

link nca

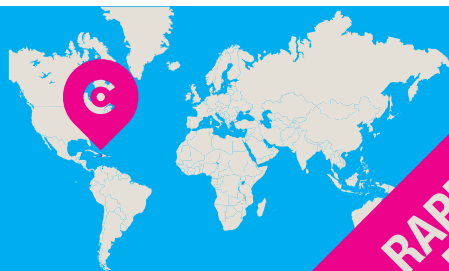
NUTRITION CAUSAL ANALYSIS



HAÏTI

ARRONDISSEMENT DE BELLE-ANSE

Publication : Août 2017



**RAPPORT
FINAL**





L'auteur :
Lenka Blanárová
Expert Link NCA

Lenka Blanárová est une experte en engagement communautaire et la redevabilité.

Elle a conduit et/ou soutenu à distance des nombreuses évaluations de couverture des programmes nutritionnels au Burkina Faso, Inde, Pakistan, République démocratique du Congo, Soudan du Sud et Tchad, contribuant au raffinement et la mise en valeur de ses méthodes qualitatives.

Sa riche expérience de travail en Haïti inclut la mise en œuvre des évaluations participatives dans les communautés rurales aussi que urbaines et le développement des stratégies de la mobilisation communautaire pour les projets multisectoriels.

link
nca
NUTRITION CAU



HAÏTI

ARRONDISSEMENT DE BELLE-ANSE

PUBLICATION : AOÛT 2017

Par **Lenka Blanárová**
Expert Link NCA

REMERCIEMENTS

L'analyse causale de la sous-nutrition (Link NCA) dans l'arrondissement de Belle-Anse, département du Sud-Est, Haïti a été rendue possible grâce au financement de l'Union européenne.

L'étude a été menée par l'analyste, *Lenka Blanárová*, sous la supervision des points focaux de cette étude : *Mathieu Vernusse*, *Mathieu Nabot* et *Fanette Brandalac*, Directeurs-Pays Adjoints, Action Contre la Faim, Haïti, *Janis Differt*, Référente Technique Opérationnelle Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence, Action Contre la Faim, France et *Pascal Debons*, Référent Technique Gestion des Risques et des Désastres, Action Contre la Faim, USA.

L'équipe Link NCA souhaite d'adresser ses remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à cette étude et/ou ont facilité son déroulement, notamment :

À *Dr. Joseline Marhone Pierre*, Directrice de la Nutrition, Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), pour son dévouement infatigable dans la lutte contre la sous-nutrition ; à *Dr. Jean Levelt*, Directeur de la Direction Sanitaire du Sud-Est (DSSE) et à son équipe pour leur disponibilité absolue lors de la collecte des données dans la zone d'étude ; au personnel des centres de santé dans la zone d'étude pour leurs franches contributions.

Aux membres du Groupe Technique Consultatif (GTC), notamment *Mme. Mercedeste A. Denis*, Point Focal Nutrition, DSSE, *Mme. Emilie Vautravers*, Coordinatrice Programmes SAME, Solidarités International, *M. Michel Emmanuel*, Responsable Technique, DINEPA, et *Dr. Laënnec Hurbon*, Docteur en Sociologie, Université Quisqueya, pour leur soutien rapproché lors de l'identification des hypothèses de facteurs de risque et de leurs mécanismes.

À tous les experts techniques qui ont assisté aux ateliers Link NCA, notamment à *Mme. Marie Geoffrin St. Louis*, Point Focal Sud-Est, Coordination Nationale de la Sécurité Alimentaire (CNSA), *M. Delphin Sula*, Responsable de Département Nutrition et Santé, Action Contre la Faim, *M. James Laguerre* et *Mme. Carine Jacques Simon*, Responsables de Projet, Médecins du Monde, *M. Jean Vêa Dieudonné*, Coordinateur de Projet, Welthungerhilfe, *Mme. Marie-Ange Noel*, Coordinatrice, Fanm Deside et *Dr. Timothy Schwartz*, Chercher indépendant, pour le partage de leur riche expertise, assurant ainsi la haute qualité de l'étude.

Aux autorités administratives sur l'étendue du territoire de l'arrondissement de Belle-Anse, notamment à la Mairie de Thiotte et de Belle-Anse, pour l'assurance de sécurité à tous les membres de l'équipe Link NCA; à tous les représentants des Conseils d'Administration de la Section Communale (CASEC) de l'arrondissement de Belle-Anse pour leur accompagnement lors de la collecte des données; aux notables de la zone d'étude pour leur accueil chaleureux et leurs orientations précieuses, et à tous les résidents des localités échantillonnées et/ou croisés au hasard pour leur hospitalité et leur franche collaboration.

Un remerciement spécial est adressé à toute l'équipe quantitative et qualitative pour leurs efforts exceptionnels dans les conditions éprouvantes lors de la collecte des données, notamment à *M. Fritz Gerald* pour son soutien et confiance illimités.

Nous adressons également nos remerciements à l'Unité technique Link NCA d'Action Contre la Faim, France, notamment à *Mlle. Gwenaëlle Luc-Menichelli*, pour sa disponibilité et son encouragement 24/7.

Cette étude n'aurait pas été possible sans le travail et l'engagement exceptionnel de toutes les personnes impliqués.



SOMMAIRE

SYNTHESE EXECUTIVE	9
1/ CONTEXTE	9
2/ RESULTATS	10
2.1 Santé	10
2.2 Nutrition et pratiques de soins	10
2.3 Sécurité alimentaire et moyens d'existence	11
2.4 Eau, assainissement, hygiène	11
2.5 Genre et éducation	12
3/ FACTEURS DE RISQUE	12
INTRODUCTION	13
POURQUOI CONDUIRE UNE LINK NCA ?	16
METHODOLOGIE LINK NCA	17
1.1 Aperçu de l'approche méthodologique Link NCA	17
1.2 Cadre conceptuel des causes de la sous-nutrition chez l'enfant, UNICEF... ..	18
1.3 Étapes clés de l'étude	19
1.4 Échantillonnage pour l'enquête quantitative (enquête facteurs de risque)....	20
1.5 Échantillonnage pour l'enquête qualitative	26
1.6 Méthodologie de récolte des données.....	26
1.7 Traitement et analyse des données	30
1.8 Considérations éthiques	31
1.9 Limites de l'étude	31
RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	33
1/ INFORMATIONS CONTEXTUELLES ET RESULTATS DE L'ETUDE PAR SECTEUR	33
1.1 SOUS-NUTRITION	33
1.2 SANTÉ	35
1.3 NUTRITION ET PRATIQUES DE SOINS.....	36
1.4 SECURITE ALIMENTAIRE	37
1.5 EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE.....	38



1.6	GENRE ET EDUCATION	38
1.7	CAUSES FONDAMENTALES	39
2/	FACTEURS DE RISQUE HYPOTHETIQUES ET LEURS MECANISMES	40
3/	RESULTATS DE L'ETUDE PAR HYPOTHESE CAUSALE	41
3.1	Accès aux soins de santé.....	42
3.2	Recours aux soins traditionnels inadéquats	50
3.3	Planification familiale.....	55
3.4	Faible poids à la naissance.....	59
3.5	Niveau de stress maternel élevé	62
3.6	Faible diversification alimentaire.....	64
3.7	Faibles pratiques d'allaitement maternel exclusif.....	73
3.8	Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant inadéquates	75
3.9	Pratiques de soins du nourrisson et du jeune enfant inadaptées.....	80
3.10	Faible accès à l'eau	83
3.11	Faible accès à l'eau pour l'exploitation agricole et pastorale	90
3.12	Pratiques d'hygiène et d'assainissement inadéquates	92
3.13	Faible productivité agricole	97
3.14	Forte dépendance pour l'approvisionnement en aliments sur les marchés	104
3.15	Forte dépendance sur les transferts monétaires provenant de la diaspora	106
3.16	Ressources financières provenant des activités génératrices de revenu insuffisantes	108
3.17	Faible niveau d'éducation des parents.....	116
3.18	Migration	119
3.19	Surcharge de travail des femmes	121
3.20	Faible pouvoir décisionnaire des femmes sur l'utilisation des ressources financières	125
	ETUDES DE CAS	128
1/	CALENDRIER SAISONNIER	129
2/	CALENDRIER HISTORIQUE	130
	FACTEURS DE RISQUE	133
1/	CLASSIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE PAR LES COMMUNAUTES	133
2/	CLASSIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE PAR L'EQUIPE LINK NCA	135
3/	ATTRIBUTION DES NOTES DE CONFIANCE	138
	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	143
	ANNEXES	146
1.1	Annexe 1: Chronogramme	147



HAÏTI

ARRONDISSEMENT DE BELLE-ANSE

AOÛT 201

LINK NCA / RAPPORT FINAL

1.2	Annexe 2: Listes des grappes échantillonnées pour l'enquête quantitative	148
1.3	Annexe 3: Outils d'étude qualitative.....	149
1.4	Annexe 4: Outils d'enquête quantitative.....	170
1.5	Annexe 5: Rapport des résultats de l'enquête quantitative par indicateur .	201
1.6	Annexe 6 : Grille de catégorisation des facteurs de risque	239
1.7	Annexe 7: Références et bibliographie.....	241



TABLEAUX ET FIGURES

Tab. 1.	Tableau 1: Calcul de la taille d'échantillon pour chaque indicateur inclut dans l'enquête facteurs de risque.....	23
Tab. 2.	Planification de l'enquête quantitative	24
Tab. 3.	Tableau 3: Résumé des échanges par village lors de l'enquête qualitative	30
Tab. 4.	Liste terminologique.....	34
Tab. 5.	Catégorisation des facteurs de risque par les experts techniques	41
Tab. 6.	Indicateurs relatifs au faible accès aux soins de santé.....	50
Tab. 7.	Indicateurs relatifs au recours aux soins traditionnels inadéquats	54
Tab. 8.	Indicateurs relatifs à la non-utilisation de la planification familiale	58
Tab. 9.	Indicateurs relatifs au faible poids à la naissance.....	62
Tab. 10.	Indicateurs relatifs au stress maternel élevé.....	64
Tab. 11.	Résultats de l'exercice participatif concernant la composition de repas à Bel-Air, Belle-Anse	67
Tab. 12.	Indicateurs relatifs à la faible diversification alimentaire	72
Tab. 13.	Indicateurs relatifs aux pratiques d'allaitement maternel exclusif inadéquates.....	75
Tab. 14.	Indicateurs relatifs aux pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant inadéquates.....	79
Tab. 15.	Tableau 15: Indicateurs relatifs aux pratiques de soins du nourrisson et du jeune enfant inadéquates	83
Tab. 16.	Indicateurs relatifs au faible accès à l'eau de qualité.....	89
Tab. 17.	Indicateurs relatifs au faible accès à l'eau pour l'utilisation agricole et pastorale	92
Tab. 18.	Indicateurs relatifs aux pratiques d'hygiène et d'assainissement inadéquates	97
Tab. 19.	Indicateurs relatifs à la faible productivité agricole	104
Tab. 20.	Indicateurs relatifs à la forte dépendance sur les marchés pour l'approvisionnement en aliments	106
Tab. 21.	Indicateurs relatifs à la dépendance sur les transferts monétaires provenant de la diaspora	108
Tab. 22.	Indicateurs relatifs à l'insuffisance des ressources financières provenant des activités génératrices de revenu	116
Tab. 23.	Indicateurs relatifs au faible niveau d'éducation des parents.....	118
Tab. 24.	Indicateurs relatifs à la surcharge de travail des femmes	125
Tab. 25.	Indicateurs relatifs au pouvoir décisionnaire des femmes	127
Tab. 26.	Calendrier saisonnier des facteurs de risque pour l'arrondissement de Belle-Anse	130
Tab. 27.	Classification des facteurs de risque dans 4 localités échantillonnées	135
Tab. 28.	Classification des facteurs de risque par l'Equipe Link NCA	138
Tab. 29.	Classification des facteurs de risque par les experts techniquesSchéma des mécanismes causaux de la sous-nutrition	141
Fig. 1.	Carte des communes du Département Sud-Est, Haïti.....	14
Fig. 2.	Restitution communautaire à Fond Janette, Anse-à-Pitres	29



Fig. 3.	Barrières d'accès aux soins de santé (en %) dans les Département Sud-Est, Haïti	43
Fig. 4.	Mécanismes causaux relatifs au faible accès aux soins de santé	45
Fig. 5.	Mécanismes causaux relatifs au recours aux soins traditionnels inadéquats	52
Fig. 6.	Mécanismes causaux relatifs à la non-utilisation de la planification familiale	57
Fig. 7.	Cycle de la malnutrition	59
Fig. 8.	Mécanismes causaux relatifs au faible poids à la naissance	60
Fig. 9.	Mécanismes causaux relatifs au stress maternel élevé	63
Fig. 10.	Profil SDAM de ménages dans l'arrondissement de Belle-Anse	65
Fig. 11.	Profil DAMF dans l'arrondissement de Belle-Anse	66
Fig. 12.	Mécanismes causaux relatifs à la faible diversification alimentaire	68
Fig. 13.	Mécanismes causaux relatifs aux pratiques d'allaitement maternel exclusif inadéquates	74
Fig. 14.	Mécanismes causaux relatifs aux pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant inadéquates	77
Fig. 15.	Mécanismes causaux relatifs aux pratiques de soins du nourrisson et du jeune enfant inadéquates	81
Fig. 16.	Source d'eau, Baie d'Orange, Belle-Anse	84
Fig. 17.	Mécanismes causaux relatifs au faible accès à l'eau de qualité	85
Fig. 18.	Mécanismes causaux relatifs au faible accès à l'eau pour l'utilisation agricole et pastorale	91
Fig. 19.	Lieu de défécation typique, Fond Janette, Anse-à-Pitres	92
Fig. 20.	Etat d'assainissement de la cour typique, Fond Janette, Anse-à-Pitres	93
Fig. 21.	Photo 5: Cuisine extérieure typique, Fond Janette, Anse-à-Pitres	94
Fig. 22.	Mécanismes causaux relatifs aux pratiques d'hygiène et d'assainissement inadéquates	95
Fig. 23.	Mécanismes causaux relatifs à la faible productivité agricole	99
Fig. 24.	Mécanismes causaux relatifs à la forte dépendance sur le marché pour l'approvisionnement en aliments	105
Fig. 25.	Photo : Résultats de l'exercice participatif sur la répartition des dépenses du ménage, Galette Marreau, Grand Gosier	109
Fig. 26.	Evolution des tendances HHS entre EMMUS V et Link NCA	109
Fig. 27.	Mécanismes causaux relatifs à l'insuffisance des ressources financières provenant des activités génératrices de revenu	110
Fig. 28.	Mécanismes causaux relatifs au faible niveau d'éducation des parents ..	117
Fig. 29.	Mécanismes causaux relatifs à la migration	120
Fig. 30.	Indicateurs relatifs à la migration	121
Fig. 31.	Exercice participatif sur les activités journalières, Galette Marreau, Grand Gosier	122
Fig. 32.	Mécanismes causaux relatifs à la surcharge de travail des femmes	124
Fig. 33.	Calendrier historique des facteurs de risque pour l'arrondissement de Belle-Anse	132
Fig. 34.	Restitution communautaire à Dupuy, Thiotte	133
Fig. 35.	Schéma de la causalité de la sous-nutrition dans l'arrondissement de Belle-Anse, département du Sud-Est, Haïti	141



ABREVIATIONS

ACF	/ Action Contre la Faim
AME	/ Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	/ Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ATPE	/ Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques
CAP	/ Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques
CASEC	/ Conseil d'Administration de la Section Communale
CdS	/ Centre de Santé
CNSA	/ Coordination Nationale de la Sécurité Alimentaire
CPN	/ Consultation Prénatale
DAMF	/ Diversité Alimentaire Minimale pour les Femmes (cf. MDD-W)
DINEPA	/ Direction Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement
DPT3	/ 3 ^{ème} vaccination contre la Diphtérie, Coqueluche et Tétanos
DSSE	/ Direction Sanitaire du Sud-Est
EAH	/ Eau, Assainissement et Hygiène
ECHO	/ Service d'aide humanitaire et de protection civile de la Commission européenne (ECHO)
ECVH	/ Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti
ECMAS	/ Enquête sur les Conditions de Vie Après le Séisme
EMMUS	/ Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
ENA	/ Emergency Nutrition Assessment
ENPA	/ Enquête Nationale de la Production Agricole
FANTA	/ Food and Nutrition Technical Assistance
FAO	/ Food and Agriculture Organization
HHS	/ Household Hunger Scale (Indice domestique de la faim)
IC	/ Individual Dietary Diversity Score (Score de la Diversité Alimentaire d'un Individu)
IDDS	/ Individual Dietary Diversity Score (Score de la Diversité Alimentaire d'un Individu)
IHSI	/ Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
IRA	/ Infections Respiratoires Aigües
ISAr	/ Indice des Stratégies d'Adaptation réduit (cf. reduced CSI)
LCD	/ Litres per Capita par Jour
Link NCA	/ Analyse Causale de la Sous-Nutrition
MAG	/ Malnutrition Aigüe Globale
MAM	/ Malnutrition Aigüe Modérée
MAHFP	/ Months of Adequate Household Food Provisioning (Mois d'Approvisionnement Alimentaire Adéquat pour les Ménages)
MAS	/ Malnutrition Aigüe Sévère
MSPP	/ Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMS	/ Organisation Mondiale de la Santé



HAÏTI

ARRONDISSEMENT DE BELLE-ANSE

AOÛT 201

LINK NCA / RAPPORT FINAL

ONG / Organisation Non-Gouvernementale

PAM / Programme Alimentaire Mondial

PB / Poids/Taille

P/T / Poids/Taille

SAME / Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence

SDAM / Unité de Dénombrement

SDE / Unité de Dénombrement

SMART / Enquête Nutritionnelle utilisant la méthodologie SMART (Enquête Anthropométrique)

UNICEF / United Nations' Children's Fund

WHO5 / Indice de Bien-Etre



SYNTHÈSE EXÉCUTIVE

1/ CONTEXTE

Situé dans les Caraïbes sur la grande île d'Hispaniola qu'elle partage avec la République Dominicaine, Haïti est le pays le plus pauvre de l'hémisphère occidental. À l'image des pays en voie de développement, Haïti est exposé à des aléas climatiques qui affectent sa production agricole et, par ricochet, la situation de sécurité alimentaire de ses populations. Selon les données de la Banque mondiale en 2016, 59 % de la population vit sous le seuil de pauvreté de 2.42 USD par jour et 24% vit sous le seuil de pauvreté extrême de 1.23 USD par jour¹. Par conséquent, la sous-nutrition y demeure un problème pressant de la santé publique.

Malgré une baisse statistiquement significative de la prévalence de la malnutrition entre 2006 et 2012, ces tendances positives sont considérablement perturbées par des crises alimentaires régulières. La dernière, causée par la sécheresse en 2015 qui a coïncidé avec la principale saison agricole du pays, est intervenue au même moment que se sont réalisées les déportations d'Haïtiens vivant en République Dominicaine vers les zones frontalières du côté haïtien. La montée des prix des denrées alimentaires, renforcée par la dévaluation de la monnaie locale, a été donc accentuée par une pression supplémentaire des déportés.

Les résultats préliminaires de l'enquête SMART réalisée par Action contre la Faim en Mai-Juin 2016, démontrent un taux de malnutrition aigüe globale (MAG) le plus élevé (8.3%) dans le Département du Sud-Est. L'analyse approfondie des données collectées a dévoilé l'existence de poches de malnutrition au niveau des communes et/ou sections communales avec un taux de MAG dépassant 20% à Marigot, Bainet ou Cotes de Fer et un taux de malnutrition chronique globale (MCG) dépassant 40% à Marigot, Cayes Jacmel ou Belle Anse, soit le double d'un seuil acceptable de l'OMS.

Face à l'ampleur et à la persistance des problèmes nutritionnels, leurs origines multiples, leurs impacts sur les différents secteurs de développement, il est essentiel qu'une approche multisectorielle soit mise en place et une synergie des programmes dans les multiples domaines soit recherchée pour une meilleure efficacité et durabilité des interventions en matière de nutrition. Cette approche s'aligne avec la vision du gouvernement haïtien exprimée à travers la Politique Nationale de Santé qui privilégiera les principes de l'intersectorialité et l'intégration de toutes les interventions en matière de la santé dans une programmation nationale et dans un cycle continu de suivi et d'évaluation afin de diminuer les taux de la morbidité et de la mortalité liés aux principaux problèmes de santé des populations haïtiennes. L'organisation des études de l'analyse causale de la sous-nutrition s'inscrit dans cette nouvelle approche, permettant l'étude des causes plausibles de la sous-nutrition et la relier à la réponse programmatique.



¹ <http://www.banquemonddiale.org/fr/country/haiti/overview>



2/ RESULTATS

2.1 SANTÉ

Le système sanitaire de l'arrondissement de Belle-Anse ne compte que six centres de santé fonctionnels et cinq dispensaires pour une population de 158 081 habitants, soit un centre de santé pour approximativement 26 000 habitants. Vu la faible couverture de structures sanitaires dans la zone d'étude, l'automédication et le recours aux tradipraticiens représentent le premier recours aux soins pour les maladies et/ou les symptômes récurrents, principalement pour des raisons logistiques.

Les difficultés d'accès aux soins de santé sont particulièrement visibles du côté de la santé maternelle qui démontre que 9 sur 10 femmes accouchent à domicile. Cette tendance a un impact direct sur l'observation des bonnes pratiques de l'allaitement maternel et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (Cf. *Nutrition et pratiques de soins ci-dessous*). Aussi, par peur des complications, telles que l'éclampsie qui est très répandue entre les femmes haïtiennes, les femmes enceintes ont une tendance de diminuer leurs apports nutritionnels au cours de la grossesse qui peut se traduire, par conséquence, en faible poids à la naissance.

Dans le domaine de la santé mentale, le stress maternel élevé provoqué par la surcharge de travail et un manque de soutien familial paraît d'être un des contributeurs importants à l'occurrence de la sous-nutrition dans la zone d'étude, influençant la qualité et l'intensité d'une relation mère-enfant.

2.2 NUTRITION ET PRATIQUES DE SOINS

Le modèle alimentaire de la zone d'étude est basé sur la consommation du riz ou du maïs moulu, accompagné par des haricots ou des feuilles vertes et une sauce hareng qui est ajouté pour le goût plutôt que pour sa valeur nutritionnelle. Selon la disponibilité saisonnière, le riz peut être remplacé par les bananes, patates ou lames mais ces aliments ne sont pas généralement appréciés. En comparaison avec le riz qui confirme indirectement un statut économique acceptable, les bananes ou tubercules sont - malgré leur valeur nutritionnelle - considérés comme des aliments de paysans et ainsi démodés.

L'analyse de la diversité alimentaire des ménages nous indique que l'alimentation de ménages paraît suffisamment diversifiée mais privilégie des aliments à faible valeur nutritionnelle en faveur de la quantité. En autres mots, une majorité de ménages consomment quotidiennement des céréales, des légumineuses, des graisses et des condiments au détriment des aliments riches en protéines, tels que la viande, le lait ou les œufs, qui ne sont consommés que rarement.

