

**SYNTHÈSE**

# link nca

NUTRITION CAUSAL ANALYSIS

District sanitaire de Tokombéré,  
Département du Mayo-Sava, Région de l'Extrême-Nord,  
Cameroun

Janvier - Septembre 2023



## SYNTHÈSE EXECUTIVE

Action Contre la Faim (ACF) intervient dans la région de l'Extrême Nord depuis 2016. Ses projets s'inscrivent dans un contexte d'urgence ainsi que de développement dans des domaines d'actions relevant de son expertise: Santé et Nutrition, Santé Mentale et Pratiques de Soins, Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence, Eau, Assainissement et Hygiène. Dans le district sanitaire de Tokombéré, ACF met en œuvre multiples projets, y compris le CPP <sup>2</sup>, dont un des objectifs spécifiques est d'améliorer la prise en considération des facteurs sous-jacents de la sous-nutrition dans les programmes et politiques d'ACF, de la société civile et de l'Etat.

L'analyse causale de la sous-nutrition Link NCA a été menée dans le District Sanitaire de Tokombéré de Janvier au Septembre 2023. L'objectif principal de cette étude était de comprendre les mécanismes de la sous-nutrition au niveau local en vue de contribuer à l'amélioration de la pertinence et l'efficacité des stratégies de prévention de la sous-nutrition dans le district sanitaire. Parmi 20 facteurs de risque étudiés, cinq facteurs de risque ont été identifiés comme ayant un impact majeur sur la prévalence de la sous-nutrition (malnutrition aigüe, malnutrition chronique et insuffisance pondérale) dans la zone d'étude, notamment a) le faible espacement de naissances, grossesses précoces, répétitives ou non-désirées, b) le faible état nutritionnel de femmes, c) les pratiques d'alimentation des enfants 6-23 mois non-optimales, d) le faible accès aux sources de revenu et e) le faible support social des femmes.

## MÉTHODOLOGIE

Une analyse causale de la sous-nutrition Link NCA étudie les multiples facteurs responsables de la sous-nutrition. Elle représente un point de départ pour améliorer l'efficacité et la pertinence des programmes de sécurité nutritionnelle dans un contexte donné. La Link NCA est une étude structurée, participative et holistique qui s'appuie sur le schéma causal de l'UNICEF, ayant pour objectif l'élaboration d'un consensus basé sur les causes plausibles de la sous-nutrition dans un contexte local<sup>2</sup>.

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

## ETAPES CLÉS

Revue systématique de données secondaires a été réalisée en Avril 2023. La revue de données secondaires a compris plus de 80 documents de multiples domaines, y compris la recherche antérieure applicable à la zone d'étude, dans le but d'identifier un ensemble de facteurs de risque et leurs interactions qui pourraient déclencher la sous-nutrition chez les enfants de moins de 5 ans.

Analyses de données quantitatives secondaires (régressions logistiques bivariées et linéaires) ont été menées de Mars au Juin 2023, en utilisant les bases de données de l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) de 2014<sup>3</sup>, l'enquête SMART de 2017<sup>4</sup> et l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2018<sup>5</sup>.

La synthèse de la revue de données secondaires, y compris les analyses de données secondaires, a été présentée aux parties prenantes et experts techniques lors d'un atelier technique initial qui a eu lieu le 19 Avril 2023 à Tokombéré.

Etude qualitative approfondie a été menée entre Avril et Mai 2023 dans quatre localités qualitativement représentatives de la zone d'étude. Au niveau du village, une variété de participants, y compris les chefs coutumiers, les agents de santé et les relais communautaires, ainsi que les mères et pères d'enfants de moins de 5 ans, ont été invités à participer. Au total, 49 discussions de groupe et 60 entretiens semi-directifs ont été organisés avec 446 participants, dont 281 femmes. L'étude qualitative a compris une étude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis de leurs frères ou sœurs non-malnutris.

<sup>1</sup> Convention de Partenariat Pluriannuel établie entre Agence Française de Développement et Action Contre la Faim.

<sup>2</sup> Pour plus d'informations sur la méthodologie, veuillez consulter [www.linknca.org](http://www.linknca.org).

<sup>3</sup> Institut National de la Statistique, 'Enquête Par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS5) 2014'.

<sup>4</sup> United Nations International Children's Emergency Fund, 'Enquête Nutritionnelle et de Mortalité Rétrospective Chez Les Femmes, Les Adolescents Et Les Enfants Au Cameroun. (Est, Adamaoua, Nord et Extrême Nord)'.

<sup>5</sup> Institut National de la Statistique and ICF International, 'Enquête Démographique et de Santé Cameroun 2018'.

Synthèse des résultats a été réalisée entre Aout et Septembre 2023. Les résultats finaux ont été présentés aux principaux décideurs et partenaires opérationnels lors de l'atelier technique final le 11 Septembre 2023 à Tokombéré.

## RÉSULTATS PRINCIPAUX

### A. CATÉGORISATION DES FACTEURS DE RISQUE

Suite à une triangulation de données provenant de sources diverses (Cf. *Etapes clés*), les facteurs de risque de la sous-nutrition ont été catégorisés comme *majeurs*, *importants* et *mineurs*, dépendamment de leur effet plausible sur la prévalence de la sous-nutrition dans la zone d'étude. Cinq (5) facteurs de risque ont été identifiés comme ayant un impact **majeur**, sept (7) facteurs de risque ont été classés comme ayant un impact **important** et huit (8) facteurs de risque ont été considérés comme ayant un impact **mineur**. Parmi les facteurs de risque majeurs, deux ont été identifiés dans le secteur de la santé, à savoir le faible espacement de naissances, grossesses précoces, répétitives ou non-désirées et le faible état nutritionnel de femmes, un facteur de risque a été identifié dans le secteur de la santé mentale et pratiques de soins, à savoir les pratiques d'alimentation des enfants 6-23 mois non-optimales, un facteur de risque a été identifié dans le secteur de la sécurité alimentaire et les moyens d'existence, à savoir le faible accès aux sources de revenu, un facteur a été identifié dans le secteur de genre, à savoir le faible support social des femmes.

