences
- Acquisition et usage collectifs d'outils aratoires
- Filière de transformation des mangues
- Mobilisation pour la construction de latrines dans tous les ménages
- Groupements de cantonnement
- Groupes multipartites de gestion foncière
- Election des responsables des comités de gestion de l'eau
- Création d'écoles des maris
- Ateliers pères-mères sur les pratiques d'ANJE
- Nouvelles pratiques de garde des enfants
- Mobilisation communautaire pour la scolarité complète des filles

7. LES MESSAGES CLÉS

- **Des causes multiples** : Au Kwango, les causes de la malnutrition sont multisectorielles et intersectorielles, et agissent à plusieurs niveaux : individus, ménages, communautés, institutions. Les facteurs menant à des situations de malnutrition et limitant la résilience à la malnutrition s'imbriquent les uns avec les autres et il est très difficile d'isoler une ou plusieurs causes principales de la malnutrition.
- **Des causes fondamentales profondément ancrées** : dans le Kwango, le manque de gouvernance, le manque de confiance envers les institutions et le collectif, et les inégalités de genre sont des déterminants fondamentaux impactant la résilience nutritionnelle des populations. Vu l'ampleur et la transversalité de ces trois problèmes, il est crucial de les prendre en compte comme prérequis et partie intégrante de toutes les interventions à mener.
- **Des causes immédiates et sous-jacentes interconnectées** : dans le Kwango, les causes immédiates de la malnutrition sont les maladies, l'inadéquation des pratiques de soin, et le manque de diversité et quantité alimentaires. Ces causes immédiates sont cependant liées à un ensemble de déterminants sous-jacents complexes : problèmes d'accès à l'eau et assainissement, insuffisances du système de santé, moyens d'existence peu diversifiés, mauvais état des routes, manque de valorisation et diversification des chaînes de valeur, moindre statut et charge de travail des femmes.
- **Une réponse intégrée** : dans ce contexte, les réponses à apporter pour renforcer la résilience nutritionnelle des populations sont elles-mêmes multisectorielles et intersectionnelles. Elles dépendent des contextes locaux spécifiques (vs répliquables) et doivent s'inscrire sur la durée. Plusieurs exemples de projets ayant échoué ont montré qu'un vrai impact est seulement réalisable si cette multisectorialité est adéquatement prise en compte.
- **Des vulnérabilités spécifiques** : certains groupes et individus (e.g. refoulé.e.s d'Angola, ménages de femmes seules ou sans appui du mari, ménages incluant des membres malades ou âgés...) font face à des situations de vulnérabilité accrues, et leurs besoins spécifiques doivent être adressés pour renforcer leur résilience à la malnutrition.
- **La prise en compte du genre** : les causes sous-jacentes à la malnutrition dans le Kwango découlent d'inégalités de genre fortement ancrées : surcharge de travail des femmes, faible pouvoir de décision des femmes, comportement défavorable des hommes dans le ménage, défaut de scolarisation des filles, et gestion non optimale des ressources du ménage. Le genre doit donc être pris comme une priorité transversale afin de pallier au manque de soins aux enfants ainsi qu'à une alimentation monotone et inadéquate.
- **Genre et transferts monétaires** : la population enquêtée a exprimé une certaine résistance envers les transferts monétaires comme modalité d'intervention. En effet, le manque de pouvoir décisionnel des femmes et le comportement défavorable de certains hommes représentent des obstacles à l'utilisation optimale des ressources au niveau du ménage. Pour que les transferts monétaires contribuent à renforcer la résilience nutritionnelle des ménages, il est crucial de transformer les normes sociales et de genre qui impactent l'utilisation des ressources.
- **Le développement des « communs » et la dynamisation communautaire** : le manque de confiance et de mobilisation collectives fait partie des causes fondamentales de la malnutrition dans le Kwango. La question de la gouvernance, notamment en ce qu'elle concerne la gestion des services et ressources (eau, foncier, ressources naturelles...) à la base, est fondamentale et pose la question de la gestion des communs. Il est nécessaire de mettre en place des principes de gestion de ces communs afin de développer des dynamiques favorables à des situations assurant une résilience à la malnutrition (par exemple : la mise en place de sanctions graduelles en cas de transgressions des règles collectives et d'abus d'utilisation des communs). Aussi, sans redynamisation communautaire et sans que la communauté prenne confiance en elle-même et dans sa capacité d'action collective, les apports de l'extérieur n'auront pas d'impact durable.