L'administration des décoctions (considérées comme des vaccins contre les maladies ou les malédictions) étant très répandue, les mères ont tendance de préférer l'allaitement maternel prédominant. Dû à la surcharge de travail, l'allaitement maternel peut être interrompu aussitôt qu'à deux ou trois mois après la naissance d'un bébé. Pour cette raison, l'introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous à lieu à un âge trop jeune. D'ailleurs, la diversité d'aliments consommés ainsi que la fréquence de repas chez les plus jeunes ne répondent pas aux normes minimales. L'absence de la mère affecte aussi un développement d'un lien affectif mère-enfant qui a été évalué comme inapproprié pour 9 sur 10 enfants.



2.3 SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS D'EXISTENCE

L'arrondissement de Belle-Anse est quasi-annuellement exposé aux aléas climatiques qui jouent surtout sur la faible productivité agricole et ainsi sur le volume des ressources financières provenant des activités agricoles. Les résultats de l'étude Link NCA montrent que les principales causes de l'insécurité alimentaire dans l'arrondissement de Belle-Anse sont directement liées au caractère déficitaire de la production agricole de ménages, à la forte dépendance en approvisionnement d'aliments sur les marchés, aux chocs récurrents et à la faible capacité de résilience de ménages. L'incapacité de subvenir aux besoins de leur famille avec une autoproduction agricole motive aussi la migration des hommes vers les autres villes en Haïti et/ou la République dominicaine.

Selon les résultats de l'enquête quantitative Link NCA le revenu moyen mensuel est estimé à 3800 HTG, c'est-à-dire au-dessous du moyen mensuel national de 2001² qui a été estimé à 5462 HTG. Ceci explique la répartition des dépenses du ménage qui priorise surtout les dépenses alimentaires avant toutes autres dépenses. Malgré cela, selon l'indice domestique de la faim (HHS), 33,8% de ménages souffrent de faim sévère pendant que autres 51,6% de ménages souffrent de faim modérée.

La détérioration de la situation de la sécurité alimentaire de ménages mène naturellement à l'application de stratégies d'adaptation. Selon les résultats de l'enquête quantitative, la totalité des ménages dans la zone d'étude ont appliqué des stratégies d'adaptation au cours de la semaine précédente l'enquête. En effet, selon l'indice des stratégies d'adaptation réduit (ISAr) 67,9% de ménages admettent d'appliquer les stratégies d'adaptation au moins 3 fois par semaine tandis que 21,7% de ménages limitent la consommation des aliments par les adultes en faveurs de jeunes enfants, ce qui représente la stratégie d'adaptation la plus sévère.

2.4 EAU, ASSAINISSEMENT, HYGIÈNE

L'arrondissement de Belle Anse souffre d'un manque d'eau pour l'utilisation humaine, agricole ou pastorale. La consommation journalière de l'eau par ménage a été estimée au niveau de 79,2l - ce qui représente approximativement 12l de l'eau per capita par jour. La consommation de l'eau pour la boisson, la préparation de repas, l'hygiène personnelle et l'assainissement est très basse et a un impact direct sur les pratiques d'hygiène et d'assainissement du ménage.

Tous types de sources d'eau confondus, les données nous démontrent que 24,5% de ménages sont exposés à un risque sévère de contamination de l'eau à la source et autres 22,4% sont exposés à un risque modéré de contamination. Ce risque augmente considérablement pendant le transport ou le stockage dans le ménage jusqu'à que cette eau soit consommée. Il a été estimé que 81% de ménages présentent un risque sévère ou modéré de contamination associé une mauvaise gestion de l'eau.

L'arrondissement de Belle Anse souffre également de l'indisponibilité des installations sanitaires. Même si quasiment une moitié de ménages a l'accès à une latrine, aucune de ces structures ne représente des installations sanitaires sûres, c'est-à-dire des installations qui ne présentent des risques d'utilisation. Les ménages défèquent à l'air libre ou dans un trou, souvent localisé à l'extrémité de leur parcelle. Les selles d'enfants sont habituellement jetées dans la cour ou rincées avec de l'eau qui est ensuite jetée sur la parcelle. Le risque de contamination est ainsi élevé. D'autant plus que 65% de femmes en charge d'enfant de <5ans ont rapporté ou montré des pratiques inappropriées de lavage de mains.



² ECVH 2001.



2.5 GENRE ET ÉDUCATION

La femme haïtienne est traditionnellement responsable d'exécuter un ensemble de tâches ménagères et de prendre soin de sa progéniture. Tandis que les hommes s'occupent des activités génératrices de revenu et ne s'impliquent que rarement dans les autres domaines. En cas de difficultés financières, il est attendu que la femme se mobilise pour aider à son mari de subvenir aux besoins familiaux. Ainsi, elle est immergée dans les activités au sein et en dehors du foyer – ce qui impact fortement ses capacités à prendre soin des enfants au cours de la journée.

Au sein du ménage, le pouvoir décisionnaire est divisé quasi-également entre l'homme et la femme. Compte tenu de leur participation à la survie du ménage, les femmes ont le pouvoir de se prononcer et/ou décider sur les questions clés et ne ressentent pas de barrières à cet égard.

En ce qui concerne l'éducation, il est estimé que la moitié de la population n'a été jamais scolarisée. Par contre, l'accès aux études classiques ne se traduit pas en manque d'information sur les bonnes pratiques de soins d'enfants. Globalement, la population dispose des informations adéquates mais ne les applique pas dans la vie quotidienne pour des contraintes sociales et financières du ménage.

3/ FACTEURS DE RISQUE

Lors de l'étude Link NCA un total de vingt (20) facteurs de risque ont été identifiés comme ayant potentiellement un impact sur l'occurrence de la sous-nutrition dans l'arrondissement de Belle Anse. Suite à la collecte des données et leurs analyses, sept (7) facteurs de risque ont été retenus comme ayant un impact majeur, neuf (9) facteurs de risque ont été classifiés comme ayant un impact important et un (1) facteur de risque a été jugé avoir un impact mineur sur l'occurrence de la sous-nutrition dans la zone. De plus, deux (2) facteurs de risque ont été interprétés comme n'ayant pas une influence significative sur la sous-nutrition dans la zone et un (1) facteur de risque n'a pas pu être proprement analysé dû aux lacunes des informations recueillies.

Parmi les facteurs de risque majeurs, la faible productivité agricole et l'insuffisance des ressources financières provenant des activités génératrices de revenu nourrissent un lien à double sens qui influence les capacités des ménages à couvrir leurs besoins familiaux. La faible productivité agricole se traduit par une forte dépendance à l'approvisionnement en aliments sur les marchés qui – vu le faible pouvoir d'achat – influence la potentialité de la diversification alimentaire du ménage. Au même temps, la diminution des revenus du ménage inspire la migration des chefs de ménage vers les autres villes en Haïti et/ou en République Dominicaine, ce qui en soi diminue la productivité agricole du ménage à cause du manque de main d'œuvre et augmente la surcharge de travail des femmes. Alimenté par un nombre d'autres facteurs de risque, la surcharge de travail des femmes peut être considéré comme un facteur de risque central qui nécessite une réponse programmatique priorisée, surtout dû à son impact sur les pratiques d'allaitement maternel, pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pratiques de soins et/ou pratiques d'hygiène et d'assainissement. Les dernières sont naturellement aussi influencées par un faible accès à l'eau qui ensemble avec un faible accès aux soins de santé représentent deux blocages majeurs responsables de la haute prévalence des maladies infantiles dans la zone d'étude et ainsi d'un risque élevé de sous-nutrition.



INTRODUCTION

Présentation d'Action Contre La Faim (ACF)

Créé en 1979, Action Contre la Faim est une organisation non gouvernementale internationale privée, apolitique et non-confessionnelle. Sa mission est de sauver des vies en éliminant la faim par la prévention, la détection et le traitement de la sous-nutrition, en particulier pendant et après les situations d'urgence liées aux conflits et aux catastrophes naturelles.

ACF intervient en Haïti depuis 1985. En réponse aux crises récurrentes, l'organisation a mis en œuvre des projets dans des domaines d'actions divers relevant de son expertise: Sécurité Alimentaire, Santé/Nutrition, Santé mentale et pratiques de soins, Eau & Assainissement. ACF intervient de façon continue dans la région du haut Artibonite depuis 2008 et s'est implanté durablement dans la région du bas Nord-Ouest depuis 2011. Ses projets, qui s'inscrivent dans un contexte d'urgence (crises politiques, catastrophes naturelles comme le séisme de 2010 ou les cyclones de 2004 ou 2008, épidémies comme le choléra) ou de réponse à des problématiques structurelles, s'articulent toujours autour d'une dynamique d'appui aux capacités locales (services techniques décentralisés, société civile, CASEC/ASEC, etc.). Sur ces dernières années, ACF s'est aussi fortement impliqué dans un appui et un plaidoyer plus fort au niveau des instances nationales.

Justification de l'étude

Situé dans les Caraïbes sur la grande île d'Hispaniola qu'elle partage avec la République Dominicaine, Haïti est le pays le plus pauvre de l'hémisphère occidental. À l'image des pays en voie de développement, Haïti est exposé à des aléas climatiques qui affectent sa production agricole et, par ricochet, la situation de sécurité alimentaire de ses populations. Selon les données de la Banque mondiale en 2016, 59 % de la population vit sous le seuil de pauvreté de 2.42 USD par jour et 24% vit sous le seuil de pauvreté extrême de 1.23 USD par jour³. Par conséquent, la sous-nutrition y demeure un problème pressant de la santé publique; un problème multisectoriel sous l'influence de nombreux facteurs de risque tels que l'insuffisance d'accès aux aliments, les pratiques de soins inadéquates ou l'insuffisance de services de santé, d'assainissement et d'approvisionnement en eau.

Malgré une baisse statistiquement significative de la prévalence de la malnutrition entre 2006 et 2012, ces tendances positives sont considérablement perturbées par des crises alimentaires régulières. La dernière, causée par la sécheresse en 2015 qui a coïncidé avec la principale saison agricole du pays, est intervenue au même moment que se sont réalisées les déportations d'Haïtiens vivant en République Dominicaine vers les zones frontalières du côté haïtien. La montée des prix des denrées alimentaires, renforcée par la dévaluation de la monnaie locale, a été donc accentuée par une pression supplémentaire des déportés.

L'évaluation nutritionnelle rapide, basée sur la méthodologie SMART, réalisée par SHASSMEPPE avec le soutien d'UNICEF entre Juillet et Décembre 2015 dans 20 communes frappées par la sécheresse, a démontré que deux communes (Jean Rabel et Belle Anse) ont dépassé un seuil d'alerte avec un taux de malnutrition aigüe globale (MAG) allant au-delà de 10% et quatre autres communes (Anse Rouge, Port de Paix, Bombardopolis et Fonds Verettes) se sont retrouvées dans une situation d'urgence avec un taux de MAG supérieur à 15%.

Les résultats préliminaires de l'enquête SMART réalisée par ACF en Mai-Juin 2016, démontrent une stabilisation de la situation au niveau des 10 départements, y compris l'aire métropolitaine, avec le



³ <http://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/overview>

taux de MAG entre 3.8% dans le Département de l'Ouest et 8.3% dans le Département du Sud-Est. L'analyse approfondie des données collectées dans le département le plus touché (Sud-Est) a dévoilé l'existence de poches de malnutrition au niveau des communes et/ou sections communales avec un taux de MAG dépassant 20% à Marigot, Baint ou Cotes de Fer et un taux de malnutrition chronique globale (MCG) dépassant 40% à Marigot, Cayes Jacmel ou Belle Anse, soit le double d'un seuil acceptable de l'OMS.

En plus des évaluations nutritionnelles, d'autres études et évaluations ont été effectuées et ont mis en évidence la sévérité de l'insécurité alimentaire en Haïti. Il s'agit notamment de l'évaluation de la sécurité alimentaire en situation d'urgence de la CNSA et du PAM de décembre 2015 qui a déterminé que 3,6 millions de personnes (soit 700.000 ménages) souffrent d'insécurité alimentaire aigue. Parmi elles, 1,5 millions (soit 300.000 ménages) sont affectées de manière sévère.

Quant à l'allaitement maternel exclusif (AME) chez les enfants de moins de 6 mois, la comparaison des résultats de l'enquête SMART entre 2012 et 2016 n'a pas démontré un changement significatif. Avec l'exception du département du Centre qui a connu l'amélioration de 30%, la majorité des départements ont démontré une hausse de moins de 10% ou même une baisse (Grand Anse). Les résultats de la plus récente enquête restent inférieurs à ceux de l'EMMUS IV où l'allaitement maternel exclusif a été observé chez 40,6% des enfants de moins de 6 mois.

Face à l'ampleur et à la persistance des problèmes nutritionnels, leurs origines multiples, leurs impacts sur les différents secteurs de développement, il est essentiel qu'une approche multisectorielle soit mise en place et une synergie des programmes dans les multiples domaines soit recherchée pour une meilleure efficacité et durabilité des interventions en matière de nutrition.

Cette approche s'aligne avec la vision du gouvernement haïtien exprimée à travers la Politique Nationale de Santé qui privilégiera les principes de l'intersectorialité et l'intégration de toutes les interventions en matière de la santé dans une programmation nationale et dans un cycle continu de suivi et d'évaluation afin de diminuer les taux de la morbidité et de la mortalité liés aux principaux problèmes de santé des populations haïtiennes.

L'organisation des études de l'analyse causale de la sous-nutrition s'inscrit donc dans cette nouvelle approche de lutte contre la malnutrition. Ces études structurées, participatives et holistiques vont permettre l'élaboration d'un consensus basé sur des données factuelles sur les causes plausibles de la malnutrition et relier l'analyse causale à la réponse programmatique.

Présentation de la zone de l'étude

L'étude a été réalisée dans l'arrondissement de Belle-Anse du Département Sud-Est d'Haïti, dans les localités des communes d'Anse-à-Pitres, Belle Anse, Grand Gosier et Thiotte qui se trouvent dans la zone HT7 selon la classification des zones de moyens d'existence en Haïti⁴.

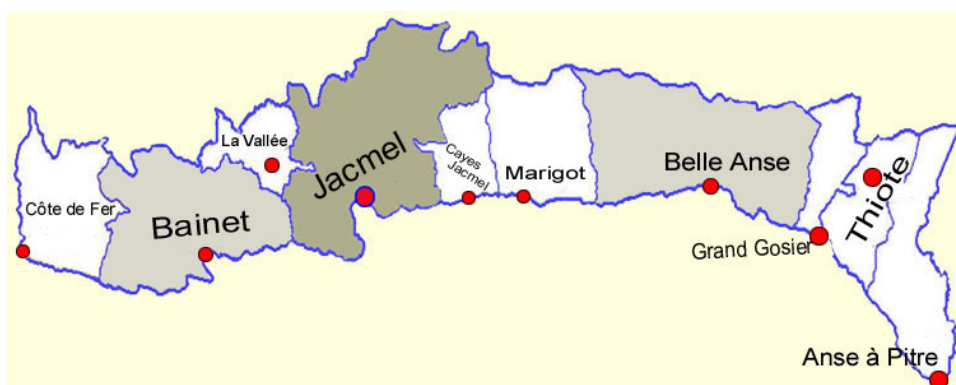


Fig. 1. Carte des communes du Département Sud-Est, Haïti



⁴ <http://www.cnsa509.org/Web/Etudes/Haiti%20LH%20profiles%20final%20fr.pdf>



Le choix de cette zone s'est fondé sur la base des résultats de l'enquête SMART réalisée en Mai-Juin 2016, qui a montré le taux de malnutrition aigüe globale (MAG) le plus élevé (8.3%) dans le Département Sud-Est par rapport aux autres départements dans le pays. D'ailleurs, l'enquête a permis d'identifier les poches de la malnutrition aigüe et de la malnutrition chronique dépassant les seuils d'urgence de l'OMS, qui se trouvent (entre autres) dans les communes de Belle Anse et Thiotte. Selon la classification d'insécurité alimentaire (IPC) chronique les communes sélectionnées se trouvent au niveau 4 (i.e. insécurité alimentaire chronique sévère).

Selon les estimations de l'Institut Haïtien de Statistique de d'Informatique (IHSI) en 2015 l'arrondissement de Belle-Anse compte 158 081 habitants sur une superficie de 776,7 km²⁵. La plus grande commune de l'arrondissement, Belle-Anse, a une population d'environ 75 951 habitants éparpillés sur sept sections communales⁶. La deuxième commune, Thiotte, ne compte que 34 925 habitants, suivie par Anse-à-Pitres avec 30 146 habitants and Grand Gosier avec 17 059 habitants.

Malgré sa proximité relative à la capitale Port-au-Prince, l'arrondissement de Belle-Anse est un de plus reculés arrondissements en Haïti. Le relief montagneux couplé avec un réseau des routes peu abondantes et difficilement praticables semble de jouer sur l'écart de la zone des activités du développement. Ceci se traduit en une faible disponibilité des services de base (centres de santé, écoles, marchés) et rend l'accès des populations aux ces services plus difficiles.

Dans le passé, l'arrondissement était une référence dans la production du café, des haricots, des pommes de terre et des légumes. Avec le manque d'encadrement du secteur paysan, les cultivateurs abandonnent le secteur agricole national en échange pour le travail identique mais plus rentable en République dominicaine. D'ailleurs, les principaux moyens d'existence dans la zone d'étude à présent comprennent les activités de petit commerce des produits non-alimentaires, des produits alimentaires ou des animaux aussi que la production et la vente de bois de chauffe. A cet égard, la coupe anarchique des arbres pour en faire du charbon accentue la dégradation de l'environnement.



⁵ http://www.ihsi.ht/pdf/projection/Estimat_PopTotal_18ans_Menag2015.pdf

⁶ Baie d'Orange, Mabriole, Calumette, Corail Lamothe, Bel-Air, Pichon et Mapou.



POURQUOI CONDUIRE UNE LINK NCA ?

L'expérience d'Action Contre la Faim en Haïti confirme que, dans la majorité des cas, les principaux facteurs de la malnutrition sont de nature structurelle et liés à des questions de sous-développement. Les réponses nutritionnelles qui se limitent à assurer le traitement des enfants souffrant de malnutrition aiguë, visent à sauver des vies à court terme. Cependant elles ne répondent pas aux causes sous-jacentes de malnutrition aiguë et chronique et donc ne fournissent pas de solutions pérennes. Par conséquent, pour avoir un impact réel, il est primordial de faire face à la crise nutritionnelle d'une manière globale.

Au-delà des concepts et des évidences scientifiques au niveau global, l'étude Link NCA permet de comprendre les mécanismes de la sous-nutrition, d'identifier ses causes majeures et ses mécanismes au niveau local en vue de contribuer à l'amélioration de la pertinence et l'efficacité des stratégies de lutte contre la sous-nutrition et plus largement des programmes de sécurité nutritionnelle dans l'arrondissement de Belle-Anse, Département du Sud-Est, Haïti.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont les suivants :

- Estimer la prévalence de la malnutrition aiguë et chronique dans la population de la zone cible ;
- Estimer la prévalence des principaux facteurs de risque connus responsables de la sous-nutrition dans la population de la zone étudiée et identifier les « groupes vulnérables à la sous-nutrition » ;
- Identifier les mécanismes et chemins causaux de la sous-nutrition dans la zone étudiée ;
- Comprendre comment la prévalence et les causes de malnutrition aiguë et chronique dans cette population évoluent dans le temps, au fil des saisons et/ou en fonction de chocs récents ;
- Identifier les mécanismes et chemins causaux susceptibles d'expliquer la plupart des cas de sous-nutrition ;
- Proposer des recommandations spécifiques pour améliorer les programmes de sécurité nutritionnelle en liant l'analyse à la réponse programmatique.



MÉTHODOLOGIE LINK NCA

1.1 APERÇU DE L'APPROCHE METHODOLOGIQUE LINK NCA

Une étude Link NCA (Analyse Causale de la Sous-Nutrition) est une méthode pour étudier les multiples facteurs responsables de la sous-nutrition. Elle représente un point de départ pour améliorer l'efficacité et la pertinence des programmes multisectoriels de sécurité nutritionnelle dans un contexte donné. C'est une étude structurée, participative et holistique qui s'appuie sur le cadre conceptuel de l'UNICEF, ayant pour objectif l'élaboration d'un consensus basé sur des données factuelles sur les causes plausibles de la sous-nutrition dans un contexte local.

Structurée : les étapes de la méthodologie sont précisément définies et ont été testées sur le terrain.

Participative : constitue une opportunité pour les participants (informateurs clés, experts techniques et membres des communautés cibles) d'exprimer leurs opinions et perceptions sur les causes de la sous-nutrition et de valider les conclusions de l'étude.

Holistique : la sous-nutrition est examinée de manière globale, évitant une approche verticale ou sectorielle, afin de comprendre les interdépendances entre les mécanismes de causalité.

Basée sur le cadre conceptuel de l'UNICEF qui représente un point de départ pour identifier les facteurs de risque potentiels de la sous-nutrition.

Elaboration d'un consensus basé sur des données factuelles sur les causes plausibles de la sous-nutrition : un processus structuré basé sur le consensus pour analyser et interpréter les données collectées et s'accorder sur la force des preuves supportant les causes les plus plausibles de sous-nutrition.