Facteur de risque		Interprétation globale/ Impact de facteur de risque
A	Faible accès aux services de santé	+
B	Faible utilisation des services de santé	++
C	Espacement de naissances / Grossesses précoces, répétitives ou non-désirées	+++
D	Petit poids à la naissance	+
E	Faible état nutritionnel des femmes	+++
F	Bien-être du donneur de soins	++
G	Pratiques d'allaitement maternel 0-6 mois inadéquates	++
H	Pratiques d'alimentation des enfants 6-23 mois inadéquates	+++
I	Faible qualité d'interactions entre l'enfant et le donneur de soins	+
J	Faible accès à l'alimentation de qualité	++
K	Faible accès aux sources de revenu	+++
L	Faible accès au marché	+
M	Faibles capacités de résilience	++
N	Accessibilité, disponibilité et qualité inadéquate de l'eau au niveau de ménage	++
O	Faibles pratiques d'assainissement	+
P	Faibles pratiques d'hygiène personnelle	+
Q	Faibles pratiques d'hygiène alimentaire et d'environnement	+
R	Surcharge de travail des femmes	++
S	Faible autonomie des femmes / Faible pouvoir de décision	-
T	Faible soutien des femmes	+++

### B. ASSOCIATIONS STATISTIQUES

Sur la base de données disponibles (MICS 2014, SMART 2017 et EDS 2018), les associations statistiques par le biais des régressions logistiques et linéaires ont permis d'observer des similitudes ainsi que des différences entre les facteurs de risque de la malnutrition aiguë (émaciation), du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale.

Les **facteurs de risque**<sup>6</sup> communs pour l'émaciation sur la base de l'indice Poids/Taille, le retard de croissance sur la base de l'indice Taille/Âge et l'insuffisance pondérale sur la base de l'indice Poids/Âge comprennent la fièvre, un nombre de naissances dans le ménage, et la consommation des céréales et d'autres légumes. Les **facteurs de protection**<sup>6</sup> communs pour ces trois déficits nutritionnels incluent l'indice de Masse Corporelle (IMC) de la mère et l'accès à l'électricité dans le ménage.

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

Aucun facteur de risque et/ou de protection commun n'a été identifié pour l'émaciation et le retard de croissance. Deux facteurs de protection communs, à savoir le score de richesse combiné et un nombre de visites prénatales, a été identifié pour l'émaciation et l'insuffisance pondérale.

Une majorité de chevauchements a été observée entre le retard de croissance et l'insuffisance pondérale. Les facteurs de risque communs pour ces deux déficits nutritionnels comprennent le lieu d'accouchement (domicile), un nombre de mois d'allaitement (bas), le père ayant d'autres épouses, l'argent étant une barrière d'accès aux services de santé ainsi que la consommation des légumes à feuilles vertes et des légumineuses. D'ailleurs, le risque plus élevé de retard de croissance et d'insuffisance pondérale s'appliquait également aux enfants dont les mères n'ont pas pu manger des aliments nutritifs et sains au cours des 12 mois précédant l'enquête, aux enfants dont les mères ont presque toujours mangé la même chose et aux enfants dont les mères se sont inquiétées de ne pas avoir assez à manger. Les facteurs de protection communs pour le retard de croissance et l'insuffisance pondérale incluent l'âge de l'enfant (<24 mois), l'enfant étant mis au sein dans la première heure après l'accouchement, l'enfant encore allaité, la taille de la mère, le niveau d'instruction du chef de ménage et/ou le niveau d'instruction de la mère (primaire), l'estimation de la joie de la mère (assez ou très joyeuse), la possession d'une télévision et/ou l'accès aux informations à travers la radio et/ou la télévision.

### C. SCHÉMAS CAUSAUX

Perception communautaire<sup>7</sup>. D'après la population, la sous-nutrition est provoquée par le faible accès aux revenus dû à l'indisponibilité des activités génératrices de revenu dans la zone d'étude et/ou le changement de leur capacité de générer le revenu par rapport aux années antérieures. Parmi les raisons les plus citées figurent l'indisponibilité de terres cultivables sous la pression démographique et l'infertilité de ces terres causée par la surutilisation. Par conséquent, l'accès à l'alimentation de qualité est considérablement réduit avec un effet direct sur l'état nutritionnel des femmes - et leurs capacités d'allaiter les enfants - et/ou sur les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

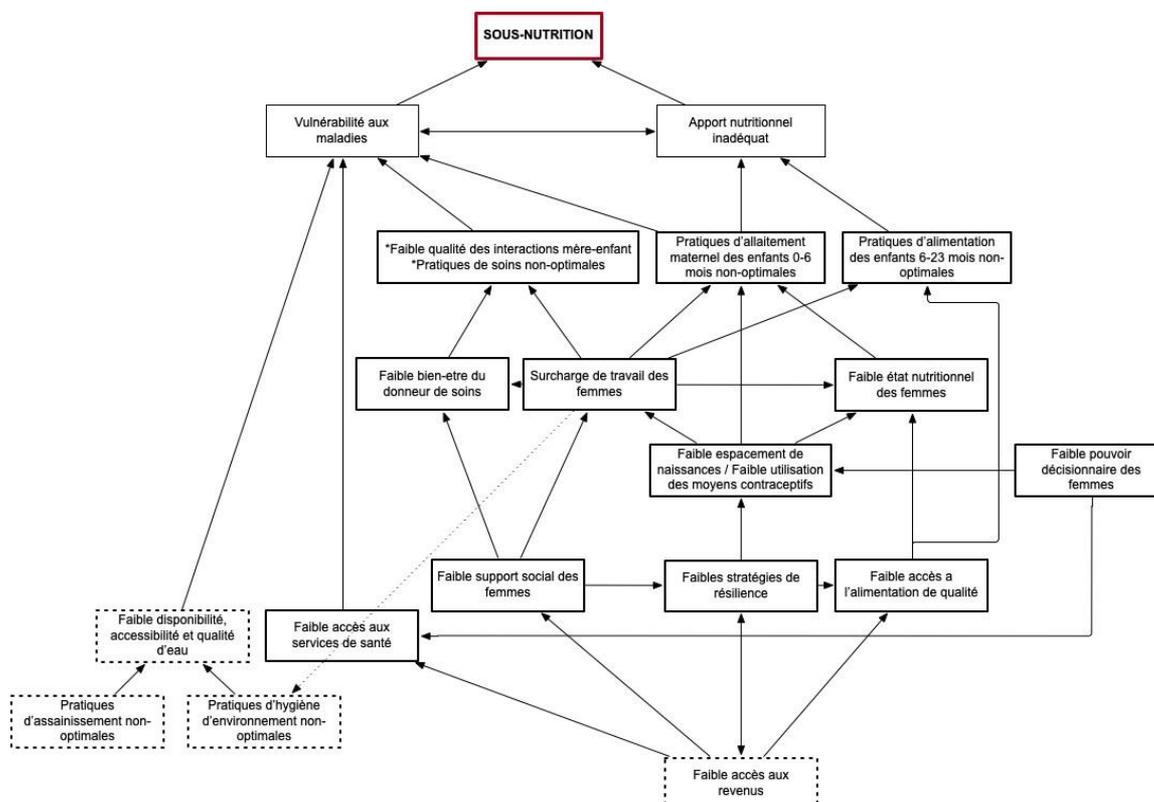


Figure 1: Perceptions communautaires des schémas causaux de la sous-nutrition, District sanitaire Tokombéré

<sup>7</sup> Les cellules en ligne discontinue représentent les facteurs de risque qui sont applicables seulement pour certaines communautés, surtout celles avec l'accès aux points d'eau non-améliorés. Tous les autres facteurs de risque sont applicables pour toute la zone d'étude.

En parallèle, le faible accès aux revenus diminue le niveau du support accordé aux femmes qui ensuite augmente leur charge de travail et joue sur leur bien-être mental, surtout pendant la saison pluvieuse quand la charge de travail est particulièrement élevée et la disponibilité des aliments réduite. En d'autres mots, les femmes sans soutien approprié se trouvent à jongler entre des responsabilités au sein de ménage et des nouvelles responsabilités liées à la génération de revenu pour combler les besoins de leurs enfants. Ceci les éloigne du foyer avec des conséquences importantes sur leurs pratiques de soins. Dans les communautés chrétiennes/animistes, la population associe le faible support aux femmes à la propagation de la polygamie, les relations extraconjugales et la déresponsabilisation graduelle des hommes envers leurs épouses.

Le faible accès aux revenus influe aussi les stratégies de résilience du ménage qui peuvent transmuier vers leur forme négative si le ménage épuise d'autres options disponibles au cours des années. Entre autres, les femmes tentent de sécuriser leur survie à travers leur progéniture, supposant qu'un nombre croissant d'enfants qu'elles accouchent augmente leurs chances d'être convenablement prise en charge lors de leur vieillesse. Ceci se traduit en absence de la planification familiale qui est d'ailleurs imposée par un désir des maris d'avoir une grande lignée des héritiers. Il va sans dire que les naissances répétitives affaiblissent l'état nutritionnel des femmes et augmentent leur charge de travail. Il est aussi important à noter que la consommation d'alcool en tant que stratégie de résilience, surtout parmi les hommes, joue négativement sur la disponibilité de ressources financières dans le ménage aux fins de la prise en charge optimale de ses membres.

*Etude comparative d'enfants malnutris vis-à-vis de leurs frères ou sœurs non-malnutris. Les mères ont constaté un manque de support et une surcharge de travail, surtout pendant la grossesse. La majorité se sont plaintes des complications pendant la grossesse, lors de l'accouchement et/ou pendant la période post-partum, tandis que presque une moitié a admis d'avoir subi des difficultés de bien-être mental pendant ces périodes. Un tiers des femmes a signalé des chocs au niveau de ménage pendant la grossesse, y compris le départ du mari en migration, la perte de l'activité génératrice de revenu (chômage), le décès du mari ainsi que des problèmes conjugaux. Une quasi moitié d'enfants dans l'échantillon ont été nés plus petit que la moyenne et décrits « malades » dans les heures et/ou jours suivant leur naissance. Plus de trois quarts des mères ont jugé qu'elles n'ont pas consommé des aliments en quantité et qualité suffisantes pendant la période de grossesse, aucune mère n'a pensé qu'elle a consommé des aliments en qualité suffisante pendant la période d'allaitement. Plus d'une moitié d'enfants malnutris n'a pas été allaité exclusivement, un cinquième des femmes a signalé des problèmes de production du lait maternel. Parmi les femmes qui ont introduit des aliments de complément précocement ou tardivement figurent les femmes qui devaient sevrer leurs enfants dû à la nouvelle grossesse et les femmes traversant des périodes difficiles, y compris le divorce.*

*Les schémas causaux présentés ci-dessous sont basés sur le schéma construit lors des consultations communautaires (Cf. Figure 1) tandis que les résultats des analyses statistiques y ont été ajoutés pour résumer visuellement les preuves disponibles pour chaque forme de la sous-nutrition. Il est important à noter que les associations statistiques ne sont pas systématiquement valides pour toutes les trois formes de la sous-nutrition et/ou les contradictions peuvent se présenter.*

Malnutrition aigüe. Sur la base des preuves disponibles, deux voies causales construites autour de six facteurs de risque clés peuvent expliquer la plupart des cas de malnutrition aiguë dans la zone d'étude. Premièrement, le *faible accès aux revenus* joue sur le faible accès à l'alimentation de qualité et, par conséquent, sur les *pratiques d'alimentation des enfants non-optimales*. En parallèle, le faible accès à l'alimentation de qualité entraîne le *faible état nutritionnel des femmes*, exacerbé par les *naissances répétitives*, qui les prévient d'observer des *pratiques d'allaitement maternel optimales*. De l'autre côté, le *faible accès à l'eau* augmente le risque des *infections répétitives*, conduisant à la malnutrition aiguë, si laissées non-traitées ou traitées tardivement.