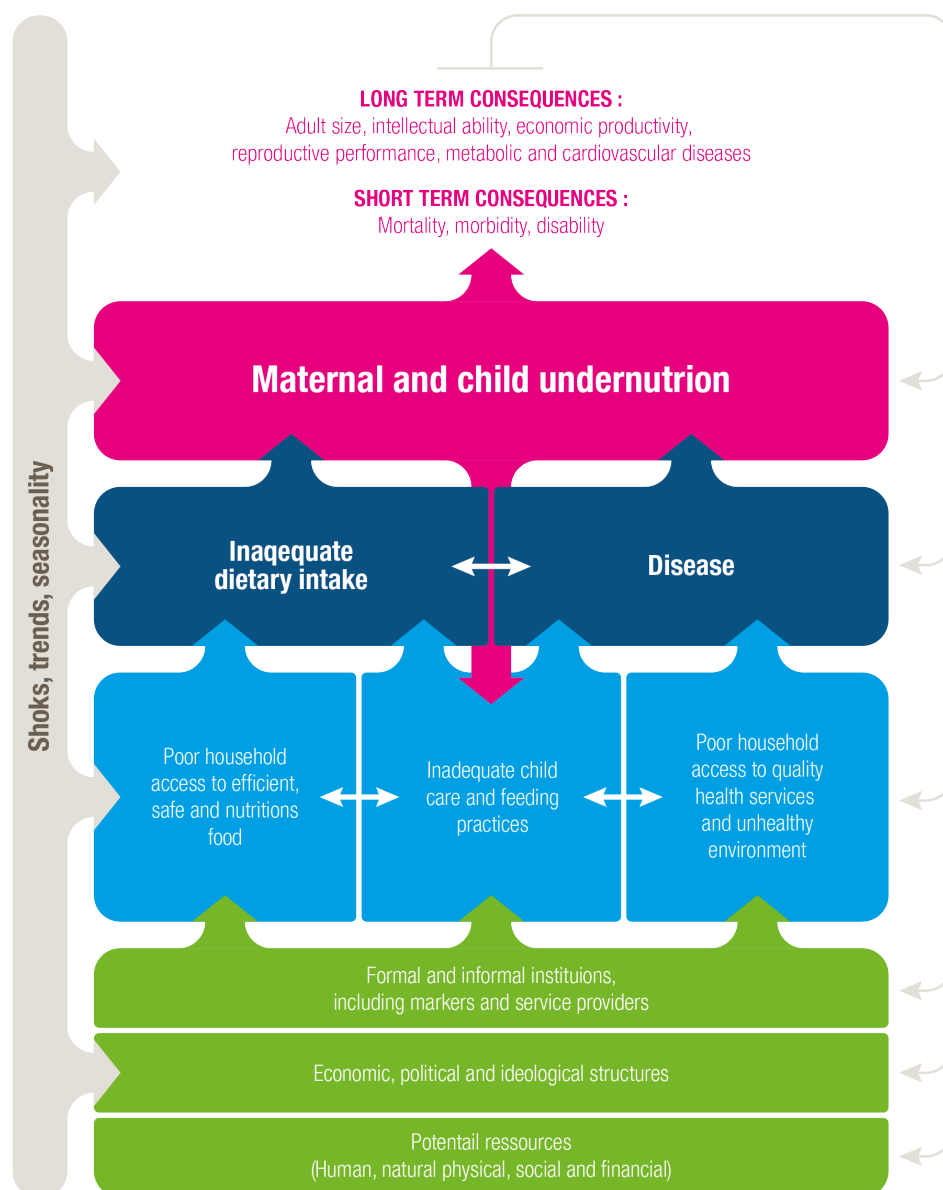
Dans un contexte local : les causes de la malnutrition varient d'un endroit à l'autre. Le but de la méthode est d'aller au-delà des interventions génériques en identifiant vraiment les causes spécifiques au contexte afin de proposer des solutions adéquates.

La méthode Link NCA relie :

- les acteurs de différents secteurs;
- les facteurs de risque et la sous-nutrition afin d'identifier les mécanismes causaux;
- des sources d'information variées pour en extraire un schéma de causalité;
- l'analyse causale à la réponse programmatique.

1.2 CADRE CONCEPTUEL DES CAUSES DE LA SOUS-NUTRITION CHEZ L'ENFANT, UNICEF

Elaboré en 1990, le cadre conceptuel des causes de la sous-nutrition chez l'enfant démontre comment les facteurs multisectoriels sont capables d'influer la sous-nutrition. Ils interviennent à trois niveaux et peuvent être classées en trois groupes : immédiates, sous-jacentes et fondamentales. A chaque niveau, les facteurs interagissent entre eux et influencent les autres facteurs à d'autres niveaux. Un apport alimentaire inadéquat et les maladies sont identifiés comme les causes immédiates de la malnutrition, celles-ci résultent de facteurs sous-jacents liés à la sécurité alimentaire des ménages, les pratiques de soins, et l'environnement sanitaire. Les causes fondamentales concernent les contextes social, politique et économique.





1.3 ÉTAPES CLÉS DE L'ÉTUDE

L'étude a été réalisée en 5 phases principales.

Phase préparatoire (07-08/2016)

La phase préparatoire de l'étude a permis de déterminer les paramètres clés tels que les objectifs spécifiques, la couverture géographique et la faisabilité. Il s'agissait également de voir si l'étude devrait inclure une enquête SMART/ une enquête de facteurs de risques ou bien se baser uniquement sur des données secondaires associées à une enquête qualitative. Pour cela, il a fallu que les informations sur la prévalence de la sous-nutrition et l'intensité/gravité des facteurs de risque fondamentaux soient disponibles, suffisantes, représentatives de la zone et suffisamment récentes. Etant donné que l'enquête SMART a été réalisée en Mai-Juin 2016, c'est-à-dire quelques mois avant le lancement de l'étude Link NCA, il a été décidé que la collecte des données anthropométriques ne serait pas reproduite. Par contre, vu un manque de données quantitatives récentes et relatives à la zone d'étude, une enquête de facteurs de risques a y été ajouté. Cette phase comprenait également les étapes de préparation et de planning nécessaires à tout type d'étude: développement de termes de référence, identification et sécurisation des ressources, recrutement d'un Analyste Link NCA pour conduire l'étude et définition d'un planning.

Identification des hypothèses de facteurs de risque et de leurs mécanismes (08-09/2016)

Une des premières tâches de l'Analyste Link NCA était d'identifier un premier groupe de facteurs de risque potentiels et les mécanismes qui pourraient expliquer la sous-nutrition dans le contexte local. Cette étape a été réalisée grâce à une revue systématique de la littérature (en utilisant le module « Mécanismes de la sous-nutrition » et la littérature grise disponible localement), des données secondaires et de premiers entretiens avec des interlocuteurs clés. Lors d'un atelier de travail avec des partenaires techniques, qui a eu lieu à Port-au-Prince le 27 et 28 Septembre 2016, les hypothèses ont été examinées, discutées et validées comme hypothèses à tester lors de l'enquête quantitative et qualitative.

Collecte de données au niveau communautaire (10/2016-01/2017)

La méthodologie Link NCA s'appuie sur la triangulation de données qualitatives et quantitatives. La collecte de données qualitatives a duré sept semaines entre Octobre et Décembre 2016. La collecte de données quantitatives a duré quatre semaines au cours du mois de Janvier 2017.

Enquête qualitative

L'enquête qualitative au niveau communautaire répondait à six objectifs:

- Développer une définition locale de la sous-nutrition et comprendre la perception de la sous-nutrition par les communautés;
- Caractériser la sécurité alimentaire, la santé et les soins au sein de la communauté;
- Explorer les perceptions des communautés sur les causes et conséquences d'une situation en sécurité alimentaire, santé et de soins inadéquats en relation avec la sous-nutrition;
- Comprendre les pratiques des pourvoyeurs de soins d'enfants déviants positifs (c'est-à-dire parents d'enfants en bonne santé et bien nourris et qui font face aux mêmes barrières et défis que les parents d'enfants souffrant de sous-nutrition);
- Identifier les tendances saisonnières et historiques de la sous-nutrition et des facteurs de risque;
- Comprendre comment la communauté hiérarchise ces facteurs.

Enquête quantitative

Etant donné qu'une enquête nutritionnelle SMART qui suit un protocole standard et évalue le statut anthropométrique des enfants de moins de 5 ans afin d'estimer la prévalence de la sous-nutrition dans cette population a été réalisée en Mai et Juin 2016 sur l'ensemble du territoire haïtien, les



analyses Link NCA ont pris en considération des données déjà collectées et dûment analysées. Ainsi, l'enquête quantitative ne comprenait qu'une enquête des facteurs de risque transversale pour estimer l'intensité et la gravité des facteurs de risque nutritionnels fondamentaux (définis à partir du cadre conceptuel de l'UNICEF). Elle s'est composée de 43 indicateurs, identifiés en fonction des hypothèses à tester.

Synthèse des résultats et élaboration d'un consensus technique (02-03/2017)

Une fois les données collectées, l'Analyste Link NCA les a synthétisé et entrepris une série d'analyses pour classer les facteurs de risque en fonction de leur impact relatif sur la sous-nutrition et pour décrire qualitativement les relations dynamiques entre les facteurs de risque et leurs effets sur la sous-nutrition. La classification de l'Analyste a pris en compte toutes les sources d'information recueillies au cours de l'étude. Lors de l'atelier de travail final qui a eu lieu le 9 Mars 2017 à Port-au-Prince, l'Analyste a présenté les résultats de l'étude et animé un processus participatif et séquentiel pour élaborer un consensus autour des causes plausibles de la sous-nutrition dans la zone étudiée.

Communication des résultats et planification de la réponse (04/2017)

Les résultats de la Link NCA ont été présentés aux acteurs opérationnels et décisionnaires. Par la suite, les acteurs opérationnels se sont engagés dans une phase d'analyse de la réponse pour décider quelles recommandations vont être mises en œuvre et comment.

1.4 ÉCHANTILLONNAGE POUR L'ENQUÊTE QUANTITATIVE (ENQUÊTE FACTEURS DE RISQUE)

1.4.1 Calcul de la taille d'échantillon et éligibilité

Une procédure d'échantillonnage par grappes à deux degrés a été utilisée. Les indicateurs à mesurer sont composés des indicateurs obligatoires de la méthodologie Link NCA, accompagnés par certains indicateurs complémentaires, afin de recueillir des informations sur les hypothèses causales identifiées.

Le calcul de la taille de l'échantillon a été fait indépendamment pour chaque indicateur. Le tableau ci-dessous présente la taille d'échantillon demandé en fonction des populations cibles. La taille d'échantillon finale a été décidée en considérant l'indicateur le plus demandeur en prenant en compte les contraintes budgétaire et logistique de l'étude Link NCA. Ce dernier est figuré en vert dans le tableau ci-dessous.

INDICATEUR	UNITE D'ECHANTILLONNAGE	D1	D2	P3	NB DE MESURES NECESSAIRES ⁴	NB DE MESURES CIBLEES PAR MENAGES ⁵	% DE NON-REPONDANTS (5 TO 10%)	NB DE MENAGES NECESSAIRES
COUVERTURE D'IMMUNISATION DPT3	12-23 mois	2.0	0.10	0.513	209	0,16	1,05	1372
FREQUENTATION DES SOINS ANTENATAUX	Mère	2.0	0.10	0.899	76	1,00	1,05	80



INDICATEUR	UNITE D'ECHANTILLONNAGE	D1	D2	P3	NB DE MESURES NECESSAIRES ⁴	NB DE MESURES CIBLEES PAR MENAGES ⁵	% DE NON-REPONDANTS (5 TO 10%)	NB DE MENAGES NECESSAIRES
BARRIERES D'ACCES AUX CENTRES DE SANTE	Ménage	2.0	0.10	0.5	209	1,00	1,05	219
INFECTION RESPIRATOIRE AIGÛE AU COURS DES DERNIERS 14 JOURS	6-59 mois	2.0	0.10	0.165	115	0,71	1,05	170
DIARRHEE AU COURS DES DERNIERS 14 JOURS	6-59 mois	2.0	0.10	0.201	134	0,71	1,05	198
LIEU D'ACCOUCHEMENT	Mère	2.0	0.10	0.213	140	1,00	1,05	147
TAUX DE PREVALENCE DE LA CONTRACEPTION	15-49 ans	2.0	0.10	0.271	165	1,00	1,05	173
GROSSESSES PRECOCES	Mère	2.0	0.10	0.122	90	1,00	1,05	95
ESPACEMENT DES NAISSANCES	0-59 mois	2.0	0.10	0.221	144	0,79	1,05	191
WHO5	Mère	2.0	0.10	0.5	209	1,00	1,05	219
PERCEPTION DU CAPITAL SOCIAL	Mère	2.0	0.10	0.5	209	1,00	1,05	219
HDDS	Ménage	2.0	0.10	0.5	209	1,00	1,05	219
HFIAS	Ménage	2.0	0.10	0.5	209	1,00	1,05	219
MAFHP	Ménage	2.0	0.10	0.5	209	1,00	1,05	219
INITIATION PRECOCE D'ALLAITEMENT	0-23 mois	2.0	0.10	0.42	204	0,32	1,05	669



INDICATEUR	UNITE D'ECHANTILLONNAGE	D1	D2	P3	NB DE MESURES NECESSAIRES ⁴	NB DE MESURES CIBLEES PAR MENAGES ⁵	% DE NON-REONDANTS (5 TO 10%)	NB DE MENAGES NECESSAIRES
MATERNEL								
ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF AVANT L'AGE DE 6 MOIS	0-5 mois	2.0	0.10	0.385	198	0,08	1,05	2632
EVOLUTION DE LA CONSOMMATION ALIMENTAIRE DES MERES PENDANT LA GROSSESSE ET/OU LA LACTATION	Mère	2.0	0.10	0.5	209	1,00	1,05	219
ALLAITEMENT PREDOMINANT	0-5 mois	2.0	0.10	0.51	209	0,08	1,05	2743
FREQUENCE DES REPAS LACTES POUR LES ENFANTS QUI NE SONT PAS NOURRIS AU SEIN	6-23 mois	2.0	0.10	0.425	204	0,17	1,05	1260
INTRODUCTION D'ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES OU MOUS	6-8 mois	2.0	0.10	0.87	95	0,04	1,05	2494
SCORE DE DIVERSITE ALIMENTAIRE DE L'INDIVIDU	6-23 mois	2.0	0.10	0.5	209	0,17	1,05	1291
FREQUENCE DES REPAS	6-23 mois	2.0	0.10	0.5	209	0,17	1,05	1291
ALIMENTATION REACTIVE	9-39 mois	2.0	0.10	0.5	209	0,41	1,05	535
ECHELLE D'INTERACTIONS ENTRE UN ACCOMPAGNANT- ET UN ENFANT	Mère	2.0	0.10	0.5	209	1,00	1,05	219



INDICATEUR	UNITE D'ECHANTILLONNAGE	D1	D2	P3	NB DE MESURES NECESSAIRES ⁴	NB DE MESURES CIBLEES PAR MENAGES ⁵	% DE NON-REPONDANTS (5 TO 10%)	NB DE MENAGES NECESSAIRES
GROSSESSE NON-DESIREE	0-59 mois	2.0	0.10	0.5	209	0,79	1,05	278
ACCES A LA SOURCE D'EAU POTABLE	Ménage	2.0	0.10	0.395	200	1,00	1,05	210
ACCES A LA SANITATION AMELIOREE	Ménage	2.0	0.10	0.5	209	1,00	1,05	219
UTILISATION DES INFRASTRUCTURES D'HYGIENE ET D'ASSAINISSEMENT	Ménage	2.0	0.10	0.5	209	1,00	1,05	219
PRATIQUES DE LAVAGE DES MAINS DE PREPARATEUR ALIMENTAIRE	Ménage	2.0	0.10	0.47	208	1,00	1,05	218
PRESENCE DU SAVON OU DES CENDRES DANS LA MAISON	Ménage	2.0	0.10	0.286	171	1,00	1,05	180
PERCEPTION DE LA CHARGE DE TRAVAIL D'UN ACCOMPAGNANT	Mère	2.0	0.10	0.5	209	1,00	1,05	219
NOMBRE DES JOURS DE REPOS APRES L'ACCOUCHEMENT LE PLUS RECENT	Mère	2.0	0.10	0.5	209	1,00	1,05	219
POUVOIR DECISIONNAIRE	Mère	2.0	0.10	0.613	198	1,00	1,05	208

Tab. 1. Tableau 1: Calcul de la taille d'échantillon pour chaque indicateur inclut dans l'enquête facteurs de risque



NOMBRE D'EQUIPES	NOMBRE D'EQUIPE PAR GRAPPE	NOMBRE DE MENAGES PAR JOUR PAR EQUIPE	NOMBRE DE MENAGES PAR GRAPPE	NOMBRE DE JOURS PASSES DANS CHAQUE GRAPPE	NOMBRE DE MENAGES ECHANTILLONNES	NOMBRE TOTAL DE JOURS D'ENQUETE	NOMBRE DE GRAPPES ENQUETEEES	NOMBRE DE MENAGES A ENQUETER
8	2	4	24	3	669	23 jours	30	720

Tab. 2. Planification de l'enquête quantitative

Légende

D^1	Effet de grappe
d^2	Précision désirée
p^3	Prévalence estimée; lorsqu'aucune donnée n'est disponible une prévalence de 50% a été choisie (ce qui permet d'avoir un échantillon le plus large possible)
Nb de mesures ciblées par ménage ⁴	Calculé à l'aide du logiciel ENA
Nb de mesures nécessaires ⁵	- Calcul d'un nombre de mesures par âge et par foyer à l'aide des résultats d'EMMUS V de 2012. - Taille moyenne de ménage (6,7 personnes) basé sur l'enquête KAP de Solidarités International de 2016.

1.4.2 Nombre de ménages à enquêter

La taille d'échantillon considérée pour cette enquête a été de 669 ménages, incluant une marge de 10% pour les erreurs de saisie, non-répondants, absents, refus, etc.

1.4.3 Détermination du nombre de grappe à enquêter

Chaque entretien a été prévu à durer entre 60 et 90 minutes (validé lors du test pilote). En ajoutant la durée du trajet pour atteindre les villages, le temps pour échantillonner des ménages et la pause déjeuner, il a été estimé que chaque équipe pourrait enquêter 4 ménages par jour. Avec 8 équipes de 2 enquêteurs, 21 jours de la collecte des données ont été initialement prévus ($669/8/4 = 20,90$ jours).

En considérant l'option où 2 équipes enquêtent 1 grappe au cours de 3 jours (représentant 24 ménages par grappe), 30 grappes ont été sélectionnées. Au total 720 ménages ont été prévus d'être



enquêtés, soit 51 ménages de plus que requis. La collecte des données était ainsi prolongée à 23 jours.

1.4.4 Liste des grappes tirées pour l'enquête quantitative

L'échantillonnage au premier degré consiste en détermination de la liste des grappes à enquêter. Il s'agit d'un sondage en grappes avec probabilité proportionnelle à la taille de la population (PPT). Il est fait à l'aide du logiciel ENA. Ainsi 30 grappes ont été sélectionnées. Des grappes de remplacement ont été également sélectionnées automatiquement par le logiciel.

La base de sondage utilisée a été constituée d'un échantillon-maitre pour enquêtes multiples auprès des ménages, établi en 2011 par l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI). Pour l'enquête quantitative Link NCA, une liste de 118 unités de dénombrement (SDE) couvrant la totalité de l'arrondissement de Belle-Anse (sauf 1^{ère} section communale Boucan Guillaume d'Anse-à-Pitres et 2^{ème} section communale Mare Mirande de Thiote) a été présélectionnée. Cette base de sondage renseigne sur l'effectif de population de chaque grappe ainsi que sur le nombre de ménages. Les villages de petite taille ont été regroupés avec le village le proche.

La liste de 30 grappes sélectionnées se trouve en [Annexe 2](#).

1.4.5 Procédures d'échantillonnage à l'intérieur d'une grappe

Dans chaque grappe sélectionnée, la première étape a consisté d'une cartographie précise d'une unité de dénombrement et sa segmentation en sub-unités, consistant de moins de 100 ménages, en vue d'actualiser le nombre de ménages de la grappe. Le principe était de ne pas sauter un ménage ou de ne pas compter le même ménage deux fois. Les ménages abandonnés ont été exclus du dénombrement. Un numéro unique séquentiel a été porté sur tout ménage recensé. Les données des ménages recensés ont été enregistrées sur la fiche de recensement des ménages. Ensuite, un segment a été sélectionné en utilisant une technique PPS.

La sélection des ménages à enquêter parmi les ménages recensés a été faite avec la méthode aléatoire systématique. Les étapes de sélection étaient les suivantes :

1. Détermination d'un intervalle souhaité : si l'équipe a dénombré 9 ou moins ménages, l'intervalle choisi s'est composé d'un seul chiffre ; si l'équipe a dénombré 99 ou moins ménages, l'intervalle choisi s'est composé de 2 chiffres ; si l'équipe a dénombré 100 ou plus ménages, l'intervalle choisi s'est composé de 3 chiffres.
2. Sélection d'un chiffre de départ de manière aléatoire dans la liste aléatoire de chiffres : un membre d'une équipe a fermé les yeux et placé un stylo sur la liste aléatoire de chiffres. En fonction d'un nombre de chiffres nécessaires (comme indiqué ci-dessus), il a retenu une série de chiffres à droite du stylo. Cette série de chiffres a représenté le premier ménage à enquêter dans l'intervalle souhaité.
3. Sélection des chiffres suivants de manière aléatoire dans la liste aléatoire de chiffres : un membre d'une équipe a continué de retenir toutes les séries de chiffres inclus dans l'intervalle souhaité jusqu'à arriver à 24 ménages prévus d'être enquêtés au sein d'une grappe. Toutes les séries de chiffres ont été enregistrées sur une feuille de sélection des ménages.

Définition d'un ménage

Aux fins de la présente étude, le ménage a été défini comme l'ensemble des membres qui partagent le même toit, mettent tout ou une partie de leurs ressources en commun, mangent le repas préparé dans la même marmite, et qui reconnaissent l'autorité d'une personne appelée Chef de ménage.



1.5 ÉCHANTILLONNAGE POUR L'ENQUÊTE QUALITATIVE

L'objectif de l'échantillonnage pour l'enquête qualitative n'est pas d'être statistiquement représentatif de la population d'intérêt, mais plutôt d'être qualitativement représentatif de la population qui réside dans la zone étudiée. Pour veiller à ce que l'enquête qualitative obtienne des informations qui puissent représenter la situation des ménages dans la zone, une combinaison de méthodes d'échantillonnage aléatoire et à dessein ont été utilisées, dite méthodologie d'échantillonnage aléatoire raisonné.

Pour la première étape du processus d'échantillonnage, deux sections communales identifiées comme les poches de la sous-nutrition lors de l'enquête SMART réalisée en Mai – Juin 2016 ont été présélectionnées. A l'intérieur de ces sections communales, un village a été choisi au hasard à partir d'une liste exhaustive des villages de la section communale. Ainsi, une localité de Dupuy dans le bourg de Thiotte et une localité d'Obinette dans la 5^{ème} section communale Bel-Air de Belle-Anse ont été sélectionnées.

Ensuite, deux autres sections communales non-identifiées comme les poches de la sous-nutrition lors de l'enquête SMART réalisée en Mai – Juin 2016 ont été présélectionnées. A l'intérieur de ces sections communales, un village a été choisi au hasard à partir d'une liste exhaustive des villages de la section communale. Ainsi, une localité de Fond Janette dans la 2^{ème} section communale Bois d'Orme d'Anse-à-Pitres et une localité de Galette Marreau dans la 1^{ère} section communale Colline des Chênes de Grand Gosier ont été sélectionnées.

Ainsi, un total de 4 villages, comme recommandé par la méthodologie Link NCA, a été sélectionné. Au cours de l'étude, une 5^{ème} localité, Ginen, dans la commune de Thiotte, a été ajouté à l'échantillonnage suite aux recommandations des informateurs clés, basées sur la prévalence de la sous-nutrition dans la zone. Par contre, une étude approfondie qualitative n'a pas pu y être poursuivie dû à un manque de leadership ainsi que l'indisponibilité des personnes adultes au cours de la journée pour assister aux groupes de discussion.

Le planning préliminaire a prévu 6 jours de la collecte des données par village. Le temps réel de la collecte des données a varié entre 6 et 8 jours, en fonction de la disponibilité des participants et des aléas climatiques influençant l'accès aux zones échantillonnées.

Pour la deuxième étape de l'échantillonnage, au niveau communautaire, les participants aux échanges (groupes de discussion et/ou entretiens semi-directifs) ont été sélectionnés en fonction du type d'informations susceptibles d'être fournies. Les groupes de discussion réunissaient en moyenne 10 personnes, certains strictement du genre féminin, certains mixtes.