**Facteurs de risque:** Les enfants de moins de 24 mois, les enfants de pères plus jeunes et les enfants souffrant de la fièvre et/ou la diarrhée ont été plus susceptibles d'être émaciés. La consommation des céréales et/ou des légumes<sup>8</sup>, l'accès à la source d'eau non-améliorée et un nombre croissant de naissances dans le ménage ont été aussi associés à un risque plus élevé de l'émaciation.

**Facteurs de protection:** Une valeur croissante de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) de la mère, un nombre croissant de ses visites prénatales et le niveau croissant de l'éducation du père ont été associés

<sup>8</sup> Il est important à noter que la nature potentiellement contre-intuitive de ces résultats ne nie pas la valeur nutritive des aliments respectifs mais souligne plutôt un possible méfaut d'un manque de diversité alimentaire si les repas dans les ménages sont principalement composés de ces aliments.

à un risque moins élevé de l'émaciation. Les enfants vivant dans les ménages avec l'accès à l'électricité avaient aussi un risque moins élevé de l'émaciation.

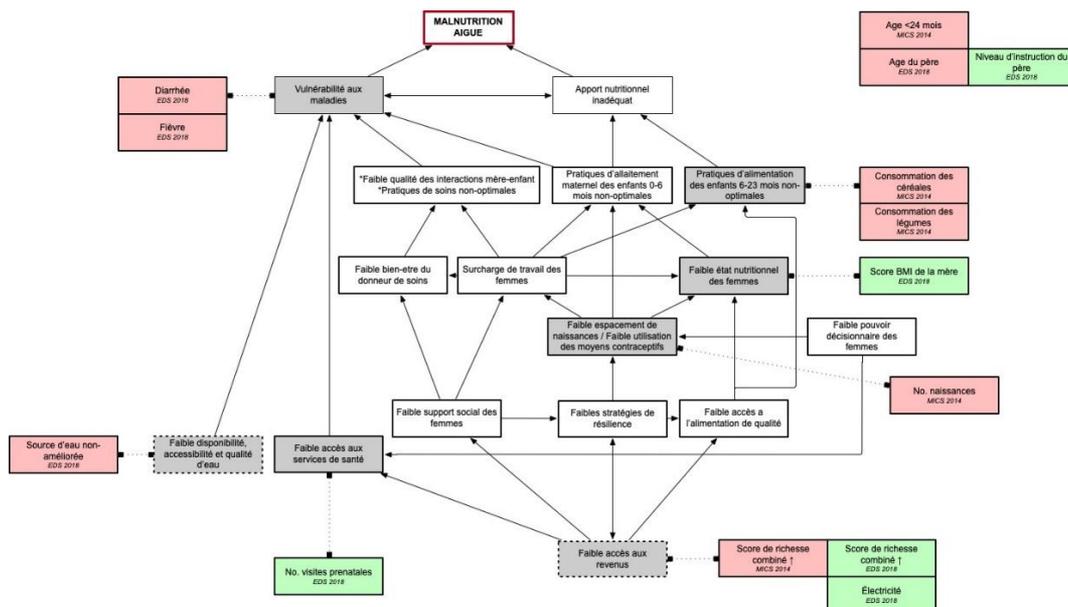


Figure 2: Schéma causal de la malnutrition aigüe, District sanitaire Tokombéré<sup>9</sup>

Retard de croissance. Sur la base des preuves disponibles, deux voies causales construites autour de onze facteurs de risque clés peuvent expliquer la plupart des cas de retard de croissance dans la zone d'étude. Premièrement, le *faible accès aux revenus* joue sur le *faible support des femmes* qui augmente leur *charge de travail* ainsi que la *perception du stress*. Par conséquent, les femmes n'arrivent pas observer les pratiques de soins optimales, surtout les *pratiques d'allaitement maternel optimales*. En parallèle, le *faible accès aux revenus* entraîne le *faible accès à l'alimentation de qualité* et, par conséquent, sur les *pratiques d'alimentation des enfants non-optimales*. Au même temps, le *faible accès à l'alimentation de qualité* conduit au *faible état nutritionnel des femmes*, exacerbé par les *naissances répétitives* ainsi que leur *surcharge de travail*.

**Facteurs de risque:** Les enfants résidant dans le milieu rural et les enfants nés à domicile avaient un risque plus élevé de retard de croissance. Le risque de retard de croissance augmentait avec l'âge et un nombre croissant de naissances dans le ménage. Le poids plus faible à la naissance ainsi qu'un nombre décroissant de mois d'allaitement maternel ont été aussi associés à un risque plus élevé du retard de croissance. Les enfants dont les pères ont eu d'autres épouses, les enfants vivant dans les maisons avec le sol en sable, les enfants dont les mères ont été enceintes au moment de l'enquête ainsi que les enfants de mères qui n'écoutaient jamais à la radio ou qui l'écoutaient moins d'une fois par semaine avaient un risque plus élevé de retard de croissance. Les mêmes tendances ont été observées chez les enfants de mères qui ne regardaient jamais la télévision ou qui la regardaient moins d'une fois par semaine. Les enfants qui ont eu la fièvre et les enfants dont les donneurs de soins ont eu problèmes financiers d'accès aux soins de santé avaient un risque plus élevé de retard de croissance. Le risque plus élevé de retard de croissance s'appliquait également aux enfants dont les mères n'ont pas pu manger des aliments nutritifs et sains au cours des 12 mois précédant l'enquête, aux enfants dont les mères ont presque toujours mangé la même chose et aux enfants dont les mères se sont inquiétées de ne pas avoir assez à manger. La consommation des aliments à la base de céréales, des légumes à feuilles vertes, des autres légumes et/ou des aliments à base des haricots a été associée à un risque plus élevé du retard de croissance<sup>8</sup>.