Généralement, les catégories suivantes de participants ont été sollicitées :

- Les CASEC/ASEC et autres leaders communautaires, y compris les pasteurs, *hougans*, etc. ;
- Informateurs clés, tels que le personnel au centre de santé, guérisseurs traditionnels (*medsen fèy*), enseignants, membres des organisations à base communautaire (OCB);
- Pères et mères d'enfants de moins de 5 ans ;
- Mères d'enfants déviants positifs et déviants négatifs, dont la sélection est basée sur l'état nutritionnel de leur enfant ;
- Autres membres dans la communauté ayant une bonne connaissance des événements importants qui se sont déroulés dans les villages durant les 10-15 dernières années.

1.6 MÉTHODOLOGIE DE RÉCOLTE DES DONNÉES

Pour déterminer et catégoriser les causes de la sous-nutrition, la méthodologie Link NCA prévoit une combinaison d'approches quantitatives et qualitatives. L'approche quantitative a été conçue pour évaluer objectivement la prévalence des facteurs de risque connus, tandis que la composante qualitative a visé à fournir des données sur la contextualisation et l'interrelation entre les facteurs de



risques à la sous-nutrition. Par conséquent, les parties quantitatives et qualitatives ont été complémentaires et ont permis d'avoir une vision globale et approfondie des causes de la sous-nutrition dans l'arrondissement de Belle Anse.

1.6.1 Enquête quantitative

1.6.1.1 Recrutement et composition de l'équipe quantitative

Suite au processus du recrutement, 20 enquêteurs et 4 superviseurs ont été sélectionnés pour participer à la formation de 4 jours consacrée à l'apprentissage des techniques d'enquête selon la méthodologie Link NCA ainsi que la maîtrise des outils d'enquête sur les facteurs de risque. Un post-test a été organisé le dernier jour de la formation. Les candidats ayant réussi le post-test et présentant les meilleures aptitudes pour la récolte des données avec l'aide d'un questionnaire électronique sur les facteurs de risque ont été retenus pour réaliser l'étude. Le reste des candidats ont été gardés comme remplaçants en cas de maladie ou autre imprévu. L'équipe finale s'est composée de 16 enquêteurs (8 femmes, 8 hommes), de 3⁷ superviseurs (1 femme, 2 hommes), d'un assistant responsable de l'enquête (homme) et d'une responsable de l'enquête (femme).

1.6.1.2 Formation de l'équipe quantitative

La formation de l'équipe quantitative s'est tenue du 14 au 17 novembre 2016 à Port-au-Prince. La formation visait, d'une part, à améliorer les compétences des personnes impliquées dans la collecte des données sur les points clefs de l'étude, et d'autre part, à standardiser les méthodes de collecte des données. Elle a été conduite par les membres de l'équipe Link NCA.

La formation a été répartie entre des modules théoriques, pratiques, une évaluation des candidats et un test pilote. La théorie a porté sur des modules communs (présentation de l'étude, sélection des ménages à enquêter, identification des enfants éligibles y compris utilisation du calendrier des événements, administration des questionnaires, et organisation pratique de l'enquête).

Pour la composition finale des équipes, une attention particulière a été donnée à la combinaison des compétences et la complémentarité des caractères et du genre.

Le test pilote a été réalisé au cours de deux premiers jours du déploiement des équipes sur le terrain le 11 et 12 janvier 2017. Il a permis de tester les procédures relatives à la sélection aléatoire des ménages ainsi que les outils de collecte des données selon les procédures indiquées dans le manuel d'enquêteur. Une séance plénière organisée avec l'ensemble de l'équipe quantitative à la fin de chaque journée du test pilote a permis de discuter des difficultés rencontrées et d'apporter les dernières améliorations aux outils et procédures de la collecte de données.

1.6.1.3 Questionnaire

Le questionnaire de l'enquête quantitative consistait des indicateurs destinés à mesurer la prévalence des facteurs de risque validés pour la collecte de données lors d'un atelier technique initial. Le questionnaire a été divisé en 4 sections. La première section portait sur le ménage et a été administré au chef de ménage ; la deuxième section concernait le donneur de soins principal de l'enfant ; la troisième section portait sur chacun des enfants de moins de 5 ans du ménage et la quatrième section portait sur les observations des enquêteurs.

Chaque section d'un questionnaire incluait une combinaison des questions relatives aux domaines suivants :

- Santé et pratiques de soins ;



⁷ Une superviseuse formée a refusé les conditions de travail et un recrutement/formation d'un remplaçant n'a pas été possible dû à un manque de temps.



- Nutrition ;
- Sécurité alimentaire et moyens d'existence ;
- Eau, hygiène et assainissement ;
- Genre, protection et éducation.

Le questionnaire a été traduit en créole haïtien et administré uniquement dans cette langue dans les ménages où au moins un enfant de moins de 5 ans était présent. Il a été pré-testé et révisé/ajusté respectivement. La version finale du questionnaire est présentée en [Annexe 4](#).

1.6.1.4 Collecte de données

La collecte des données a été réalisée du 10 au 31 janvier 2017. Les rôles et responsabilités des membres de l'équipe étaient définis comme suit :

- Enquêteur : réaliser une cartographie/segmentation de la grappe à enquêter (ménages et sources d'eau), identifier et interviewer les participants à l'enquête (ménages et membres respectifs des ménages), enregistrer les données collectées avec l'aide des appareils portables (tablettes), vérifier la complétude des données et effectuer toute correction jugée nécessaire, transmettre les données dans une base de données centrale, assister les superviseurs dans leurs activités.
- Superviseur: conduire son équipe sur le terrain, présenter les objectifs de l'étude aux autorités locales, identifier un guide villageois, réaliser une cartographie/segmentation de la grappe à enquêter (ménages et sources d'eau), contrôler les techniques d'entretien et la saisie de données avec l'aide des appareils portables (tablettes), vérifier la complétude et la qualité des données et effectuer toute correction jugée nécessaire, transmettre les données dans une base de données centrale, rapporter au responsable de l'enquête toute difficulté rencontrée lors de la collecte/contrôle de données ainsi que la vie quotidienne des équipes.

1.6.2 Enquête qualitative

1.6.2.1 Recrutement et composition de l'équipe qualitative

L'équipe qualitative s'est composée d'une Experte Link NCA qui a conduit tous les échanges dans les villages échantillonnés, accompagnée par un traducteur et un facilitateur communautaire, dont un homme et une femme, utilisés à tour de rôle en fonction d'un caractère des discussions réalisées. De plus, dans chaque village, un « guide mobilisateur » a été recruté pour aider à prévenir et mobiliser la communauté. Le rôle du guide mobilisateur a été d'aider l'équipe Link NCA en identifiant les participants potentiels pour les groupes de discussion ainsi qu'en identifiant le moment et le lieu le plus convenable pour ces discussions.

1.6.2.2 Formation de l'équipe qualitative

Les membres de l'équipe qualitative ont reçu une formation de 2 jours consacrée à l'apprentissage des techniques de recherche qualitative ainsi que la maîtrise des outils développés pour la collecte des données. La formation portait aussi sur les principes éthiques de la recherche et leur application dans le cadre d'une étude Link NCA. Une série de séances pratiques a été dédiée à la traduction efficace, la facilitation et la prise de notes.

1.6.2.3 Guides d'entretien

La collecte des données qualitatives a été effectuée à travers des groupes de discussion, des entretiens semi-directifs ainsi par observation participante. Toutes ces trois méthodes se sont appuyées sur les guides d'entretien thématiques développées à partir des facteurs de risque validés pour la collecte de données lors d'un atelier technique initial afin de recueillir les données contextuelles sur ces facteurs de risque.

L'ensemble des guides d'entretien ont couvert les thématiques suivantes :

- Informations générales sur le contexte
- Sécurité alimentaire et moyens d'existence
- Eau, hygiène et assainissement
- Nutrition
- Santé
- Santé mentale et pratiques de soins
- Genre, Education et protection
- Calendriers saisonniers et historiques
- Etude de cas d'enfants déviants positifs
- Etude de cas d'enfants malnutris

Les guides d'entretien ont été pré-testées, avec un accent particulier mis sur la formulation des questions en créole haïtien. Les versions finales des guides d'entretien sont présentées en [Annexe 3](#).

1.6.2.4 Collecte de données

La collecte des données a été réalisée du 21 octobre au 16 décembre 2016. En moyenne, environ 7 jours ont été passés dans chaque village. Le dernier jour l'équipe qualitative a organisé une restitution des résultats aux communautés échantillonnées afin de collecter leur retour sur l'interprétation des données collectées et de valider les analyses préliminaires. Au total, 33 groupes de discussion, 47 entretiens semi-directifs et 4 réunions communautaires ont été organisés lors de l'enquête qualitative.



Fig. 2. Restitution communautaire à Fond Janette, Anse-à-Pitres

LOCALITÉ	GROUPES DE DISCUSSION / EXERCICES PARTICIPATIFS	ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS	OBSERVATIONS PARTICIPANTES	RESTITUTION COMMUNAUTAIRE	JOURS
DUPUY	7	14	1	1	8



LOCALITÉ	GROUPES DE DISCUSSION / EXERCICES PARTICIPATIFS	ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS	OBSERVATIONS PARTICIPANTES	RESTITUTION COMMUNAUTAIRE	JOURS
GINEN	2	3	2	0	5
FOND JANETTE	9	5	2	1	6
GALETTE MARREAU	8	5	1	1	8
KOCOMETTE	7	20	2	1	7
TOTAL	33	47	8	4	34

Tab. 3. Tableau 3: Résumé des échanges par village lors de l'enquête qualitative

1.6.2.5 Consultations des partenaires

Un aspect clé de la méthodologie Link NCA est la participation des principales parties prenantes. Pour cela, les membres de la communauté, les représentants du gouvernement, ainsi que les ONG et les partenaires universitaires ont été impliqués dans les différentes étapes de l'étude. Les principaux intervenants ont été interrogés dans les étapes préliminaires de l'étude afin d'éclairer l'élaboration des hypothèses causales. De plus, l'atelier technique initial et final a eu pour objectif de valider les hypothèses causales à tester et/ou de catégoriser les facteurs de risques à la sous-nutrition sur la base des résultats présentés.

1.7 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES

1.7.1 Enquête quantitative

Les données quantitatives, collectées avec l'aide des appareils portables (tablettes), ont été synchronisées et téléchargées vers le serveur à travers une plateforme en ligne KoboToolbox⁸. Elles étaient régulièrement scannées pour les erreurs logiques. Lors de la synchronisation finale, les données ont été téléchargées en forme d'une base de données Excel et analysées avec le logiciel Epi Info 3.5.4.



⁸ <http://www.kobotoolbox.org/>



1.7.2 Enquête qualitative

Les données qualitatives ont été traitées à l'aide des méthodes d'analyse de contenu.

1.8 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La Direction de la Nutrition du Ministère de la Santé Publique (MSPP) ainsi que la Direction Sanitaire du Département du Sud-Est (DSSE) ont été tenues informées au préalable de l'objectif et des modalités de l'étude Link NCA. Leur autorisation et leur collaboration ont été requises pour sa réalisation et ont été accordées le 9 Août 2016 et le 7 Septembre 2016, respectivement. D'ailleurs, la méthodologie de l'étude a été présentée aux différents acteurs œuvrant dans les différents secteurs, tels que la santé et la nutrition, la sécurité alimentaire et les moyens d'existence, l'eau, l'assainissement et l'hygiène au cours du mois d'Août et Septembre 2016. Une variété d'experts, spécialistes dans les domaines respectifs, représentant des instances étatiques, académiques et non-gouvernementales ont été invité d'assister aux ateliers techniques avant et après la collecte des données.

Lors de la collecte des données qualitatives et quantitatives, les équipes ont été accompagnées par un guide facilitateur, choisi parmi les personnes influentes des localités, pour faciliter leur introduction dans le milieu et pour assurer la coopération des habitants. Le guide a averti à l'avance les habitants du village ciblé du passage des équipes afin de s'assurer que ceux-ci seront présents et prévenus des objectifs de l'étude.

Une fois rassemblés pour les groupes de discussion et/ou entretiens dans les ménages, les équipes ont brièvement présenté l'étude en cours et l'importance de la participation des personnes de la localité. Ensuite, ils ont demandé le consentement des participants pour assister aux échanges et fournir les données requises. Une attention particulière a été portée sur la confidentialité de leur participation et la composition des groupes de discussion d'une manière permettant l'expression libre et non-biaisée d'opinion. Les sujets jugés culturellement sensibles ont été abordés seulement si les participants se sont sentis confortables de les discuter.

Dans le cas de l'étude qualitative, une fois l'ensemble des groupes de discussions a été terminé, l'équipe a présenté des résultats préliminaires à tous les participants et leaders communautaires lors d'une réunion communautaire. Ceux-ci ont ensuite validé ces résultats et ont proposé des pistes pour les adresser.

1.9 LIMITES DE L'ÉTUDE

La méthodologie Link NCA est une analyse causale bien que la causalité ne soit pas démontrée d'un point de vue épidémiologique ou statistique. Une note de confiance faible pour certains résultats signifie que les informations recueillies ne suffisent pas à convaincre et nécessitent des recherches supplémentaires à effectuer.

Les analyses présentées dans le cadre de cette étude sont valables pour la population étudiée, c'est-à-dire la population de l'arrondissement de Belle-Anse dans le département Sud-Est d'Haïti. Ces résultats ne peuvent pas être extrapolés aux autres régions d'Haïti malgré certaines ressemblances avec la zone étudiée.

Certains indicateurs concernant les pratiques de soins et l'alimentation du jeune enfant ont été calculés à partir de cibles présentées dans notre échantillon pour des raisons pratiques. Cependant, pour une meilleure représentativité, un plus grand échantillonnage aurait été nécessaire.

Lors de l'enquête qualitative, l'équipe de la collecte de données a observé un certain biais sur les réponses des participants, basé sur leurs préférences de l'aide qui pourrait être éventuellement offerte



HAÏTI

ARRONDISSEMENT DE BELLE-ANSE

AOUT 201

LINK NCA / RAPPORT FINAL

par les organisations non-gouvernementales suite à ces consultations. En conséquence, l'équipe a ajusté les outils et les techniques de la collecte de données afin d'assurer le plus haut niveau de l'impartialité de données collectées. Pourtant, le risque de la polarisation de données a pu persister de façon insignifiante.



RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

1/ INFORMATIONS CONTEXTUELLES ET RÉSULTATS DE L'ÉTUDE PAR SECTEUR

Les informations présentées dans ce sous-chapitre sont des informations générales par secteur. Une analyse précise, triangulée et contextualisée des mécanismes et des facteurs de risques sera exposée dans la partie **4.3**.

1.1 SOUS-NUTRITION

Les résultats préliminaires de l'enquête SMART réalisée par ACF en Mai-Juin 2016, démontrent un taux le plus élevé de la malnutrition aiguë sévère (8.3%) dans le Département du Sud-Est. L'analyse approfondie des données collectées a dévoilé l'existence de poches de malnutrition au niveau des communes et/ou sections communales avec un taux de MAG dépassant 20% à Marigot, Baint ou Cotes de Fer et un taux de malnutrition chronique globale (MCG) dépassant 40% à Marigot, Cayes Jacmel ou Belle Anse, soit le double d'un seuil acceptable de l'OMS.

Ainsi, lors de l'enquête qualitative Link NCA il a été considéré essentiel de comprendre l'interprétation locale de la sous-nutrition ainsi que l'interaction des communautés avec cette condition. En autres mots, la terminologie locale utilisée pour décrire la sous-nutrition révèle comment les communautés perçoivent la sous-nutrition et leur façon de l'aborder. L'étude de la terminologie locale est un point d'entrée crucial pour la compréhension d'un contexte socioculturel local, dans lequel le phénomène apparaît et dans lequel le programme de la lutte contre la sous-nutrition fonctionne.

La population dans l'arrondissement de Belle-Anse a fait référence à la sous-nutrition en utilisant 14 termes, dont 12 termes ont été utilisés pour identifier la forme marasmique de la sous-nutrition. Le kwashiorkor n'est pas été reconnu comme une forme de la sous-nutrition. Les enfants atteints du kwashiorkor sont soit considérés bien-portants ou souffrant de l'inflammation si les œdèmes sont très marqués. L'inflammation comme telle n'est pas associée à un manque d'alimentation et/ou aux apports nutritionnels inéquilibrés.

Du côté de l'émaciation, la population utilise une variété de termes qui réfère à la sous-nutrition ou ses manifestations physiques, tels que « maigreur extrême, côtes visibles, gros ventre, jambes fines. » Par contre, la sous-nutrition est aussi confondue avec la tuberculose ou un handicap physique ou mental. Dans le cas de deux derniers, la population a une tendance d'utiliser des expressions péjoratives qui ont l'effet stigmatisant sur l'enfant et/ou son entourage.



MARASME	
MALNITRISYON	« malnutrition »
KWATCHOKO	version locale phonétique de « kwashiorkor » mais la population utilise cette
PWATRINEN	« quelqu'un qui tousse sans arrêt et devient très maigre »; condition
YAYA GWO	« abdomen distendu, l'enfant très maigre »
PYE FEN	« jambes fins »
VANT ASE	« seulement le ventre »
SAN MOUDA	« sans fesses, pantalons flottants »
TET SAN KO	« tête sans corps, personne d'un maigreux extrême »
PETEVİ	« bébé qui pleure beaucoup », « d'un maigreux extrême », péjoratif utilisé
ZO GRIYEN	« un enfant maigre dont ses côtes sont visibles et peuvent être comptés »
DOMAJE	« endommagé, handicapé »
KOKOBE	« handicapé », péjoratif utilisé aussi pour un attardé mentale
KWASHIORKOR	
INFLAMASYON	« inflammation »
FILARYOZ	« filariose »

Tab. 4. Liste terminologique

La confusion dans la compréhension de la sous-nutrition se dévoile vivement à travers une observation et/ou interprétation des causes de la condition. Pendant que certains participants à l'enquête qualitative ont lié la sous-nutrition à un régime alimentaire inadéquat (en termes de la quantité ainsi que la qualité), les croyances en phénomènes surnaturels sont aussi fréquentes. Ainsi, la sous-nutrition est expliquée comme une conséquence d'un sort, « *djòk* », enraciné dans la jalousie d'une personne qui a jeté un sort sur un bébé, ou d'une intervention de « *loup garou* », un sorcier qui,



selon les croyances locales, attaque les enfants pendant la nuit quand tout le monde dort. Si les parents croient que l'état de leur enfant est provoqué par les actes maléfiques, ils refusent de se rendre au centre de santé pour le traitement.

« Les parents confondent souvent la dentition avec le sort. C'est pendant cette période que les bébés veulent mettre des objets dans leur bouche pour soulager les gencives. Au même temps leurs mains et/ou objets avec lesquels ils jouent sont souvent très sales - ce qui facilite la transmission des microbes et ainsi la propagation des maladies qui peuvent mener à la sous-nutrition. »

Personnel de santé, Thiotte

À cet égard, il est important à souligner qu'aucun participant à l'enquête qualitative n'a lié la sous-nutrition aux conditions sanitaires inadéquates. Le lien avec la diarrhée ou la fièvre n'a pas été non plus souligné. Généralement, la population ne considère pas leurs pratiques d'hygiène et d'assainissement déterminantes dans le développement de la sous-nutrition chez leurs enfants. Certains reconnaissent le lien entre la qualité de l'eau et la diarrhée mais ne se rendent compte que la diarrhée prolongée ou répétitive pourrait mener à la sous-nutrition. D'ailleurs, les participants croient que leur situation de vie est plutôt favorable au développement de la résistance contre les microbes et ainsi devrait protéger l'enfant plutôt que le nuire.

Certains participants ont aussi expliqué la sous-nutrition comme une conséquence du « mauvais sang » ou du « mauvais lait ». Dans le premier cas, le sang de l'enfant est considéré sale et doit être « nettoyé, purifié »; dans le deuxième cas, c'est le lait de la mère qui est mauvais (par exemple dû à la nouvelle grossesse) et ainsi l'enfant doit être sevré précocement. Le lien avec l'allaitement non-exclusif ou le sevrage précoce pour une autre raison (par exemple la surcharge de travail d'une femme) n'a pas été mentionné.

Le plus souvent, les participants à l'enquête qualitative ont eu la tendance de « blâmer » la situation économique des parents pour l'occurrence de la sous-nutrition dans la zone d'étude. Ils ont déclaré que la sous-nutrition n'est pas stigmatisée, en admettant au même temps que les parents des enfants malnutris peuvent être exposés aux critiques de leur entourage. Considérant certains mots injurieux utilisés pour décrire la sous-nutrition, il paraît plus raisonnable de conclure que la sous-nutrition risque d'être stigmatisée pour des raisons de pauvreté ou de négligence dans les soins d'enfant.

1.2 SANTÉ

La situation sanitaire dans l'arrondissement de Belle-Anse peut être décrite comme particulièrement précaire, notamment en raison du manque d'eau potable, des conditions de vie et d'hygiène défavorables, ainsi que du taux de couverture sanitaire faible.

Les problèmes de santé les plus fréquents - chez les adultes ainsi que les enfants - sont les infections respiratoires, la gastro-entérite, le choléra, l'hypertension artérielle et les complications qui en découlent telles les accidents vasculaires cérébraux (AVC). Chez les enfants <5 ans, l'occurrence des infections respiratoires et gastro-intestinales est plus fréquente en période de fin d'année avec la baisse de la température et l'augmentation de la poussière. La population attribue ces maladies à un manque d'eau, l'absence des installations sanitaires ainsi que les pratiques d'hygiène inadéquates. Selon les professionnels de santé, les filles et les garçons sont exposés à ces maladies quasiment au même niveau.

Le système sanitaire de l'arrondissement de Belle-Anse compte six centres de santé fonctionnels et cinq dispensaires pour une population de 158 081 habitants, soit un centre de santé pour approximativement 26 000 habitants. La zone d'étude ne compte qu'une moitié de ces centres avec un centre de santé de Thiotte et un centre de santé de Sacré Cœur couvrant tous les quatre communes de l'arrondissement et le centre de santé de Belle-Anse couvrant principalement les sections communales dans la proximité de la ville de Belle-Anse ainsi que les sections communales à l'ouest de la commune.

Le centre de santé de Thiotte, étant le plus influent, offre une plus grande variété de soins, assuré par 23 employés et agents de santé communautaire. Le personnel du centre admet de recevoir des formations sur une fréquence de deux à trois fois par an, ce qui ne paraît pas le cas pour les autres



structures sanitaires. La supervision de la Direction Sanitaire du Sud-Est a été décrite comme irrégulière.

La prise en charge de la malnutrition aigüe sévère et la malnutrition aigüe modérée est assurée par le centre de santé de Thiotte et le centre de santé de Belle-Anse. Le dépistage et le référencement des enfants atteints de la malnutrition sont assurés par les agents de santé communautaire. Lors du passage de l'équipe qualitative Link NCA dans la zone d'étude, un seul agent communautaire actif a été réputé pour ses activités dans le domaine de santé. Dans les autres communautés, le rôle a été partiellement assumé par un guérisseur traditionnel et/ou une matrone avec les fortes connaissances de la phytothérapie. Par contre, même si certains tradipraticiens ont avoué d'encourager les parents de rechercher les soins au centre de santé, les autres ont admis de soigner les enfants concernés avec des sérums ou des tisanes.