<sup>9</sup> Les cellules en rouge représentent les facteurs de risque liés de manière significative à la malnutrition aigüe, tandis que les cellules en vert indiquent des facteurs de protection significativement liés à la malnutrition aigüe, selon les calculs de valeur  $p < 0.05$ . Les cellules grises représentent les facteurs de risque soutenus par l'évidence disponible. Les cellules en ligne pointillée suggèrent des facteurs de risque mentionnés dans certaines communautés mais ne peuvent pas être généralisés pour toute la zone d'étude.

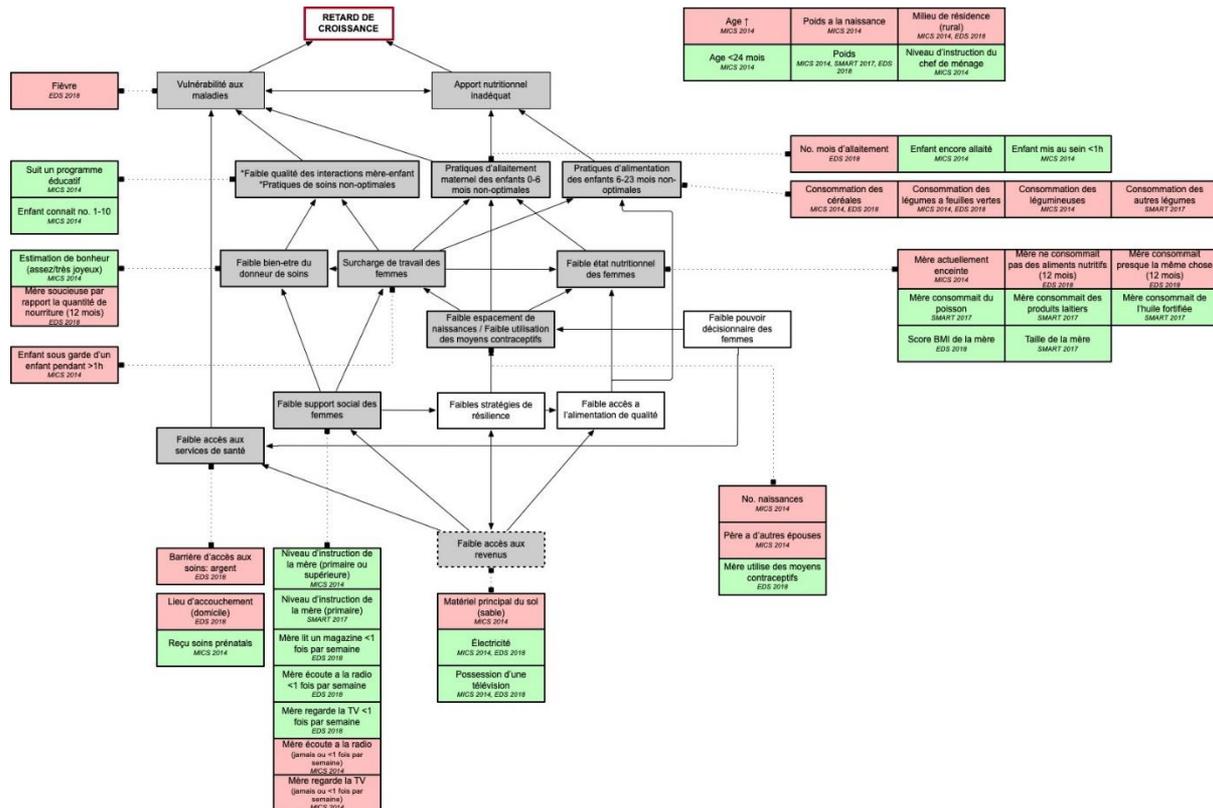


Figure 3: Schéma causal du retard de croissance, District sanitaire Tokombéré9

**Facteurs de protection:** Les enfants de moins de 24 mois et les enfants dont mères étaient de plus grande taille avaient un risque moins élevé de retard de croissance. Le risque diminuait avec la valeur croissante de l'IMC de la mère, le poids croissant de l'enfant et un nombre croissant des visites prénatales. Le risque était moins élevé pour les enfants dont les mères ont utilisé une méthode contraceptive traditionnelle et/ou moderne, les enfants dont les mères ont déclaré d'avoir été assez ou très joyeuse et les enfants dont les mères ont consommé des produits laitiers, de la viande et de l'huile fortifié. Les enfants qui ont été mis au sein dans la première heure après l'accouchement et/ou les enfants qui ont été encore allaités au moment de l'enquête avaient aussi un risque moins élevé de retard de croissance. Les enfants vivant dans les ménages avec l'accès à l'électricité, dans les ménages avec une télévision, les enfants des mères résidant avec leurs maris au moment de l'enquête et/ou des mères possédant une maison conjointement avec leurs maris avaient un risque moins élevé de retard de croissance. Les enfants dont les mères ont atteint au moins un niveau primaire d'instruction ou les enfants de mères qui lisaient un magazine, écoutaient à la radio ou regardaient la télévision une fois par semaine avaient un risque moins élevé de retard de croissance. D'ailleurs, un niveau croissant d'instruction du chef de ménage a diminué un risque de retard de croissance.