Le recours aux prestataires de soins traditionnels dans le cas de maladie ou de malaise est fréquent pour toutes maladies confondues, principalement pour des raisons logistiques. Vu la faible couverture de structures sanitaires dans la zone d'étude, l'automédication et le recours aux tradipraticiens représentent le premier recours aux soins pour les maladies et/ou les symptômes récurrents, telles que la fièvre, la grippe, la toux et partiellement la diarrhée. Vu les récentes épidémies de choléra, la diarrhée semble être le seul diagnostique qui motive le premier recours (et précoce !) au centre de santé, spécialement si la diarrhée est accompagnée par le vomissement.

Les difficultés d'accès aux soins de santé sont particulièrement visibles du côté de la santé maternelle qui démontre que 9 sur 10 femmes accouchent à domicile. Par peur des complications, telles que l'éclampsie qui est très répandue entre les femmes haïtiennes, qui peuvent se produire pendant l'accouchement assisté par une sage-femme non-qualifiée, les femmes enceintes ont une tendance de diminuer leurs apports nutritionnels au cours de la grossesse qui peut se traduire, par conséquence, en faible poids à la naissance.

Dans le domaine de la santé mentale, le stress maternel élevé provoqué par la surcharge de travail et un manque de soutien familial paraît d'être un des contributeurs importants à l'occurrence de la sous-nutrition dans la zone d'étude, influençant la qualité et l'intensité d'une relation mère-enfant.

1.3 NUTRITION ET PRATIQUES DE SOINS

Le modèle alimentaire de la zone d'étude est basé sur la consommation du riz ou du maïs moulu, accompagné par des haricots ou des feuilles vertes et une sauce hareng qui est ajouté pour le goût plutôt que pour sa valeur nutritionnelle. Selon la disponibilité saisonnière, le riz peut être remplacé par les bananes, patates ou lames mais ces aliments ne sont pas généralement appréciés. En comparaison avec le riz qui confirme indirectement un statut économique acceptable, les bananes ou tubercules sont - malgré leur valeur nutritionnelle - considérés comme des aliments de paysans et ainsi démodés.

L'analyse de la diversité alimentaire des ménages nous indique que l'alimentation de ménages paraît suffisamment diversifiée mais privilégie des aliments à faible valeur nutritionnelle en faveur de la quantité. En autres mots, une majorité de ménages consomment quotidiennement des céréales, des légumineuses, des graisses et des condiments au détriment des aliments riches en protéines, tels que la viande, le lait ou les œufs, qui ne sont consommés que rarement.

En ce qui concerne l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les mamans dans la zone d'étude ont tendance de préférer l'allaitement maternel prédominant. L'administration des décoctions considérées comme des vaccins contre les maladies ou les malédictions est très répandue et culturellement imposée. Dû à la surcharge de travail, l'allaitement maternel peut être interrompu aussitôt qu'à deux ou trois mois après la naissance d'un bébé. Les mamans qui respectent la durée minimale d'allaitement jusqu'à six mois allaitent rarement à la demande. L'allaitement dans la matinée avant le commencement des activités journalières et dans la soirée après le retour du marché ou champs est plus fréquent.



Pour cette raison, l'introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous a lieu à un âge trop jeune⁹. D'ailleurs, la diversité d'aliments consommés ainsi que la fréquence de repas chez les plus jeunes ne répondent pas aux normes minimales.

Du côté des pratiques de soins, vu la surcharge de travail des femmes, les enfants sont souvent laissés sous la surveillance des grands-parents ou des enfants plus âgés qui ne sont pas suffisamment informés de prendre un bon soin d'eux. L'absence de la mère affecte aussi un développement d'un lien affectif mère-enfant qui est inapproprié pour 9 sur 10 enfants.

1.4 SECURITE ALIMENTAIRE

La sécurité alimentaire demeure une préoccupation majeure pour la population de l'arrondissement de Belle-Anse. Avec la sécheresse de 2013 à 2015 et un cyclone en 2016, l'arrondissement n'a pas eu le temps pour récupérer d'une catastrophe naturelle à l'autre, ce qui se traduit en un stress nutritionnel.

Les résultats de notre étude montrent que les principales causes de l'insécurité alimentaire dans l'arrondissement de Belle-Anse sont directement liées au caractère déficitaire de la production agricole de ménages, à la forte dépendance en approvisionnement d'aliments sur les marchés, aux chocs récurrents et à la faible capacité de résilience de ménages.

Dans la zone d'étude, les ménages sont largement dépendants sur les activités agricoles pour leur subsistance. Selon les résultats de l'enquête quantitative Link NCA, 88,5% de ménages ont pratiqué l'agriculture pendant 12 derniers mois. Par contre, 69,3% de ces ménages ne vendent pas leur récolte parce que le rendement n'est pas suffisamment volumineux ou même inexistant vu les chocs récurrents dans la zone.

Les cultures plantées sont majoritairement les céréales (maïs), les légumineuses (haricots) et les tubercules. La culture du café, « *l'or du Sud-Est* », qui a dans le passé subsisté la population n'est pas pratiquée que par 6,3% de ménages, particulièrement dû aux maladies de cultures qui ont dévasté les caféiers. Un bon rendement est observé seulement pour les céréales mais sa rentabilité reste en question à cause de l'évolution défavorable de son prix sur le marché pendant la période de sème et de récolte. Dans le cas des haricots, des tubercules et du café, les pertes sont encore plus prononcées.

D'ailleurs, la taille moyenne des parcelles cultivées est 4601,42 m², ce qui correspond approximativement à 36 centièmes¹⁰ de terre - ce qui n'est pas seulement insuffisante de point de l'autonomie nutritionnelle mais aussi de point de vue de ses capacités génératrices de revenu. Ceci est confirmé par l'indicateur MAHFP selon lequel 97,3% de ménages ont souffert d'un manque de nourriture pour satisfaire les besoins de leurs familles durant les derniers 12 mois.

Vu la faible productivité agricole, le volume des ressources financières provenant de cette activité génératrice de revenu risque d'être peu approprié pour couvrir les besoins familiaux de ménages concernés. Pour cette raison, 97,6% de ménages admettent avoir une source de revenu secondaire et 47% de ménages aussi la source de revenu complémentaire. Principalement, les ménages ont tendance à compenser leurs pertes par le travail journalier, le petit commerce des produits non-alimentaires et des produits d'animaux. L'incapacité de subvenir aux besoins de leur famille avec une autoproduction agricole motive aussi la migration des hommes vers les autres villes en Haïti et/ou la République dominicaine.

Selon les résultats de l'enquête quantitative Link NCA le revenu moyen mensuel est estimé à 3800 HTG, c'est-à-dire au-dessous du moyen mensuel national de 2001¹¹ qui a été estimé à 5462 HTG.



⁹ A partir de deux ou trois mois.

¹⁰ 1 centième = 129 m²

¹¹ ECVH 2001.



Ceci explique la répartition des dépenses du ménage qui priorise surtout les dépenses alimentaires avant toutes autres dépenses. Malgré cela, selon l'indice domestique de la faim (HHS), 33,8% de ménages souffrent de faim sévère pendant que autres 51,6% de ménages souffrent de faim modérée.

La détérioration de la situation de la sécurité alimentaire de ménages mène naturellement à l'application de stratégies d'adaptation. Selon les résultats de l'enquête quantitative, la totalité des ménages dans la zone d'étude ont appliqué des stratégies d'adaptation au cours de la semaine précédente l'enquête. En effet, selon l'indice des stratégies d'adaptation réduit (ISAr) 67,9% de ménages admettent d'appliquer les stratégies d'adaptation au moins 3 fois par semaine tandis que 21,7% de ménages limitent la consommation des aliments par les adultes en faveurs de jeunes enfants, ce qui représente la stratégie d'adaptation la plus sévère.

1.5 EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE

Un apport en eau de bonne qualité et en quantité suffisante est essentiel pour la santé des enfants. L'approvisionnement en eau de mauvaise qualité peut avoir un impact négatif sur l'état nutritionnel des enfants en raison de l'exposition à des agents pathogènes, les maladies diarrhéiques étant les plus communes chez les enfants <5 ans.

La zone d'étude souffre d'un manque d'eau pour l'utilisation humaine, agricole ou pastorale. La consommation journalière de l'eau par ménage a été estimée au niveau de 79,2l - ce qui représente approximativement 12l de l'eau per capita par jour. La consommation de l'eau pour la boisson, la préparation de repas, l'hygiène personnelle et l'assainissement est très basse et a un impact direct sur les pratiques d'hygiène et d'assainissement du ménage.

Tous types de sources d'eau confondus, les données nous démontrent que 24,5% de ménages sont exposés à un risque sévère de contamination de l'eau à la source et autres 22,4% sont exposés à un risque modéré de contamination. Ce risque augmente considérablement pendant le transport ou le stockage dans le ménage jusqu'à que cette eau soit consommée. Il a été estimé que 81% de ménages présentent un risque sévère ou modéré de contamination associé une mauvaise gestion de l'eau.

La zone d'étude souffre également de l'indisponibilité des installations sanitaires. Même si quasiment une moitié de ménages à l'accès à une latrine, aucune de ces structures ne représente des installations sanitaires sûres, c'est-à-dire des installations qui ne présentent des risques d'utilisation. Les ménages défèquent à l'air libre ou dans un trou, souvent localisé à l'extrémité de leur parcelle. Les selles d'enfants sont habituellement jetées dans la cour ou rincées avec de l'eau qui est ensuite jetée sur la parcelle. Le risque de contamination est ainsi élevé. D'autant plus que 65% de femmes en charge d'enfant de <5ans ont rapporté ou montré des pratiques inappropriées de lavage de mains.

1.6 GENRE ET EDUCATION

La femme haïtienne est traditionnellement responsable d'exécuter un ensemble de tâches ménagères et de prendre soin de sa progéniture. Tandis que les hommes s'occupent des activités génératrices de revenu et ne s'impliquent que rarement dans les autres domaines, y compris la période de grossesse et/ou post-partum. En cas de difficultés financières, il est attendu que la femme se mobilise pour aider à son mari de subvenir aux besoins familiaux. Ainsi, elle est immergée dans les activités au sein et en dehors du foyer – ce qui impact fortement ses capacités à prendre soin des enfants au cours de la journée.

Un « *poto mitan* » du ménage, une femme idéale ne peut pas se plaindre de son sort. Pour cela, elle subit souvent en silence pour ne pas être réprimandée par un membre de sa famille et/ou la communauté. Culturellement, les attentes envers les femmes sont immenses mais ses possibilités sont assez restreintes. Dans la zone d'étude, les femmes de tout âge ont admis qu'elles n'ont pas que deux choix dans leur vie : la migration ou le mariage. Pour celles qui choisissent de rester, le mariage représente un moyen de survie pourtant une grande majorité de femmes ne sont pas



mariées. Elles vivent dans des concubinages qui se dissolvent aussi facilement qu'ils se forment et n'offrent pas aux femmes la sécurité financière souhaitée. D'ailleurs, les relations entre les femmes et les hommes sont teintées d'une infidélité mutuelle, ce qui laisse une empreinte négative sur le concept de respect envers son partenaire. En d'autres mots, les hommes nourrissent des relations polygames parce qu'ils se sentent économiquement abusés par des femmes pendant que les femmes se disent obligées de rechercher les d'autres hommes, à cause du manque de soutien de la part de leurs conjoints. Les actes de violence physique, psychologique ou sexuelle sont assez fréquents.

Selon les résultats de l'EMMUS V l'âge médian au moment du mariage est 21,7 ans pour les femmes et 27,5 ans pour les hommes. Cependant, l'âge au premier accouchement est plus bas, à partir de 13 ou 14 ans. Dans la zone d'étude, ces grossesses précoces sont souvent les conséquences des relations sexuelles de survie pendant lesquelles les jeunes filles offrent un plaisir sexuel aux hommes matures en échange d'un repas. Par conséquent, ces grossesses présentent une augmentation de la charge de travail des mères qui doivent prendre soin de leurs enfants ainsi que des enfants de leurs enfants.

Au sein du ménage, le pouvoir décisionnaire est divisé quasi-également entre l'homme et la femme. Compte tenu de leur participation à la survie du ménage, les femmes ont le pouvoir de se prononcer et/ou décider sur les questions clés et ne ressentent pas de barrières à cet égard.

En ce qui concerne l'éducation, il est estimé que la moitié de la population n'a été jamais scolarisée. Par contre, l'accès aux études classiques ne se traduit pas en manque d'information sur les bonnes pratiques de soins d'enfants. Globalement, la population dispose des informations adéquates mais ne les applique pas dans la vie quotidienne pour des contraintes sociales et financières du ménage.

1.7 CAUSES FONDAMENTALES

Haïti demeure le seul pays du continent américain avec un indice de développement humain (IDH) faible (0.483). Sur l'échelle mondiale, Haïti est classé à la 163^{ème} place sur 188 pays. Selon les données de la Banque mondiale en 2016, 59 % de la population vit sous le seuil de pauvreté de 2.42 USD par jour et 24% vit sous le seuil de pauvreté extrême de 1.23 USD par jour¹².

Des causes structurelles contribuent à cette situation alarmante, telles que l'indisponibilité des opportunités d'emploi, le déboisement et la dégradation des sols, la faible couverture en infrastructures de transport ainsi que d'autres services indispensables. Les faiblesses du système sanitaire sont particulièrement préoccupantes.

D'ailleurs, la zone d'étude est quasi-annuellement exposée aux aléas climatiques qui jouent surtout sur la faible productivité agricole et ainsi sur le volume des ressources financières provenant des activités agricoles. Depuis l'année 2004, la zone de l'étude a été sévèrement impactée par les cyclones Jeanne en 2004, Denis en 2005, Issac en 2006, Sandy en 2012 et Matthew en 2016. Lors d'un passage d'un cyclone, les communautés doivent recommencer à zéro, en perdant leurs récoltes et animaux, mais souvent aussi leurs maisons et/ou autres possessions familiales. D'ailleurs, à part de ces « mega-tempêtes » même les pluies intenses ou prolongées ont tendance d'inonder leurs champs, de détruire leurs cultures et/ou leur rendre vulnérables aux maladies qui, en effet, diminuent drastiquement le volume de leur récolte. A ceci s'ajoute d'autres chocs climatiques, tels que la sécheresse qui a ravagé la zone de l'étude au cours de deux ans entre 2013 et 2015. Selon les témoignages, l'accès à l'eau (pour l'usage ménager, agricole ou pastoral) pendant cette période a été extrêmement difficile, les animaux ont péri et les activités agricoles n'ont pas pu être poursuivies.

Très dépendantes sur les activités agricoles, les communautés ont identifié la période autour l'année 2000 comme un point tournant pour la zone de l'étude, marquée par la propagation des maladies de cultures qui ont mené à la disparition graduelle du café, petit mil et des cocotiers dans la zone. Suite à la perte de ces moyens d'existence importants et un manque d'autres possibilités pour survivre, les pratiques du déboisement ont accélérées. La population a aussi commencé à couper des arbres



¹² <http://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/overview>



fruitiers, comme les manguiers, et ainsi perdu la récolte fruitière. Avec les arbres coupés, la population a observé que plusieurs sources d'eau avaient disparues, la pluviométrie habituelle a diminué, la terre s'est appauvrie – ce qui se reflète négativement sur leurs capacités de travailler la terre pour le bénéfice dû au rendement. Ceci encourage une migration des hommes et/ou des jeunes vers les grandes villes en Haïti et/ou en République dominicaine – ce qui a pour conséquence une baisse de la main d'œuvre agricole et une augmentation de la charge de travail des femmes. D'ailleurs, en se trouvant sans soutien approprié de leurs maris ou autres membres de famille, ces dernières subissent un niveau élevé du stress qui joue sur leurs capacités de prendre soin de leurs enfants. Les communautés ont également constaté une augmentation des grossesses précoces, issues des relations sexuelles motivées par la faim des filles de bas âge.

2/ FACTEURS DE RISQUE HYPOTHETIQUES ET LEURS MECANISMES

Lors de l'atelier technique initial, les experts des secteurs variés, directement ou indirectement liés à la sous-nutrition, ont étudié et validé 19 facteurs de risque à tester lors des enquêtes qualitative et quantitative. Ensuite, ils ont été invités à les catégoriser en fonction de leur contribution pressentie sur la sous-nutrition dans la zone étudiée sur l'échelle de 1 (facteur de risque censé à contribuer marginalement à la sous-nutrition) à 5 (facteur de risque censé à contribuer substantiellement à la sous-nutrition). Les résultats de cet exercice sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Hypothèse A Accès aux centres de santé	4,53
Hypothèse B Recours aux soins traditionnels inadéquats	3,00
Hypothèse C Planification familiale	4,27
Hypothèse D Niveau de stress maternel élevé	3,13
Hypothèse E Faible diversification alimentaire	4,67
Hypothèse F Faibles pratiques d'allaitement maternel exclusif	4,40
Hypothèse G Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant inadéquates	4,53
Hypothèse H Faible accès à l'eau potable	4,27
Hypothèse I Faible accès à l'eau pour l'exploitation agricole et pastorale	3,87
Hypothèse J	4,13



Pratiques d'hygiène et d'assainissement inadéquates	
Hypothèse K Faible productivité de l'agriculture	4,60
Hypothèse L Forte dépendance sur l'approvisionnement en aliments sur les marchés	3,53
Hypothèse M Forte dépendance sur les transferts monétaires provenant de la diaspora	2,20
Hypothèse N Ressources financières provenant des activités génératrices de revenu insuffisantes	4,00
Hypothèse O Faible niveau d'éducation des parents	4,07
Hypothèse P Migration	3,40
Hypothèse Q Surcharge de travail des femmes	3,47
Hypothèse R Faible pouvoir décisionnaire des femmes sur l'utilisation des ressources financières	3,33
Hypothèse S Pratiques de soins inadéquates	4,27
Note moyenne	3,88

Tab. 5. Catégorisation des facteurs de risque par les experts techniques

3/ RESULTATS DE L'ETUDE PAR HYPOTHESE CAUSALE

Les sections de ce sous-chapitre présentent l'ensemble des données recueillies pour chaque facteur de risque hypothétique. Elles ont été collectées lors de la revue des données secondaires et de la littérature scientifique ainsi que grâce aux enquêtes qualitative et quantitative afin d'estimer la prévalence de ses facteurs, de découvrir des liens d'influence entre eux et de les contextualiser.



3.1 ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

L'accès aux soins de santé dans la zone d'étude est particulièrement marqué par la faible couverture des structures sanitaires. Malgré l'existence d'un nombre de dispensaires (ex. Mapou ou Bodarie), la population se réfère majoritairement aux deux centres de santé : un centre de santé à Marie-Madeleine dans la commune de Thiotte et un centre de santé à Belle-Anse.

« Le dispensaire à Bodarie est un peu plus près que le centre de santé à Thiotte mais on n'aime pas y aller. Il n'y a pas un médecin, seulement une infirmière qui ne peut pas diagnostiquer pas mal des maladies dont on souffre. D'ailleurs, le dispensaire manque souvent des médicaments alors pour cela on préfère de se déplacer à Thiotte dans le cas de besoin. »

Participants au groupe de discussion, Galette Marreau, Grand Gosier

À part des services de premiers soins, ces centres de santé offrent des services spéciaux comme la prise en charge du choléra (Thiotte), la prise en charge de tuberculose (Belle-Anse), la planification familiale, le dépistage et le traitement du VIH/SIDA, la prise en charge de la malnutrition aigüe et une maternité. Il existe aussi un centre de santé « Sacré Cœur » dans la commune de Thiotte, dont service est très apprécié par la population locale, particulièrement grâce à sa politique transparente de communication sur les frais de santé.

Cette faible couverture des structures sanitaires est mise en évidence par les réponses des participants aux deux enquêtes. Pendant l'enquête quantitative, la distance moyenne au centre de santé le plus proche a été estimée à 77,2 minutes et/ou 6,3 kilomètres – ce qui dépasse largement le seuil de l'OMS qui prévoit la distance agréable entre le domicile et le centre de santé à 5 km aller-retour. Les données quantitatives paraissent de s'aligner avec celles de l'enquête qualitative qui - avec une exception de la localité de Dupuy dans le bourg de Thiotte- ont tous catégorisé l'accès aux soins de santé comme un vrai défi. En fonction de leurs capacités, ils mettent en moyenne 2 à 3 heures pour atteindre le centre de santé le plus proche.

L'accès est généralement plus difficile pendant la saison pluvieuse. A cause du manque de moyens financier et/ou de possibilités de transport, les malades sont transportés sur une porte, sur une chaise sur un lit. Selon les témoignages le prix de transport au centre de santé s'élève moyennement à 500 HTG (200 -1500 HTG) et la somme demandée représente un double, parfois un triple, d'un prix standard de transport. Les prestataires de services justifient l'augmentation du prix par la nécessité de désinfecter leurs moyens de transport après tel transfert. Le service ambulancier n'est offert que par le centre de santé à Marie-Madeleine. Le service comme tel est gratuit mais les frais du carburant sont à la charge du patient. Pour les transferts vers l'hôpital à Jacmel, à Port-au-Prince et/ou à Pedernales en République dominicaine – qui sont d'ailleurs très courants dans les cas de complications et/ou d'absence de service approprié dans le département sanitaire (ex. services chirurgicaux) - le coût d'essence peut s'élever jusqu'à 5000 HTG.

« Il existe plusieurs grandes barrières pour les membres de cette communauté d'accéder au centre de santé. Premièrement il n'y a pas des routes et ainsi il n'y a pas des moyens de transport. Les pistes, qui peuvent parfois être utilisées par un moto pendant la saison sèche, sont impraticables pendant la saison pluvieuse. Pour se déplacer à pied, il nous faut environ trois heures. »

Participants au groupe de discussion, Fond Janette, Anse-à-Pitres

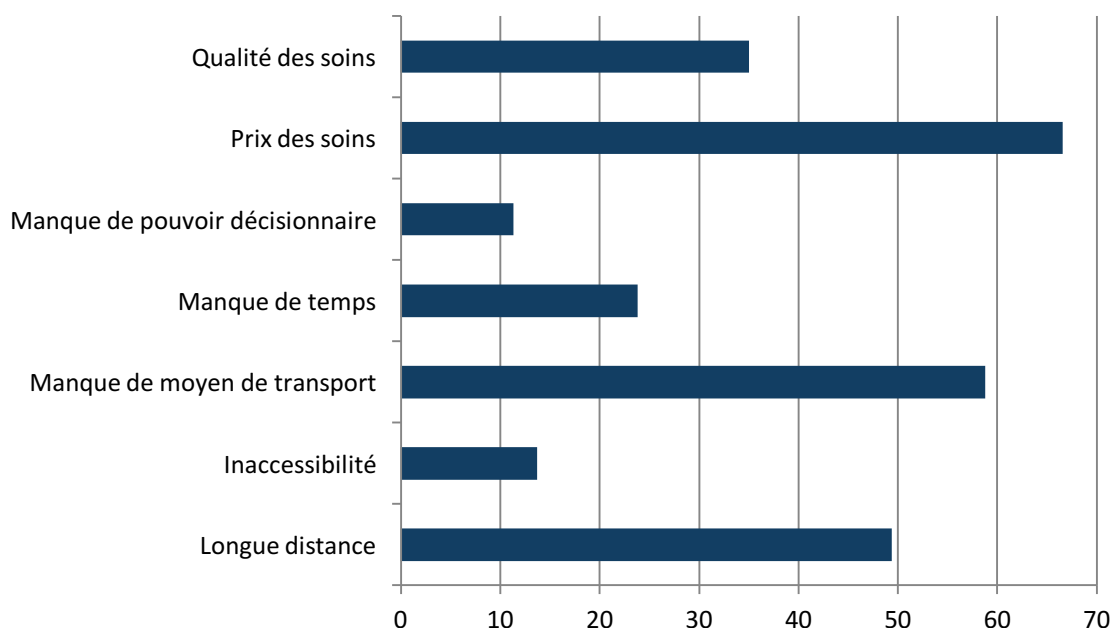


Fig. 3. Barrières d'accès aux soins de santé (en %) dans les Département Sud-Est, Haïti

En termes de **barrières d'accès** aux soins de santé, les participants aux enquêtes Link NCA déplorent le plus le prix de soins. Pour eux, l'aspect le plus inquiétant dans la détermination du coût réel de soins est le prix de médicaments et/ou leur disponibilité dans les pharmacies ou sur le marché. En d'autres mots, malgré l'affichage des prix de soins de santé au niveau de l'établissement et/ou leur connaissance par la population locale, les patients et/ou leurs membres de famille craignent l'augmentation du prix de soins en fonction des médicaments prescrits. D'ailleurs, ils ne sont pas certains de trouver des médicaments dans les pharmacies – ce qui se traduit en paiement pour la consultation médicale sans conséquences souhaitables (i.e. traitement de la condition) vu l'indisponibilité des produits médicaux sur le marché. Pour la majorité de ménages souffrant déjà de faibles ressources financières, ceci est naturellement vu comme un gaspillage des ressources importantes qui pourraient être éventuellement utilisées pour couvrir les autres besoins familiaux brûlants. Les personnels des centres de santé ont confirmé l'indisponibilité fréquente des médicaments au centre de santé faute aux problèmes de gestion (manque d'entrepôt pour le stockage/disparition ou vol du stock) et de rupture de stocks nationaux. En cas de rupture de stocks, les responsables achètent les médicaments disponibles sur le marché ou ils demandent les parents des patients de les acquérir. Dans le cas des médicaments offerts par des partenaires qui soutiennent le fonctionnement d'un centre de santé et/ou d'une de ses activités, le personnel réquisitionne l'approvisionnement sous les meilleurs délais. Pour le centre de santé à Thiotte, l'aide supplémentaire en intrants ainsi qu'en professionnels de santé est offert par le centre de santé Sacré Cœur.

« Quand une personne est malade, on va au centre de santé de Belle-Anse. Cela nous prend trois heures de marche. Le prix normal d'un moto taxi est 300 gourdes. Mais, si on doit transporter un malade, le prix varie entre 1000 et 1500 gourdes. Si non, on transporte le malade sur une porte jusqu'à Belle-Anse. »

Participants au groupe de discussion, Obinette, Belle-Anse

Consultation prénatale

À part la distance, la fréquentation des soins prénataux peut aussi être utilisée pour déterminer la facilité d'accès aux soins de santé. Selon EMMUS V, 61,6% des femmes dans le milieu rural assistent au minimum à quatre (4) consultations prénatales. Lors de l'enquête quantitative Link NCA, ce chiffre a été légèrement inférieur (54,7%). Lors des groupes de discussion pendant l'étude qualitative, les femmes ont avoué fréquenter le centre de santé lors des premiers mois de la grossesse pour assurer le bon développement de leur bébé mais à cause de la distance le déplacement au centre de santé



après le 6^{ème} mois de la grossesse n'est plus possible. Au-delà de cette date les femmes ne se présentent au centre de santé qu'en cas de complications médicales.

« Les femmes enceintes ne fréquentent pas souvent le CPN. Elles viennent quand elles ont des complications. Mais, dernièrement, elles viennent plus souvent pour bénéficier de l'aide à travers le projet Kore Lavi. »

Personnel de santé, Thiotte

De point de vue de la compréhension des services offerts lors de la consultation prénatale, peu de participants à l'étude qualitative ont pu citer ses différentes étapes et/ou expliquer son intérêt. Un manque de communication lors de ces consultations pouvait inspirer un nombre des croyances ou interprétations faussées qui influencent l'utilisation de ce service.

« Nous avons peur de venir à la consultation prénatale. Les médicaments qu'ils nous donnent font grossir le bébé – ce qui entraîne la césarienne. Nous n'avons pas l'argent pour venir accoucher au centre de santé. Même si on l'avait, le centre de santé est trop loin et ainsi nous risquons de mourir en route comme nous ne serions pas capables de donner une naissance naturelle à nos bébés. »

Participants au groupe de discussion, Fond Janette, Anse-à-Pitres

D'ailleurs, un manque de confiance vers le personnel de santé, un mauvais accueil ou une communication inappropriée pourraient aussi être responsables de la faible fréquentation du service par peur d'être reproché.

« Lors de la consultation au centre de santé ils nous conseillent de ne pas accoucher à la maison, ils nous disent de ne pas consommer du sel. Par circonstances, nous ne pouvons pas pleinement observer leurs conseils alors nous préférons de ne plus venir. »

Participants au groupe de discussion, Galette Marreau, Grand Gosier

Lieu d'accouchement

Le lieu d'accouchement était le troisième indicateur qui a été utilisé pour mieux étudier l'accès aux soins de santé par la population de l'arrondissement de Belle-Anse. Selon l'EMMUS V, 75,4% des femmes au Sud-Est ont été estimées d'accoucher à la maison. En autres mots, seulement 24,6% des femmes ont accouché au centre de santé. Lors de l'enquête quantitative Link NCA, le taux d'accouchements à domicile a légèrement dépassé 90%, ce qui se traduit en une diminution de l'utilisation du service dans une structure sanitaire par 15,8% des femmes. Trois éléments pourraient expliquer cela : les référents culturels, l'indisponibilité du transport entre le domicile et le centre de santé, y compris la précarité de ce transport lors des derniers moments de la grossesse, et l'indisponibilité des moyens économiques pour couvrir les frais du transport aussi que les frais de service.

Selon les témoignages, les femmes préfèrent accoucher chez une matrone qui (selon eux) possède des connaissances mystiques capables de protéger leur bébé contre les esprits maléfiques. D'ailleurs, il faut aussi considérer un aspect de priorisation des dépenses selon les coutumes/préférences culturelles. Selon les témoignages, les femmes enceintes préfèrent de dépenser les ressources disponibles sur l'alimentation au lieu de les mettre à côté pour payer les frais d'accouchement au centre de santé au moment venu. De l'autre côté, les hommes ne voient pas l'importance d'accouchement dans une structure sanitaire et priorisent l'achat des habits pour un nouveau-né.

« Quand une femme est enceinte, son mari prépare la nourriture pour elle. Il achète les habits pour le bébé. Mais les préparatifs pour l'accouchement au centre de santé sont largement négligés. Les hommes ne voient pas l'importance d'accoucher au centre de santé et les femmes préfèrent de bien manger que sauvegarder une somme nécessaire pour l'accouchement. »

Participants au groupe de discussion, Dupuy, Thiotte

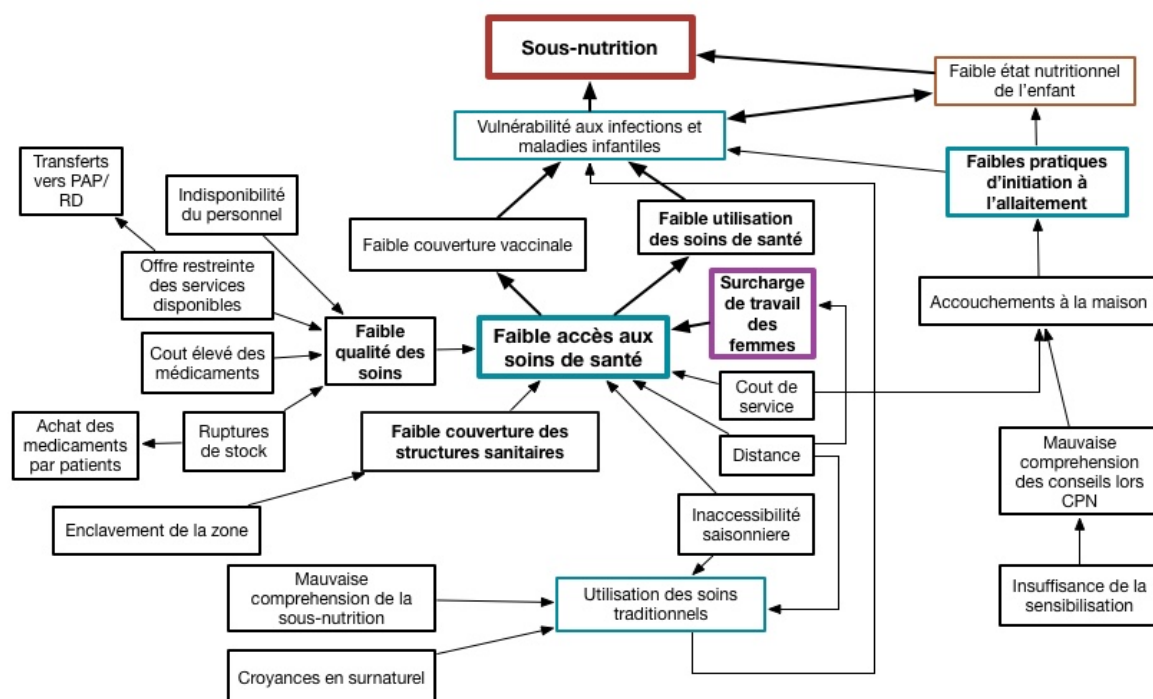


Fig. 4. Mécanismes causaux relatifs au faible accès aux soins de santé

Le taux élevé d'accouchements à domicile suggère implicitement le faible taux de soins post-natals accordés aux mères aussi qu'à leurs nouveau-nés. Selon EMMUS V 71,5% des femmes au Sud-Est ont été estimées de recevoir les soins post-natals contre 58% des enfants. Malgré le fait que cet indicateur n'a pas été mesuré lors de l'enquête quantitative Link NCA, il est possible d'inférer que ce taux a proportionnellement diminué vu la diminution des accouchements au centre de santé. Selon les témoignages des participants à l'enquête qualitative, il est rare pour une femme de se déplacer au centre de santé pendant les premiers trois mois après l'accouchement. Ce déplacement est organisé seulement en cas des complications de santé de l'enfant. Les soins post-natals ne sont ainsi dispensés que par une accoucheuse traditionnelle qui a assisté à l'accouchement. La qualité de ces soins varie considérablement selon ses croyances et connaissances.

Couverture d'immunisation DPT3

La couverture pour l'immunisation au DPT3 était le quatrième indicateur qui a été utilisé pour évaluer l'accès aux soins de santé. Selon EMMUS V, 54,1% des enfants ont été estimés de recevoir la troisième dose de la vaccination contre la diphtérie, coqueluche et tétanos. Le taux de vaccination actuelle indique une diminution de approximativement de 11,8%, ne s'élevant qu'à 42,3%. Les témoignages recueillis lors de l'enquête qualitative ont démontré un faible niveau de préoccupation par les parents de suivre un calendrier vaccinal de leurs enfants. Les déclarations des participants ont révélé que les parents n'aperçoivent pas véritablement la gravité des maladies contre lesquelles leurs enfants sont vaccinés et/ou ne considèrent pas ces maladies comme un risque imminent sur la santé et/ou la vie de leur progéniture. Cette indifférence est accentuée par un taux élevé d'accouchement à domicile qui ne permet pas la vaccination des enfants immédiatement après leur naissance – et ainsi les parents ne sont pas suffisamment sensibilisés sur son importance. En autres mots, plusieurs mois pourraient écouler entre la naissance et la vaccination et ainsi si plusieurs autres mois écoulent – dû à une campagne de vaccination ratée – les parents n'aperçoivent pas véritablement les conséquences potentielles.

Fièvre, Infection Respiratoire Aigüe et Diarrhée au cours de derniers 14 jours

Les taux des maladies infantiles récurrentes ont été utilisés comme les indicateurs complémentaires pour évaluer le recours aux soins de santé. Selon EMMUS V, 29,1% des enfants au Sud-Est ont souffert de la fièvre au cours de derniers 14 jours précédant l'enquête. Ce taux a presque triplé,



s'élevant à 70,6% lors du passage des enquêteurs Link NCA. Malgré l'impact potentiel de la saisonnalité sur ce phénomène, le taux reste cependant très élevé. Le même scénario se reproduit avec un taux d'infections respiratoires aiguës qui augmente de 16,5% à 85,2% entre EMMUS V et Link NCA. La situation est un peu plus stable dans le cas de diarrhée où le taux n'a augmenté que légèrement. Selon EMMUS V le taux de diarrhée s'élevait à 20,1%; l'évaluation initiale du projet *Kore Lavi* a indiqué le taux de 25,6% et l'enquête la plus récente de Solidarités International a estimé le taux à 22% contre 32,8% de l'enquête quantitative Link NCA quelques mois plus tard. Cette augmentation peut être justifiée par la saisonnalité du phénomène, c'est-à-dire l'augmentation de la prévalence pendant les mois de la saison pluvieuse et/ou les mois suivants.

Néanmoins, il va sans dire que l'augmentation de prévalences des maladies infantiles accentue la vulnérabilité de ces populations cibles aux infections qui jouent directement sur l'affaiblissement d'état de l'enfant et la potentialité de la sous-nutrition.

Les mécanismes causaux relatifs à l'accès aux soins de santé sont décrits dans le schéma ci-dessous.

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs au faible accès aux soins de santé recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
ACCES AU CDS				
DISTANCE MOYENNE AU CDS LE PLUS PROCHE EN MINUTES	488	77,2	60,9	93,4
DISTANCE MOYENNE AU CDS LE PLUS PROCHE EN KM	488	6,3	4,9	7,6
% DE MENAGES VIVANT A MOINS D'UNE HEURE D'UN CDS	488	58,4	44,3	72,5
% DE MENAGES VIVANT A MOINS DE 5 KM D'UN CDS	488	60,9	47,3	74,5
BARRIERES D'ACCES AU CDS				
PRIX DES SOINS	488	66,6		
MANQUE DE MOYEN DE TRANSPORT	488	58,8		
LONGUE DISTANCE	488	49,4		



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
INACCESSIBILITE	488	13,7		
MANQUE DE TEMPS	488	23,8		
MANQUE DE POUVOIR DECISIONNAIRE	488	11,3		
QUALITE DES SOINS	488	35,0		
CONSULTATION PRENATALE LORS D'UNE DERNIERE GROSSESSE				
% FEMMES AYANT CONSULTE UN PROFESSIONNEL DE SANTE LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	441	83,2	77,7	88,7
% FEMMES AYANT CONSULTE UNE FEMME-SAGE (MATRONE) LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	441	21,3	11,6	31,0
% FEMMES AYANT CONSULTE UN MEDSEN FEY LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	441	29,3	16,1	42,4
% FEMMES AYANT CONSULTE UN HOUGAN LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	441	0,2	0	0,7
% FEMMES AYANT CONSULTE UN VENDEUR AMBULANT DES MEDICAMENTS LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	441	5,4	0,6	10,3
% FEMMES AYANT CONSULTE UN AMI/MEMBRE DE FAMILLE LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	441	26,5	18,0	35,0
% FEMMES N'AYANT CONSULTE PERSONNE LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	488	9,6	5,8	13,4



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
NO. MOYEN DES VISITES A LA CONSULTATION PRENATALE (CPN) AU CDS	367	4,0	3,4	4,5
% FEMMES AYANT ASSISTE AU MINIMUM 4 CONSULTATIONS PRENATALES AU CDS LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	367	54,7	43,8	65,6
LIEU DU DERNIER ACCOUCHEMENT				
% FEMMES AYANT ACCOUCHE AU CDS LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	488	8,0	5,2	10,8
% FEMMES AYANT ACCOUCHE A LA MAISON LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	488	91,2	88,4	94,0
% FEMMES AYANT ACCOUCHE CHEZ MEDSEN FEY LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	488	0,8	0	1m8
ACCOMPAGNEE PAR UN MEDECIN	488	4,5	2,5	6,5
ACCOMPAGNEE PAR UNE INFIRMIERE	488	5,1	2,6	7,6
ACCOMPAGNEE PAR UNE FEMME-SAGE (MATRONE)	488	59,4	52,2	66,7
ACCOMPAGNEE PAR UN MEDSEN FEY	488	21,31	13,8	28,8
ACCOMPAGNEE PAR UN AMI/MEMBRE DE FAMILLE	488	59,4	52,2	66,7
NON-ACCOMPAGNEE	488	1,8	0,7	3,0



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
VACCINATION				
% ENFANTS AYANT UNE CARTE DE VACCINATION	695	61,3	50,7	71,9
% DES CARTES DE VACCINATION VERIFIEES	426	55,9	46,6	65,2
% ENFANTS 12-23 MOIS N'AYANT PAS REÇU UNE VACCINATION DPT3	137 ¹	42,3	30,8	53,9
SANTE DE L'ENFANT				
% ENFANTS 0-59 MOIS QUI ONT PRIS LES PRODUITS DE DEPARASITAGE AU COURS DE DERNIERS 6 MOIS	695	33,2	29,0	37,4
% ENFANTS 0-59 MOIS QUI ONT EU LA FIEVRE AU COURS DE 2 DERNIERES SEMAINES	695	70,6	65,0	76,3
% ENFANTS 0-59 MOIS QUI ONT EU LA TOUX OU DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES AU COURS DE 2 DERNIERES SEMAINES	695	85,2	80,1	90,2
% ENFANTS 0-59 MOIS QUI ONT EU LA DIARRHEE AU COURS LES 2 DERNIERES SEMAINES	695	32,8	28,6	37,0
% ENFANTS POUR LESQUELS UN TRAITEMENT A ETE RECHERCHE	228	60,1	49,3	70,9
% ENFANTS POUR LESQUELS UN TRAITEMENT A ETE RECHERCHE AU CENTRE DE SANTE	137	28,5	20,2	36,8
% ENFANTS POUR LESQUELS UN TRAITEMENT A ETE RECHERCHE CHEZ MEDSEN FEY	137	30,7	20,0	41,4

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% ENFANTS POUR LESQUELS UN TRAITEMENT A ETE RECHERCHE CHEZ LES AMIS/FAMILLE	137	31,4	17,0	45,8
% ENFANTS POUR LESQUELS UN TRAITEMENT A ETE RECHERCHE CHEZ LE VENDEUR AMBULANT	137	9,5	3,2	15,8

Tab. 6. Indicateurs relatifs au faible accès aux soins de santé

3.2 RECOURS AUX SOINS TRADITIONNELS INADÉQUATS

« Le premier recours aux soins est un thé. » Le recours aux soins dans l'arrondissement de Belle-Anse commence toujours avec une infusion de plantes médicinales choisies soigneusement selon les symptômes d'une maladie à traiter.

« La fièvre diminue à l'aide d'un thé de lila ou asowosi, ou d'un mélange des oranges surs, du sucre et du sel ou bien d'un mélange de rapadou et des oranges surs. Le dernier mélange est aussi efficace pour la grippe. Les symptômes de la grippe s'atténuent aussi avec un thé d'asowosi ou flè choublak. La diarrhée disparaît grâce à un thé de feuille de goyave ou de feuille bwa kanson. On peut aussi préparer un sérum oral à la base de trois bouteilles d'eau traitée, trois gouttes de citron et une pincée du sel. »

Participants au groupe de discussion, Dupuy, Thiotte

Si le traitement administré à travers un thé, les personnes malades se tournent vers les guérisseurs traditionnels pour les recettes plus élaborées.

« Je prépare le traitement pour la grippe à la base des feuilles d'orange, chadèque, asowosi, café amer, flè siwo et zèb ginen. J'ajoute des pieds de bœuf et fait bouillir tous les ingrédients ensemble. Ensuite je les laisse reposer pendant 2 ou 3 jours et j'y ajoute un peu d'alcool. »

Guérisseur traditionnel

Les guérisseurs traditionnels rencontrés lors de l'étude qualitative ont tous démontré des connaissances des produits médicaux disponibles dans les pharmacies ou sur le marché. Certains les incorporent dans leurs recettes de soins traditionnelles et/ou les administrent aux patients non-mélangés.

« Je connais plusieurs traitements d'anémie. On peut servir un sirop de vitamine B1 ou B12 ou préparer un jus composé de carottes, de betteraves et du miel. »

Guérisseur traditionnel

Selon les témoignages, l'itinéraire thérapeutique classique commence avec une automédication et continue avec une consultation chez le guérisseur traditionnel ou *hougan*, en fonction des raisons présumées de la maladie. Les services d'un guérisseur traditionnel sont principalement recherchés pour des raisons de proximité, du temps, du coût ainsi que la qualité des services offerts. Les médicaments traditionnels sont généralement considérés efficaces même par le personnel au centre de santé. Selon eux le problème ne se pose au niveau du traitement mais plutôt au niveau de la diagnostique. Si la maladie est mal-diagnostiquée, le traitement peut entraîner des complications, spécialement si les médicaments utilisés ne traitent pas la vraie condition du patient mais plutôt ses symptômes ou effets secondaires.



« Bon exemple d'un mauvais traitement est l'utilisation des pommades utilisées pour le goitre (inflammation thyroïde) ou de la prière en cas de l'éclampsie. »

Personnel de centre de santé

Un autre problème se pose au niveau des traitements parallèles – qui peuvent éventuellement influencer l'efficacité du traitement primaire – ou un recours aux soins « attentiste ». Selon les témoignages, certaines conditions (comme éclampsie) ne peuvent être traitées que par la prière et/ou les consultations spirituelles chez les leaders religieux. En principe, tel approche ne produit pas des effets néfastes en soi mais le retard d'un lancement du traitement approprié, particulièrement dans le cas de la sous-nutrition, peut avoir des conséquences irréversibles sur l'état de santé de l'enfant.

Les participants à l'enquête qualitative ont avoué que seulement si ces démarches n'apportent pas des fruits – ou n'apporte pas fruits dans les délais souhaités - les parents s'organisent pour effectuer un déplacement au centre de santé.