**Insuffisance pondérale.** Sur la base des preuves disponibles, deux voies causales construites autour de neuf facteurs de risque clés peuvent expliquer la plupart des cas de l'insuffisance pondérale dans la zone d'étude. Premièrement, le *faible accès aux revenus* joue sur le *faible support des femmes* qui augmente leur *perception du stress*. Par conséquent, les femmes n'arrivent pas observer les pratiques de soins optimales, surtout les *pratiques d'allaitement maternel optimales*. En parallèle, le *faible accès aux revenus* entraîne le *faible accès à l'alimentation de qualité* et, par conséquent, sur les *pratiques d'alimentation des enfants non-optimales*. Au même temps, le *faible accès à l'alimentation de qualité* conduit au *faible état nutritionnel des femmes*, exacerbé par les *naissances répétitives*.

**Facteurs de risque:** Les enfants nés à domicile, les enfants vivant dans les ménages avec une femme en tant que chef de ménage, et/ou les enfants dont les pères ont eu d'autres épouses avaient un risque élevé d'insuffisance pondérale. Le risque d'insuffisance pondérale augmentait avec l'âge et un nombre croissant de naissances dans le ménage. Le fait que les mères n'ont accompli aucune visite prénatale a été associé à un risque plus élevé d'insuffisance pondérale chez leurs enfants. Le poids plus faible à la

naissance ainsi qu'un nombre décroissant de mois d'allaitement maternel ont été aussi associés à un risque plus élevé d'insuffisance pondérale. Les enfants qui ont bu autre chose que du lait maternel pendant les trois jours après la naissance avaient un risque plus élevé d'insuffisance pondérale ainsi que les enfants qui ont eu la fièvre et les enfants dont les donneurs de soins ont eu problèmes financiers d'accès aux soins de santé. Le risque plus élevé d'insuffisance pondérale s'appliquait également aux enfants dont les mères n'ont pas pu manger des aliments nutritifs et sains au cours des 12 mois précédant l'enquête, aux enfants dont les mères ont presque toujours mangé la même chose et aux enfants dont les mères se sont inquiétées de ne pas avoir assez à manger. La consommation des aliments à la base de céréales, des légumes à feuilles vertes, des autres légumes et/ou des aliments à base des haricots a été associée à un risque plus élevé d'insuffisance pondérale<sup>8</sup>.

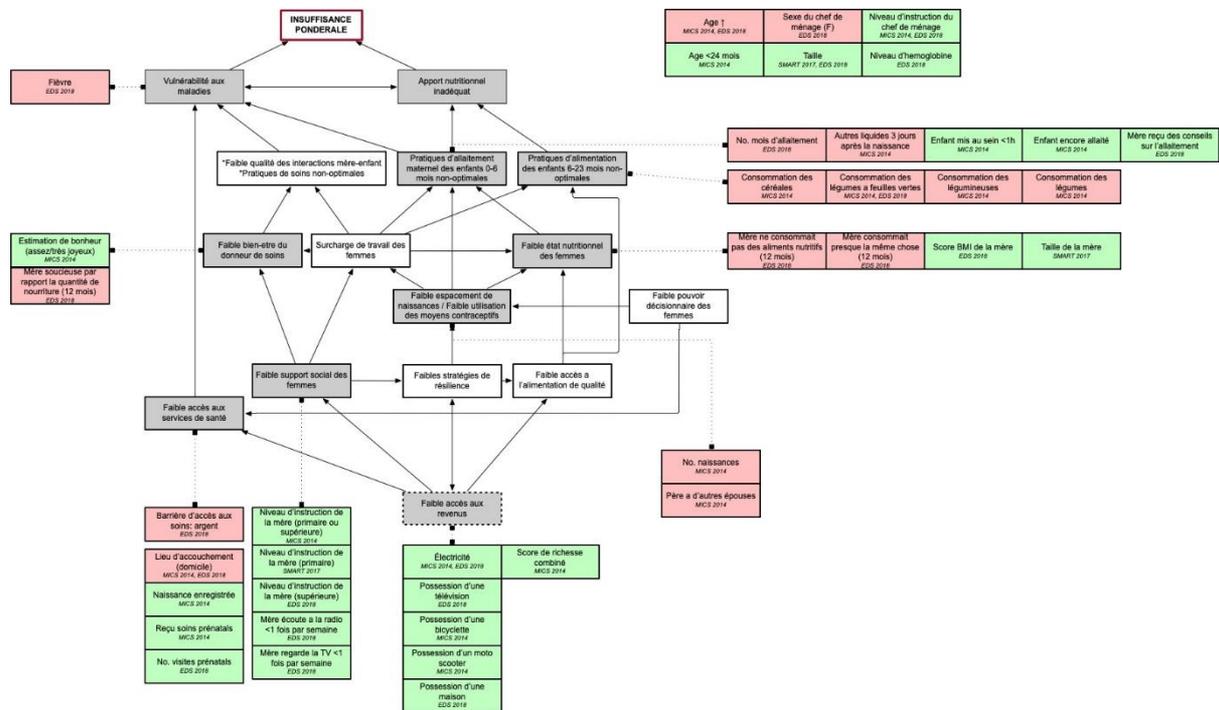


Figure 4: Schéma causal de l'insuffisance pondérale, District sanitaire Tokombéré

**Facteurs de protection:** Les enfants de moins de 24 mois et les enfants dont mères étaient de plus grande taille avaient un risque moins élevé d'insuffisance pondérale. Le risque diminuait avec la valeur croissante de l'IMC de la mère, la taille croissante de l'enfant, le taux d'hémoglobine de l'enfant, un nombre croissant des visites prénatals et la valeur croissante de l'indice de richesse combiné. Le risque était moins élevé pour les enfants dont les mères ont reçu des conseils sur l'allaitement au cours de 2 premiers jours après l'accouchement et les enfants dont les mères ont déclaré d'avoir été assez ou très joyeuse. Les enfants qui ont été mis au sein dans la première heure après l'accouchement et/ou les enfants qui ont été encore allaités au moment de l'enquête avaient aussi un risque moins élevé d'insuffisance pondérale. Les enfants vivant dans les ménages avec l'accès à l'électricité, dans les ménages qui possédaient une télévision, une bicyclette et/ou un moto scooter et/ou des mères possédant une maison conjointement avec leurs maris avaient un risque moins élevé d'insuffisance pondérale. Les enfants dont les mères ont atteint au moins un niveau primaire d'instruction, les mères avec le niveau d'instruction le plus élevé, les mères qui écoutaient à la radio ou regardaient la télévision une fois par semaine avaient un risque moins élevé d'insuffisance pondérale. D'ailleurs, un niveau croissant d'instruction du chef de ménage et/ou le père a diminué un risque d'insuffisance pondérale.