« Ordinairement les gens ne croient pas à la médecine moderne. Ils l'utilisent dans les cas où autres solutions ont échoué. C'est pourquoi le centre enregistre souvent des cas assez compliqués. »

Personnel de centre de santé, Thiotte

Lors de l'enquête quantitative Link NCA, 60,1% d'enfants avec la diarrhée au cours de deux dernières semaines ont bénéficié d'un traitement de leur condition, pourtant seulement 28,5% ont recherché le traitement au centre de santé. 30,7% des parents ont consulté le *medsen fèy* et 31,4% des parents ont recherché un conseil entre ses amis/membres de famille. Ces résultats s'alignent avec l'itinéraire thérapeutique décrit ci-dessus, démontrant une préférence pour l'automédication, suivi par les soins d'un guérisseur traditionnel et le centre de santé comme le dernier recours. A cet égard, il faut aussi souligner que suite à l'épidémie de choléra, la diarrhée est une maladie pour laquelle les soins au centre de santé sont généralement priorités. Vu que le taux pour le recours aux soins au centre de santé en cas de diarrhée est plutôt bas, il est possible d'émettre l'hypothèse que le recours aux soins au centre de santé pour les autres pathologies soit encore plus faible.

En ce qui concerne les accouchements, l'enquête qualitative a démontré que seulement 9,6% des femmes ont été accompagnées par un médecin ou une infirmière lors de leur dernier accouchement. 59,4% des femmes ont été accompagnées par une matrone et un membre de famille pendant que 21,3% des femmes ont reçu des soins d'un *medsen fèy*. Vu le taux élevé des accouchements à domicile, ces résultats ne reflètent que cette tendance alarmante - d'autant plus dans le contexte haïtien où les matrones/*medsen fèy* ne sont pas reconnus par les instances sanitaires d'avoir des connaissances des bonnes pratiques d'allaitement maternel et/ou de soins d'enfant mais elles sont naturellement les premières de conseiller les mamans après avoir donné la naissance à leurs bébés.

Les mécanismes causaux relatifs au recours aux soins traditionnels inadéquats sont décrits dans le schéma ci-dessous.

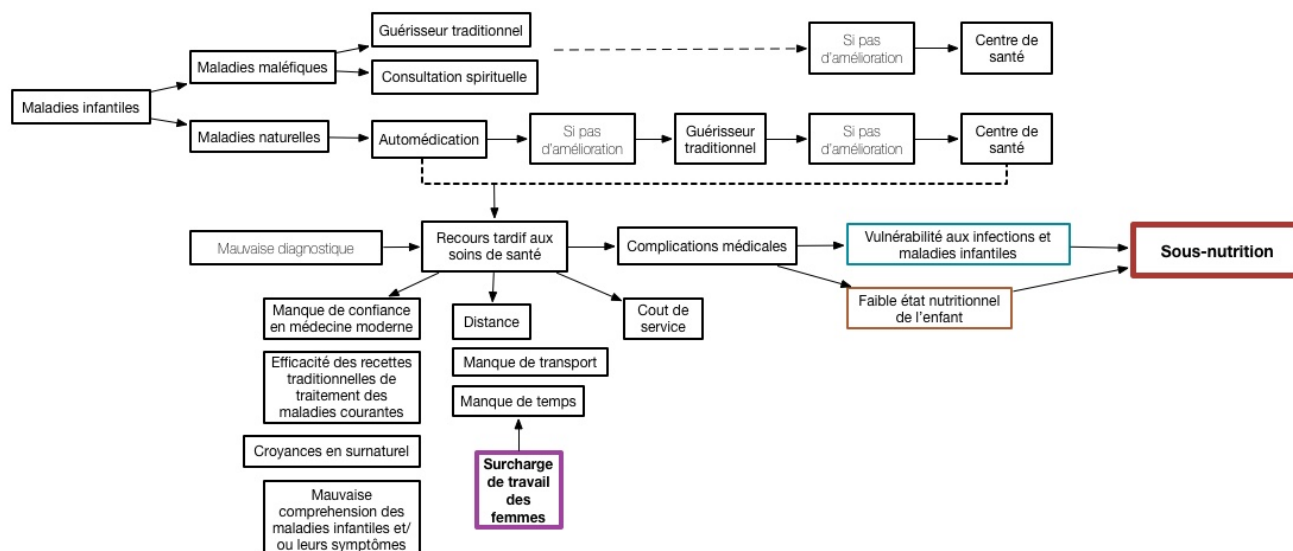


Fig. 5. Mécanismes causaux relatifs au recours aux soins traditionnels inadéquats

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs au recours aux soins traditionnels inadéquats recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
LIEU DU DERNIER ACCOUCHEMENT				
% FEMMES AYANT ACCOUCHE AU CDS LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	488	8,0	5,2	10,8
% FEMMES AYANT ACCOUCHE A LA MAISON LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	488	91,2	88,4	94,0
% FEMMES AYANT ACCOUCHE	488	0,8	0	1m8



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
CHEZ MEDSEN FEY LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE				
ACCOMPAGNEE PAR UN MEDECIN	488	4,5	2,5	6,5
ACCOMPAGNEE PAR UNE INFIRMIERE	488	5,1	2,6	7,6
ACCOMPAGNEE PAR UNE FEMME-SAGE (MATRONE)	488	59,4	52,2	66,7
ACCOMPAGNEE PAR UN MEDSEN FEY	488	21,31	13,8	28,8
ACCOMPAGNEE PAR UN AMI/MEMBRE DE FAMILLE	488	59,4	52,2	66,7
NON- ACCOMPAGNEE	488	1,8	0,7	3,0
SANTE DE L'ENFANT				
% ENFANTS 0- 59 MOIS QUI ONT EU LA DIARRHEE AU COURS LES 2 DERNIERES	695	32,8	28,6	37,0



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
SEMAINES				
% ENFANTS POUR LESQUELS UN TRAITEMENT A ETE RECHERCHE	228	60,1	49,3	70,9
% ENFANTS POUR LESQUELS UN TRAITEMENT A ETE RECHERCHE AU CENTRE DE SANTE	137	28,5	20,2	36,8
% ENFANTS POUR LESQUELS UN TRAITEMENT A ETE RECHERCHE CHEZ MEDSEN FEY	137	30,7	20,0	41,4
% ENFANTS POUR LESQUELS UN TRAITEMENT A ETE RECHERCHE CHEZ LES AMIS/FAMILLE	137	31,4	17,0	45,8
% ENFANTS POUR LESQUELS UN TRAITEMENT A ETE RECHERCHE CHEZ LE VENDEUR AMBULANT	137	9,5	3,2	15,8

Tab. 7. Indicateurs relatifs au recours aux soins traditionnels inadéquats



3.3 PLANIFICATION FAMILIALE

Une planification familiale contribue fortement à réduire la mortalité maternelle, permet de choisir le nombre de grossesses, l'espacement entre les grossesses et prévient les grossesses précoces et tardives – ainsi indirectement contribuant à un bon état nutritionnel d'une mère et de ses enfants.

L'indice de la fécondité dans la zone étudiée est à 4,3, dépassant l'indice national de 3,5 ainsi que le nombre moyen d'enfants désirés de 2.0. Lors des groupes de discussion, les femmes ont décrit une famille idéale comme une unité de quatre personnes - père, mère et deux enfants. D'après les résultats de l'EMMUS V, le désir de limiter des naissances après le 2^{ème} enfant a été estimé à 55% pendant qu'il augmente substantiellement à 79,4% après la 3^{ème} naissance. En réalité, cet idéal est largement dépassé avec la taille moyenne d'un ménage calculé au niveau de 6,6 personnes lors de l'enquête quantitative.

Selon l'EMMUS V, la couverture nationale en planning familial ne concerne que 35% des femmes en âge de procréer. Les zones dispersées ou enclavées sont particulièrement touchées par l'indisponibilité de services et ainsi par une faible utilisation des méthodes modernes de contraception. La même étude a estimé le taux d'utilisation des moyens de contraception au Département du Sud-Est à 27,1%. Les résultats de l'enquête quantitative Link NCA démontre une augmentation considérable, estimant que jusqu'à 41,8% des femmes en charge des enfants <5 ans utilisent des moyens modernes pour prévenir et/ou espacer des naissances.

Parmi les différentes options disponibles, 63,7% des femmes utilisent des injections, 16,2% des implants et 14,2% des comprimés. Autres moyens de contraception sont peu utilisés. En comparaison avec les résultats de l'EMMUS V, on peut observer une diminution de l'utilisation d'un condom, des méthodes traditionnelles aussi que du retrait. L'utilisation des autres méthodes, particulièrement celles-ci reconnus comme « modernes » a généralement augmenté.

Pour les participants à l'étude qualitative, l'utilisation des moyens de contraception augmente pourtant les gens y sont encore réticents pour des raisons religieuses, culturelles ou personnelles. Les leaders religieux se font entendre que l'utilisation des moyens de contraception est en opposition avec les doctrines de l'église et plus particulièrement avec les « interventions de Dieu ». Selon eux, les enfants représentent une bénédiction de Dieu et pour cela « il faut accepter toute incarnation de cette bénédiction plutôt qu'agir contre elle en limitant les naissances ». De plus, même pour les familles les plus dépourvues, les enfants représentent une richesse – un carnet de banque¹³ qui va leur apporter des bénéfices une fois que les enfants grandissent. D'ailleurs, les hommes s'opposent à l'utilisation des moyens de contraception par peur des effets secondaires. Ils croient que « les moyens de contraception changent le corps d'une femme (i.e. les femmes grossissent et elles ne ressemblent plus à un image d'une femme idéale du type « bouteille de Coca-Cola ») ou bien la nature de leurs vagins ».

« La vie est très dure ici. Timoun se richès. Pour nous les enfants représentent des ressources qu'autrement nous n'avons pas. Quel que soit leur âge, les enfants peuvent aider à leurs parents. Même s'ils sont très petits, ils peuvent aider avec quelques tâches domestiques et plus tard, les parents peuvent compter sur eux lors de leurs vieux jours. »

Participants au groupe de discussion, Galette Marreau, Grand Gosier

Toutes ces croyances constituent une barrière à l'utilisation des moyens de contraception la plus importante - le refus du mari. Même si les hommes se démontrent assez progressifs dans le partage de la prise de décision concernant l'utilisation des ressources financières du ménage, ils ne sont pas aussi flexibles pour accorder le feu vert à l'utilisation des moyens de contraception et/ou laisser les femmes décider seules. Lors des groupes de discussion, les hommes ont insisté sur le fait que cette décision appartient à l'homme. D'ailleurs, ils n'ont pas caché que la non-utilisation des moyens de contraception protège la chasteté des femmes, particulièrement important pour des hommes migrants qui voient la contraception comme une méthode permettant à une femme de s'engager



¹³ Compte d'épargne



dans les relations sexuelles avec d'autres hommes durant leur absence. Dans cette optique, si les femmes n'utilisent pas des moyens de contraception, ils peuvent être assurés de leur fidélité pendant leur absence.

« Si nos maris ne sont pas là, nous ne pouvons pas utiliser le planning familial car nous ne devrions pas nous engager dans les activités sexuelles avec les autres hommes. Si nos maris ne souhaitent pas qu'on utilise le planning familial, on ne peut pas le faire sans leur accord. »

Participants au groupe de discussion, Bel-Air, Belle-Anse

Cette attitude pousse souvent les femmes d'utiliser les moyens de contraception *en catimini* (en cachette) car elles ne peuvent plus supporter plus d'enfants sans l'engagement approprié des hommes. Selon les témoignages recueillis, elles prennent cette décision même si elles risquent d'être publiquement injuriées par leur conjoint une fois qu'il apprend que la femme se protège contre les nouvelles grossesses.

« Si une femme consciente a trop d'enfants et décide d'utiliser une méthode contraceptive et en parle à son mari, ce dernier peut refuser. Et si la femme décide de le faire quand même malgré le désaccord du mari, ce dernier peut aller jusqu'à la frapper. »

Participants au groupe de discussion, Galette Marreau, Grand Gosier

Selon l'enquête quantitative Link NCA, 38,9% des femmes en charge des enfants <5ans ont admis de prendre des décisions sur l'espacement des naissances avec leurs maris. Selon les observations lors de l'enquête qualitative, cette tendance s'applique plutôt aux jeunes couples qui sont déjà assez sensibilisés sur les enjeux des familles nombreuses. Pour les autres, la décision est prise par l'homme ou alors aucune décision n'est prise à cet égard.

« La naissance de l'enfant est une représentation de la volonté de Dieu. Les femmes tombent enceintes sans qu'elles ou leurs maris le savent ou désirent. »

Participants au groupe de discussion, Fond Janette, Anse-à-Pitres

Les groupes de discussion lors de l'enquête qualitative ont révélés que la « non-planification » des naissances peut être provoquée par deux causes : les hommes ne savent pas comment protéger les femmes contre les nouvelles grossesses ou ils le savent mais ne le font pas.

« Les hommes ne nous aident pas à se protéger contre la nouvelle grossesse. Ils sont capables de surveiller mais ils ne le font pas. »

Participants au groupe de discussion, Galette Marreau, Grand Gosier

Etant donné que dans cette localité la planification familiale a été ouvertement discutée dans un groupe mixte, il était très intéressant d'observer une réaction des hommes. Ils ont confirmé qu'ils connaissent la pratique du retrait mais pour des raisons du plaisir sexuel, ils ne l'utilisent pas – même si ceci représente un risque de la nouvelle grossesse non-souhaitée. D'ailleurs, ils ont aussi « blâmé » un manque d'activités de détente dans la zone qui, en conséquence, leur fait recourir aux rapports sexuels comme une seule source de plaisir.

D'autres participants au groupe de discussion ont témoigné que ce n'était pas lorsqu'ils ont eu nombreux enfants qu'ils ont été sensibilisés sur des moyens, comme le contrôle de la période d'ovulation, pour ne plus concevoir. Un nombre des participants ont admis qu'ils ont ignoré également des moyens de contraception traditionnelles, comme une administration d'une tisane de persil ou l'ingestion de graines de palma christi (*mascreti*) pendant que les autres ont classé ses moyens de contraception comme inefficaces et responsables d'un grand nombre de naissance dans leur famille.

« Nous avons tous 4 à 10 enfants. Nous ne l'avons pas planifié ainsi. Nous ne savons pas quoi faire pour éviter de tomber enceinte même si cette situation a des conséquences majeures sur notre condition de vie. »

Participants au groupe de discussion, Galette Marreau, Grand Gosier

Pour ceux qui sont dûment informés de bienfaisance des moyens de contraception et ils souhaiteraient les utiliser, le faible accès aux centres de santé représente une barrière d'utilisation importante. Le problème ne se présente pas uniquement au niveau d'accès physique (distance, manque de moyen de transport et/ou moyens financiers pour le transport, inaccessibilité saisonnière) mais aussi au niveau de disponibilité du service dans le centre de santé. Les participants aux groupes de discussion ont observé que les intrants ne sont pas toujours disponibles et ainsi elles se déplacent au centre de santé en vain.

Les mécanismes causaux relatifs à la non-utilisation de la planification familiale sont décrits dans le schéma ci-dessous.

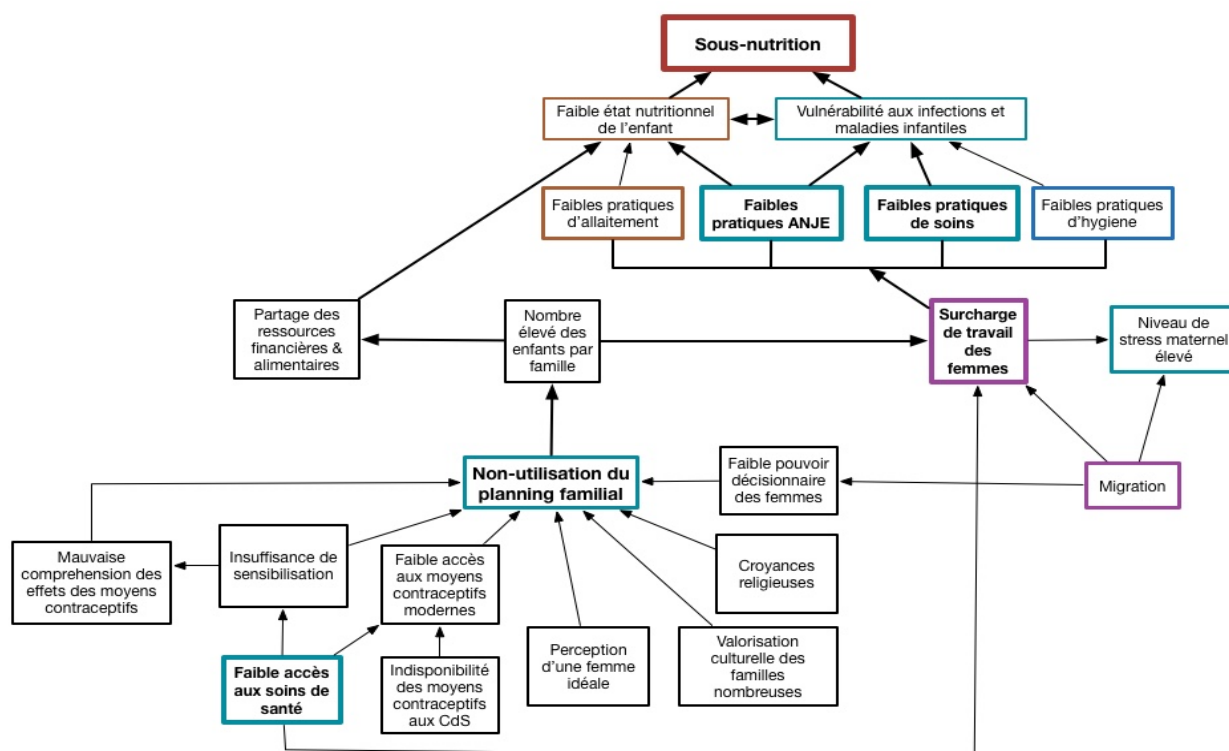


Fig. 6. Mécanismes causaux relatifs à la non-utilisation de la planification familiale

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs à la non-utilisation de la planification familiale recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
UTILISATION DES MOYENS DE CONTRACEPTION				
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS UTILISANT DES MOYENS DE CONTRACEPTION, DONT	488	41,8	34,4	49,2
INJECTIONS	204	63,7	52,4	75,0
IMPLANT	204	16,2	5,6	26,7
COMPRIMES	204	14,2	8,7	19,7



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
PRESERVATIF	204	3,4	0,9	5,9
COMPTAGE DES JOURS	204	2,5	0,1	5,0
RETRAIT	204	2,5	0,5	5,4
STERILISATION	204	1,0	0,4	2,4
MEDICINE TRADITIONNELLE	204	0,5	0	1,5
ABSTINENCE	204	0,5	0	1,5
LACTATION	204	0,5	0	1,5
% DES FEMMES QUI PRENNENT LA DECISION SUR L'ESPACEMENT DES NAISSANCES AVEC LEUR MARI	488	38,9	34,2	43,7
% DES FEMMES QUI ONT SOUHAITE D'ETRE ENCEINTES LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE (GROSSESSE SOUHAITEE)	488	35,0	28,1	42,0
% DES FEMMES QUI N'ONT PAS SOUHAITE D'ETRE ENCEINTES AU MOMENT DONNE (DERNIERE GROSSESSE PREMATUREE)	488	47,7	41,0	54,5
% DES FEMMES QUI N'ONT PAS SOUHAITE D'AVOIR PLUS D'ENFANT LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE (DERNIERE GROSSESSE NON-SOUHAITEE)	488	17,2	12,5	22,0

Tab. 8. Indicateurs relatifs à la non-utilisation de la planification familiale

3.4 FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

Le faible poids à la naissance est l'un des facteurs les plus déterminants du faible statut nutritionnel. Un apport alimentaire inadéquat ou une exposition aux infections pendant la grossesse peut conduire à la sous-nutrition infantile. Un enfant né avec un petit poids de naissance aura une grande probabilité de devenir malnutri et ainsi d'entretenir le cercle vicieux de la malnutrition présenté ci-dessous.

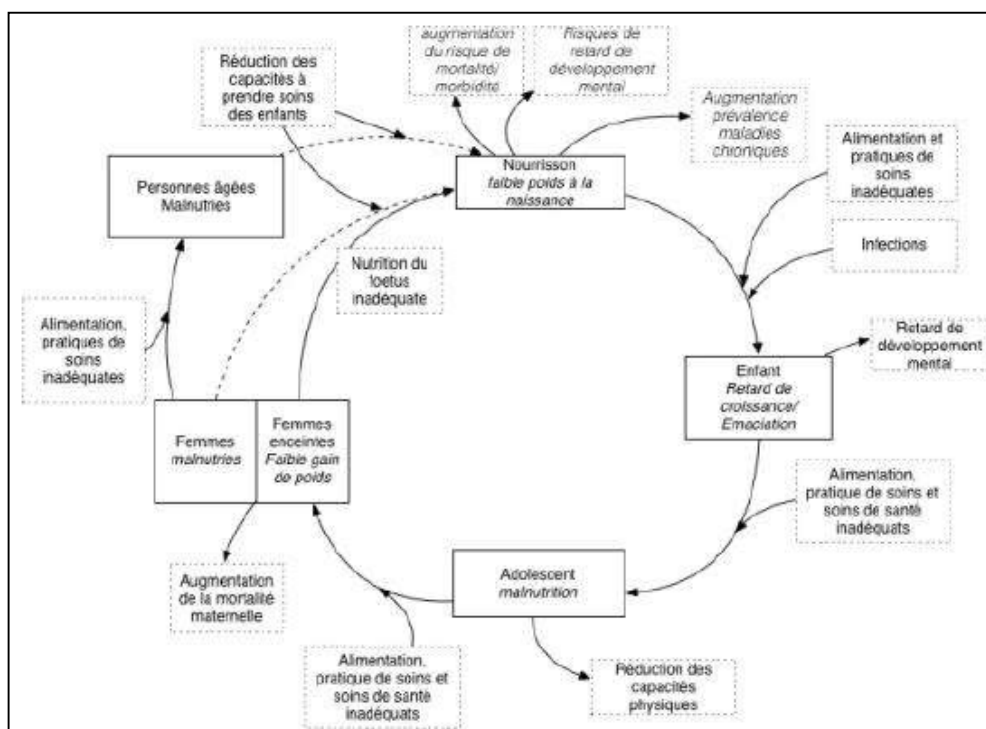


Fig. 7. Cycle de la malnutrition¹⁴

L'enquête nationale EMMUS V a estimé le taux des naissances au faible poids, c'est-à-dire le poids inférieur à 2,5 kg, à 21,4% dans le milieu rural, tandis que les données de l'enquête quantitative démontrent une augmentation considérable de cet indicateur avec 34,6% des enfants nés au faible poids dans l'arrondissement de Belle-Anse.

Etant donné que la majorité des enfants sont nés à domicile et ainsi ils sont rarement pesés à la naissance, lors de l'enquête quantitative nous avons demandé aux participants comment elles ont aperçu la taille de leurs bébés lors qu'ils ont été nés. Ainsi, 40,4% des femmes ont répondu que leur bébé était « plus petit que normal » ou « très petit », ce qui représente une augmentation d'approximativement 6% par rapport les résultats de l'EMMUS V dans le milieu rural.