## D. RÉSULTATS QUALITATIFS NOTABLES

Perception de malnutrition aigüe et de retard de croissance. Alors que l'émaciation a été correctement associée à la maigreur, les participants aux groupes de discussion ont souvent cité l'inflammation de la rate, l'augmentation de la luette et/ou la poussée dentaire comme une cause de cet amaigrissement. Etant donné que toutes ces conditions sont préférablement traitées chez les tradipraticiens, le recours aux soins dans les structures sanitaires dans le cadre du programme de prise en charge de la malnutrition

aigüe n'est pas garanti – sauf dans le cas d'échec de traitement du premier. De l'autre côté, le kwashiorkor n'est quasiment pas reconnu. Les participants l'ont adéquatement décrit par le gonflement, sans nécessairement connaître des causes potentielles de ces œdèmes. Les enfants atteints de retard de croissance ne sont pas perçus malades et ainsi aucun traitement n'est entamé. Les causes de la croissance retardée sont généralement inconnues, parfois expliquées par un petit poids de l'enfant à la naissance qui ralenti son développement.

Accès et utilisation des services de santé. Un manque de ressources financières au ménage, notamment pendant la saison pluvieuse, a été cité comme une barrière principale à l'accès aux services de santé. La distance demeure problématique pour les villages reculés (>5km), surtout pendant la même période quand les mayo se remplissent et rendent l'accès aux structures de santé difficile, voire impossible. Le chèque santé est considéré coûteux, notamment parmi les femmes dont les maris se sont désresponsabilisés du paiement de frais.

Espacement de naissances. La communauté constate un raccourcissement de la période entre deux naissances, dû au retour précoce des menstrues qui est associé à la reprise précoce des rapports sexuels après l'accouchement. La responsabilité pour cette reprise précoce semble partagée par les deux époux. D'un côté, les hommes, surtout dans les ménages monogames, ne peuvent plus atténuer leur pulsion sexuelle chez les autres femmes, mettant pressions sur leurs épouses de satisfaire leurs besoins. De l'autre côté, les femmes précipitent de satisfaire leurs maris par peur que le refus pourrait déboucher sur une violence conjugale, un divorce et/ou une arrivée de la nouvelle épouse dans le ménage. Dans les ménages polygames, il s'ajoute la jalousie entre les coépouses et mêmes les femmes qui viennent d'accoucher réclament leurs maris pour s'assurer qu'ils ne s'attachent pas trop aux autres épouses et leur retirent le support.

Moyens contraceptifs. Les moyens contraceptifs modernes ne jouissent pas de l'acceptabilité communautaire. Les hommes sont plus préoccupés avec l'expansion de leur ménage et l'estime associée, tout en considérant les moyens contraceptifs comme l'interception de la volonté de Dieu. De leur côté, les femmes désapprouvent l'utilisation de moyens contraceptifs modernes plutôt par peur des effets secondaires, contraint davantage par un manque de confidentialité du personnel de santé, si toutefois les femmes tenteraient d'utiliser les moyens contraceptifs en cachette. En ce qui concerne les méthodes contraceptives traditionnelles, les participants aux échanges communautaires se sont le plus souvent référés à l'abstinence pendant la période féconde. Pourtant, le début de la période féconde est mal calculé et ainsi les femmes évitent les rapports sexuels pendant les périodes de risque de conception minimale alors qu'elles acceptent des avances de leurs maris au moment de la fécondité élevée.

Allaitement maternel. L'administration de l'eau aux nouveau-nés continue de jouer une importance culturelle et la pratique se maintient en dépit des interdictions du personnel de santé. L'administration de l'eau aux nourrissons joue aussi un rôle pratique comme l'eau permet aux bébés de rester rassasiés le temps que la mère secrète suffisamment du lait pour les prochains allaitements et d'avoir un sommeil plus long, ce qui permet à la mère de faire ses activités ménagères. L'administration de l'eau est ainsi une forme de supplémentation, notamment pendant les périodes quand les mères observent une diminution de la production du lait maternel et/ou la production du lait après l'accouchement soit retardée. Une perception de la faible production du lait maternel stimule aussi une introduction des aliments semi-solides avant que l'enfant achève ses premiers 6 mois de vie.

Capacités de résilience. Dû aux décennies de chocs climatiques, sanitaires et sécuritaires auxquels les ménages ont dû faire face, les communautés évitent de « sortir la tête de la foule », de démontrer leur richesse par peur d'attirer l'attention – et surtout la jalousie – de personnes qui pourraient les attaquer en conséquence. Afin de protéger leurs biens et essentiellement leur survie, la communauté maintient un niveau de pauvreté ambiante et freine son potentiel au développement. D'ailleurs, dans les communautés chrétiennes/animistes, où les femmes sont plus susceptibles de ne pas bénéficier d'un support optimal de la part de leurs maris, les femmes préfèrent de quitter les unions où l'homme néglige ses responsabilités et ainsi regagnent leur statut des femmes célibataires. Ceci leur permet de bénéficier d'un support financier ou alimentaire de leurs maris et/ou d'autres hommes en parallèle qui essaient de les (re)conquérir.

Clivage intergénérationnel. Si auparavant toute la communauté a veillé à la discipline des enfants, de nos jours cette obligation ne revient qu'aux parents. Pourtant, ces derniers ne disposent pas de temps pour accorder à l'instruction de leur progéniture faute de pressions de vie actuelle. D'ailleurs, les parents

n'arrivent plus satisfaire les besoins de leurs enfants, les poussant vers l'indépendance financière précoce qui les déconnectent de leur milieu. Le clivage intergénérationnel est moins visible dans les communautés musulmanes qui n'ont pas traversé la conversion vers un autre religion au cours de la dernière cinquantaine. Suivant l'ordre social clairement défini par le Coran, ces communautés semblent mieux ancrées et ainsi plus résilientes aux pressions de la modernisation.

Surcharge de travail des femmes. Les femmes estiment que leur charge de travail est très élevée, surtout dans les ménages où la femme doit absorber la responsabilité pour la génération de revenu (ménages chrétiens/animistes). De point de vue de l'évolution saisonnière, les femmes constatent que leur charge de travail est plus élevée pendant la saison pluvieuse dû aux travaux champêtres.

Soutien social des femmes. La population constate un changement important au niveau du faible support des femmes dans les dernières dix années qui corrèle à la fois avec l'introduction des marchés *bil-bil* et/ou la prolifération des boissons alcooliques dans les villages ainsi qu'avec le début de la crise sécuritaire. Les femmes observent un changement dans le comportement de leurs maris après 1-2 ans de mariage et/ou après 2-3 naissances. D'après eux, les hommes s'éloignent de leurs épouses pour assouvir leurs besoins sexuels quand les femmes ne peuvent pas les satisfaire (ex. pendant la période féconde et/ou post-partum) ainsi que pour satisfaire leur curiosité sexuelle, dans une tentative de consolider leur renom basé sur un nombre de femmes qu'ils sont capables de charmer et/ou marier. Ceci déclenche une frustration chez les femmes qu'elles contiennent jusqu'aux « moments de débordement » dû à la répétitivité des relations extraconjugales et/ou l'introduction des épouses qui se dévoilent à travers un écoulement des ressources financières déjà limitées. De leur côté, les hommes constatent que les attentes des femmes sont exagérées sous l'influence des cultures exogènes et elles sont assez acerbes si les hommes n'arrivent pas les satisfaire. Cette hostilité et un manque de compréhension les poussent d'aventurer ailleurs. De ce fait, les couples peuvent se retrouver en cercle vicieux de frustrations, justifiables de deux cotés. Lors de mariage, les femmes se trouvent en situation de dépendance mais sans support approprié pour prendre soins de leurs enfants tandis que les hommes se noient sous pression de leurs responsabilités de plus en plus pesantes.

## RECOMANDATIONS

- Disséminer les principaux résultats de cette étude Link NCA parmi tous les partenaires étatiques, non-étatiques et communautaires actifs dans le district sanitaire de Tokombéré afin d'encourager leur prise en compte dans les politiques, stratégies et plans d'actions respectifs, en appuyant spécifiquement les groupements villageois dans le développement des interventions bénéficiant aux femmes surtout pendant la saison pluvieuse ;
- Renforcer les activités du plaidoyer, notamment auprès du Ministère de Mines, Eau et Energie (MINEE), sur les besoins en électricité dans les zones hors réseau, ainsi qu'auprès d'autres partenaires d'investir dans les interventions transversales, telles que l'installation des panneaux solaires, etc ;
- Accentuer des actions communautaires de gestion locale de la sécurité associé à un plaidoyer auprès des autorités administratives locales dans la gestion des menaces sécuritaires sur les moyens d'existences des populations ;
- Stimuler le dialogue communautaire pour évaluer les rôles et responsabilités au sein des ménages par rapport aux pressions socio-économiques actuelles afin de rééquilibrer les rôles, responsabilités et le pouvoir de décision des hommes et des femmes dans le ménage, tout en respectant leurs positionnements culturels et religieux. L'enjeu sera de créer un environnement favorable qui permettra aux femmes de construire une plus grande indépendance économique, les habilitant à sécuriser des moyens économiques pour les soins d'enfants et prendre des décisions à cet égard, sans déstabiliser davantage le positionnement de l'homme en tant que chef de ménage et ses responsabilités envers les membres de son ménage. Ceci devrait inclure les discussions sensibles sur la planification familiale afin de permettre aux femmes et aux hommes de prendre des décisions éclairées par rapport à la taille de leur ménage, en assurant la bonne santé de tous les membres ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge dans les structures sanitaires des femmes enceintes, parturientes et post-partum, notamment celles qui subissent des complications de santé et/ou leur état nutritionnel et mental est perturbé par des difficultés vécues au niveau du ménage. Encourager le développement des stratégies de support social et/ou communautaire pendant la période des 1000 jours.

## **LIMITATIONS**

Indisponibilité de certains indicateurs clés standard Link NCA. Les bases de données MICS 2014, SMART 2017 et EDS 208 n'incluaient pas tous les indicateurs utilisés au cours d'une étude Link NCA. Pour cette raison, certains facteurs de risque n'ont pas pu être suffisamment triangulés et leur catégorisation a pu être impactée car ils se classent généralement plus bas que les autres facteurs de risque, pour lesquels des analyses quantitatives ont pu être menées. Associations statistiques. Il est conseillé d'évaluer les associations statistiques avec précaution car les liens observés ne prouvent pas nécessairement la causalité, tandis que les liens non observés ne signifient pas que la causalité n'existe pas. Variables de confusion: Les analyses statistiques réalisées dans le cadre de cette étude sont basées sur des modèles de régression non ajustés qui ne tiennent pas compte des effets des variables de confusion. Limitations temporelles: Considérant qu'il n'a pas été possible d'effectuer des régressions sur des données plus récentes, les associations statistiques ne tiennent pas compte des changements temporels potentiellement encourus depuis 2018 et, par conséquent, ne peuvent pas témoigner leurs impacts potentiels sur la sous-nutrition.