Cette tendance peut être expliquée par un taux élevé de d'accouchements à domicile, c'est-à-dire non-assistés par le personnel médical qualifié, qui implique la peur des complications et éventuellement du décès de la mère et/ou son bébé lors de la naissance. Les femmes admettent de ne pas suivre les conseils nutritionnels partagés lors de la consultation prénatale parce qu'elles sont pétrifiées par des histoires des femmes mortes de l'éclampsie ou autres complications provoquées par un gros bébé. En autres mots, elles ne souhaitent pas que leur bébé se développe trop dans leur ventre pour ne pas risquer le même sort. Compte tenu du faible accès au centre de santé et des faibles ressources financières, elles savent qu'elles ne seront pas en mesure de rechercher des soins appropriés à temps pour se sauver la vie.

¹⁴ Source: Rapport final Link NCA, District sanitaire d'Abdi, région du Ouaddaï, Tchad, Septembre 2015 – Janvier 2016.

Analysant des données sur les apports alimentaires lors de la grossesse, on peut remarquer que 52,3% des femmes diminuent la quantité des aliments consommés, mettant en évidence des tendances d'anorexie volontaire pour assurer le bon déroulement de l'accouchement – néanmoins avec des grands risques pour le bon développement de leurs bébés.

D'ailleurs, les résultats de la composante quantitative de notre étude démontrent que 32,8% des femmes en charge d'enfant <5 ans avaient moins de 18 ans au moment de leur premier accouchement – le taux qui a presque doublé en cinq ans depuis l'EMMUS V.

Selon les témoignages des participants à l'étude qualitative, les certaines jeunes femmes tombent enceintes dès l'âge de 15 ans. Cependant, elles entament des rapports sexuels à partir de l'âge de 12 ans « *pour s'acquérir de la nourriture* » pendant que leurs parents s'absentent de la maison pour travailler.

« Les parents laissent leurs enfants seuls à la maison. Quand les filles ont faim, elles acceptent de se coucher avec un homme pour peu d'argent ou un repas. »

Participants au groupe de discussion, Dupuy, Thiotte

Lors de l'observation participante à Ginen dans la commune de Thiotte, l'équipe Link NCA a observé une jeune mère de 18 ans avec un bébé de 16 mois en train de négocier les conditions du rapport sexuel avec un homme beaucoup plus âgé qui n'était pas le père de son enfant. Le prix du « plaisir » ne s'élevait qu'à 50 HTG.

Les mécanismes causaux relatifs au faible poids à la naissance sont décrits dans le schéma ci-dessous.

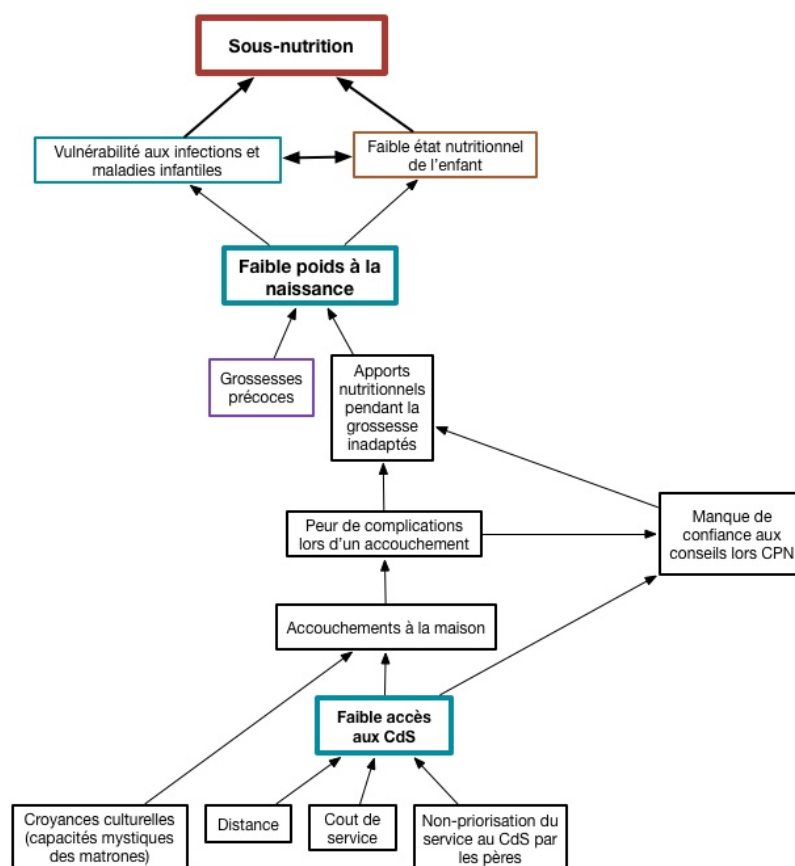


Fig. 8. Mécanismes causaux relatifs au faible poids à la naissance

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs au faible poids à la naissance recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
POIDS A LA NAISSANCE				
% ENFANTS 0-59 MOIS NES <2,5 KG (FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE)	480	34,6	23,2	46,0
% ENFANTS 0-59 MOIS DONT POIDS A LA NAISSANCE N'EST PAS CONNU	695	30,9	19,6	42,3
PERCEPTION D'UNE TAILLE A LA NAISSANCE				
% ENFANTS PERÇUS «PLUS PETITS QUE NORMAL» OU «TRES PETITS» A LA NAISSANCE	695	40,4	31,9	48,9
AGE MOYEN AU MOMENT DU MARIAGE	488	20,8	20,2	21,4
AGE MOYEN AU MOMENT DU PREMIER ACCOUCHEMENT	488	20,5	20,1	20,9
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS ETANT A L'AGE ≤18 ANS AU MOMENT DU PREMIER ACCOUCHEMENT	488	32,8	27,8	37,8
CHANGEMENT DU REGIME ALIMENTAIRE				
% FEMMES QUI ONT DIMINUE LEURS APPORTS ALIMENTAIRES LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	488	52,3	46,1	58,4
% FEMMES QUI N'ONT PAS CHANGE LEURS APPORTS ALIMENTAIRES LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	488	12,9	8,5	17,3
% FEMMES QUI ONT AUGMENTE LEURS APPORTS ALIMENTAIRES LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	488	34,8	29,3	40,4



Tab. 9. Indicateurs relatifs au faible poids à la naissance

3.5 NIVEAU DE STRESS MATERNEL ÉLEVÉ

La surcharge de travail des femmes est un de plus grands contributeurs d'un niveau de stress élevé que les femmes ressentent quotidiennement – et qui influence la qualité de leur relation avec leurs bébés. Deux autres contributeurs, la migration et un manque de soutien familial agissent à la fois sur la surcharge de travail des femmes et également sur le stress maternel. En autres mots, la migration augmente la charge de travail des femmes par simple absence des hommes, c'est-à-dire elles se retrouvent seules avec toutes les responsabilités familiales, ce qui déclenche le stress parce que la charge de travail dépasse leurs capacités et/ou possibilités de subvenir à tous les besoins familiaux. Parallèlement, un manque de soutien familial contribue à la surcharge de travail des femmes et provoquent des sentiments d'abandon, d'isolement et tristesse.

Selon les résultats de l'enquête quantitative, 36,9% des femmes en charge des enfants <5 ans ne se sentent pas vraiment ou pas du tout supportées (financièrement et socialement) par leur entourage.

Lors des échanges qualitatifs, les femmes ont été très ouvertes de nous expliquer leurs relations troublées avec les hommes - qui justifient leurs sentiments d'un manque de soutien ou d'abandon et qui, en conséquence, augmente le stress qu'elles ressentent. Selon les témoignages, les femmes sont souvent mises enceinte et délaissées par le prétendu père.

« Les hommes refusent très souvent de reconnaître leurs enfants. Les jeunes filles de 16 à 20 ans sont le plus souvent victimes de ces actes. »

Participants au groupe de discussion, Galette Marreau, Grand Gosier

Les participantes aux groupes de discussion ont avoué qu'ordinairement au début des relations les hommes se montrent très amoureux mais dès qu'une femme tombe enceinte, le comportement envers elle change drastiquement. Certaines évoquent que c'est dû à la situation économique que les hommes ne prennent pas leurs responsabilités ; pour d'autres, « c'est naturel chez les hommes de fuir leur responsabilités ».

Ce manque de confiance a été aussi partagé par les hommes. Pour eux, les femmes ne cherchent qu'appriivoiser les hommes à travers une grossesse pour qu'ils se sentent obligés de les soutenir financièrement. Très mal vu par les hommes, ce comportement incite un manque de respect qui se traduit éventuellement en abandon prématuré des femmes enceintes.

En explorant cette question plus en détail, les femmes ont témoigné qu'à part du mariage, elles n'ont pas d'autres possibilités de survie – si elles ne choisissent pas une voie de migration dans les autres villes.

« Les filles, qui n'ont pas une opportunité de quitter la zone, courent le risque de la grossesse précoce ou d'avoir un enfant sans la reconnaissance de son père. »

Participants au groupe de discussion, Dupuy, Thiotte

Selon elles, les mariages officiels ou coutumiers construits sur cette base n'ont pas un grand potentiel d'être harmonieux. Les querelles entre les hommes et les femmes sont courantes et généralement gérées dans la sphère privée. Les cas de violence physique ou sexuelle sont un peu moins fréquents et plus difficilement digérées par les femmes concernées.

« Les hommes frappent souvent les femmes s'ils n'aiment pas le repas préparé, s'ils trouvent les femmes désobéissantes ou s'ils sont jaloux. Parfois, pendant la nuit, les maris reviennent et tentent de les caresser pour leur faire oublier le passé. Toujours dans un état de choc, elles ont tendance à refuser les tentatives des rapports sexuels. Par contre, pour ne pas perdre leurs maris, elles sont obligées d'accepter. »

Participants au groupe de discussion, Dupuy, Thiotte

Le témoignage ci-dessus démontre l'inégalité des relations entre les hommes et les femmes ainsi que la dissimilitude de leurs attentes. Pendant que les femmes entament des relations avec les hommes pour survivre et les maintiennent pour les mêmes raisons par peur d'être abandonnées et de ne pas pouvoir subvenir à leurs besoins, les hommes se sentent piégés, ils révoltent à travers des aventures

extra maritales et exploitent la dépendance des femmes par un comportement inacceptable. Le côté déplorable de cette dynamique est que les hommes reprochent les femmes pour une stratégie de survie qui n'est pas méconnue entre la population masculine non plus.

« Les hommes abandonnent les femmes pour profiter d'une femme plus belle, plus riche pour financer leurs aventures. Ils ne nous laissent que larmes dans les yeux. »

Participants au groupe de discussion, Dupuy, Thiotte

D'ailleurs, selon les témoignages, l'abus physique, mentale ou sexuel se répète dans presque toutes les familles. Pour certaines femmes, c'est un comportement acceptable ; les autres disent que les hommes n'ont pas le droit de le faire. Malheureusement, à part de la violence domestique, les femmes – spécialement les femmes sans la protection directe de l'homme – courent aussi le risque d'être violées. La violence de ce genre est souvent impunie car les femmes ont peur de porter plainte à la police pour éviter des scandales.

Tous ces facteurs-contributeurs confondus se traduisent en 90,6% des femmes qui se trouvent dans un état de bien-être réduit, possiblement en risque de dépression, selon les données quantitatives de l'enquête Link NCA.

Les mécanismes causaux relatifs au stress maternel élevé sont décrits dans le schéma ci-dessous.

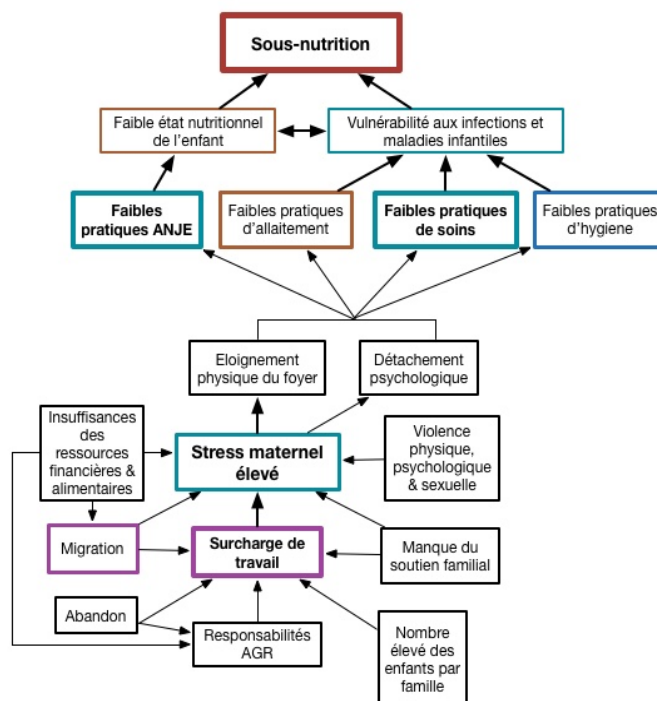


Fig. 9. Mécanismes causaux relatifs au stress maternel élevé

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs au stress maternel élevé recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
PERCEPTION DU CAPITAL SOCIAL				

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS SE SENTANT EXTREMEMENT SUPPORTEES (FINANCIEREMENT ET SOCIALEMENT) PAR SON ENTOURAGE	488	23,4	18,3	28,4
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS SE SENTANT PLUTOT SUPPORTEES (FINANCIEREMENT ET SOCIALEMENT) PAR SON ENTOURAGE	488	39,8	34,2	45,3
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS NE SE SENTANT PAS VRAIMENT SUPPORTEES (FINANCIEREMENT ET SOCIALEMENT) PAR SON ENTOURAGE	488	9,6	6,9	12,4
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS NE SE SENTANT PAS DU TOUT SUPPORTEES (FINANCIEREMENT ET SOCIALEMENT) PAR SON ENTOURAGE	488	27,3	20,1	34,4
WHO5				
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS PRESENTANT UN RISQUE DE DEPRESSION	488	90,6	88,1	93,0

Tab. 10. Indicateurs relatifs au stress maternel élevé

3.6 FAIBLE DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE

Quel que soit la source de revenu d'une famille haïtienne à l'arrondissement de Belle-Anse, ses habitudes alimentaires ne varient que peu. Avec du riz et des haricots à la base des plats quotidiens, les produits laitiers ou carnés ne sont mangés qu'une fois par semaine. Dans le cas où un ménage pratique l'élevage, les produits sont majoritairement réservés à la vente ou échange des aliments secs. Ainsi, en termes d'alimentation, la quantité (en opposition à la qualité) détermine le choix alimentaire même si elle est à la fois dictée par la disponibilité des ressources financières.

Les participants à l'enquête qualitative ont énuméré le riz, le maïs, le petit mil, le blé et la farine comme des constituants principaux de l'alimentation du ménage. Au lieu des variations saisonnières, les femmes alternent les repas au cours de la semaine et au cours de la journée.

« Le petit déjeuner se compose de spaghetti, oignon et hareng. A midi, le repas le plus apprécié – et très reconnu pour sa valeur nutritionnelle - constitue du maïs ou du riz, accompagné par une purée d'haricots. Dans la soirée on ne mange que du pain et du chocolat chaud. »

Participants au groupe de discussion, Dupuy, Thiotte

Selon les données de l'enquête quantitative, 17,6% de ménages consomment ≤ 3 groupes alimentaires, ce qui est classifié comme une faible diversité alimentaire. Parmi ces ménages, le groupe alimentaire consommé par au moins 50% de ménages est un groupe composant de tous les céréales et/ou produits transformés à leur base.

D'autres 43,85% de ménages consomment 4 à 5 groupes alimentaires, ce qui est classifié comme une diversité alimentaire moyenne. Parmi ces ménages, les groupes alimentaires les plus consommés sont les céréales, les haricots, les graisses et les condiments.

Le reste de ménages consomment ≥ 6 groupes alimentaires, ce qui est classifié comme une haute diversité alimentaire. En comparaison avec les ménages avec une faible ou moyenne diversité alimentaire, on constate une intégration des racines/tubercules, des légumes et du sucre dans la composition de repas.

Faible diversité alim.	Moyenne diversité alim.	Haute diversité alim.
SDAM $< \text{ou} = 3$	SDAM 4-5	SDAM $= \text{ou} > 6$
17,6% (N=86)	43,85% (N=214)	38,52% (N=188)
G1 67,4% (N=58)	G1 88,3% (N=189)	G1 95,2% (N=179)
	G8 53,7% (N=115)	G2 58,5% (N=110)
	G10 91,1% (N=195)	G3 75,5% (N=142)
	G12 86,4% (N=185)	G8 81,9% (N=154)
		G10 96,3% (N=181)
		G11 76,6% (N=144)
		G12 94,1% (N=177)

Fig. 10. Profil SDAM de ménages dans l'arrondissement de Belle-Anse

En ce qui concerne la consommation de la viande, les ménages avec une faible ou moyenne diversité alimentaire ne la consomment presque pas (1,2% et 2,3% respectivement). Parmi les ménages avec une haute diversité alimentaire, la viande ou les abats sont consommés par 17% de ménages.

« On ne mange de la viande que rarement. On peut passer plus de six mois sans la manger. »

Participants au groupe de discussion, Fond Janette, Anse-à-Pitres

La consommation des poissons ou de fruits de mer est un peu plus élevée. Pendant que seulement 3,5% de ménages avec une faible diversité alimentaire les consomment, le chiffre atteint 13,1% pour les ménages avec une moyenne diversité alimentaire et ensuite triple pour les ménages avec une haute diversité alimentaire. Ceci pourrait être accordé à la popularité générale des harengs ou morues séchés qui sont largement utilisés dans la cuisine haïtienne.

De l'autre côté, la consommation des œufs est presque inexistante. Les ménages avec la faible ou moyenne diversification alimentaire ne les consomment pas du tout et parmi les ménages avec une haute diversité alimentaire, seulement 8,5% les consomment. La même tendance, même si légèrement plus élevée, est applicable à la consommation du lait et des produits laitiers. Parmi les ménages avec une haute diversité alimentaire, leur consommation ne s'élève qu'à 13,3%.

Score SDAM moyen: 5,1 Link NCA vs. 6,2 Evaluation initiale du projet Kore Lavi

Lors de l'enquête quantitative, un score de diversité alimentaire minimale pour les femmes qui permet de rendre compte de l'adéquation du régime alimentaire en micronutriments des femmes en âge de procréer a été aussi calculé. Selon cet indicateur, seulement 4,9% des femmes consomment plus de 5 groupes alimentaires.

	DAMF < ou = 5	DAMF > 5
	95,1% (N=464)	4,9% (N=24)
Céréales, tubercules blancs, racines blanches et plantains	93,5% (N=434)	95,8% (N=23)
Légumineuses (haricots, pois, lentilles)	58,8% (N=273)	100% (N=24)
Viandes, volailles et poissons		83,3% (N=20)
Légumes aux feuilles vert foncé		54,2% (N=13)
Autres légumes et fruits riches en vitamine A		66,7% (N=16)
Autres légumes		83,3% (N=20)
Autres fruits		83,3% (N=20)

Fig. 11. Profil DAMF dans l'arrondissement de Belle-Anse

D'autres 95,1% de femmes consomment moyennement 3 groupes alimentaires, dont les céréales et les légumineuses sont les plus importants constituants de leurs repas. Légumes et fruits ainsi que les viandes, volailles et poissons sont consommés par approximativement un quart des femmes enquêtées qui consomment ≤5 groupes alimentaires. Ces taux sont considérablement plus élevés pour les femmes qui consomment ≥5 groupes alimentaires, dépassant 80% avec une exception de légumes aux feuilles vert foncées et autres légumes et fruits riches en vitamine A.

Score DAMF moyen : 3,0 Link NCA vs. 3,5 Evaluation initiale du projet Kore Lavi

Dans l'idéal, la famille souhaiterait à manger trois repas par jour mais en réalité le nombre de repas n'oscille qu'entre 1 et 2 - ce qui peut se traduire en tasse de café dans la matinée et un repas principal à 14h ou 15h. Selon les données de l'enquête quantitative, la population dans l'arrondissement de Belle-Anse consomme moyennement 1,76 repas par jour.

Cet indicateur met en évidence les stratégies de survie que les ménages déploient lors de chocs subis par le ménage. Selon les résultats de l'enquête quantitative, les quatre stratégies les plus utilisées concernent le régime alimentaire du ménage, notamment la baisse de la quantité de rations, la baisse de la qualité/diversité de repas, la consommation d'aliments moins préférés et la baisse du nombre de repas par jour.

« Préférentiellement on mange trois fois par jour mais en cas de manque de moyens financiers, on réduit le nombre de repas à 2 et la quantité diminue aussi. »

Participants au groupe de discussion, Galette Marreau, Grand Gosier

Il est aussi important de souligner que la diversité alimentaire du ménage est influencée par les préférences alimentaires du ménage. Premièrement, la population semble d'accorder plus d'importance à la quantité plutôt que la qualité du repas. En d'autres mots, il est jugé plus pertinent de « remplir les estomacs que nourrir véritablement le corps ». Cette mentalité justifie la préférence des produits importés que les gens peuvent acheter en grande quantité au relativement petit prix par rapport le prix des produits locaux. Aussi, l'élevage des animaux n'est pas perçu comme un moyen de diversification des apports nutritionnels du ménage mais plutôt comme une source de revenu complémentaire qui est utilisée notamment pendant les périodes de crise.

Lors de l'exercice participatif concernant la composition de repas, les participants ont décrits leurs repas habituels depuis leur réveil jusqu'au soir. La comparaison de repas (habitude vs. souhait) ne démontre pas une grande différence en composition. Les participants ont mentionné qu'en cas de moyens financiers élevés, ils mangeraient une plus grande quantité des aliments mais ils considèrent leurs habitudes alimentaires correctes et bonnes pour la santé.

	HABITUDE	SOUHAIT
PETIT DEJEUNER	Soupe Spaghetti	Soupe Spaghetti



	HABITUDE	SOUHAIT
	Maïs + feuilles Œufs + bananes Pain + pate d'arachide	Mais + feuilles + carottes Café/Chocolat + pain
DEJEUNER	Riz blanc + sauce haricots + sauce hareng Lame + patates + bananes +petit mil Jus	Riz blanc + sauce haricots + légumes Bouillon marin Poisson + viande chèvre Jus
DINER	Bouillie Chocolat	La bouillie Chocolat Œufs + pain Pain + pate d'arachide

Tab. 11. Résultats de l'exercice participatif concernant la composition de repas à Bel-Air, Belle-Anse

En termes de répartition de repas au sein du ménage, les participants à l'enquête qualitative ont constaté que les hommes reçoivent une plus grande proportion de repas que les femmes.

« Les maris sont servis la plus grande proportion du repas ; ensuite viennent les enfants. Les femmes mangent ce qui reste et parfois aucune partie ne leur est réservée. Les femmes donnent presque tout le repas aux maris en espérant que ces derniers le partageraient avec elles. Selon elles, si les maris paraissent maigres ou se présentent comme mal nourris, toutes les critiques reviendront à leurs femmes parce que les gens diront que ce sont ces femmes qui ne leur donnent pas à manger – peu importe le fait que ce sont des hommes qui n'approvisionne pas le ménage suffisamment. »

Participants au groupe de discussion, Bel-Air, Belle-Anse

Les mécanismes causaux relatifs à la faible diversification alimentaire sont décrits dans le schéma ci-dessous.

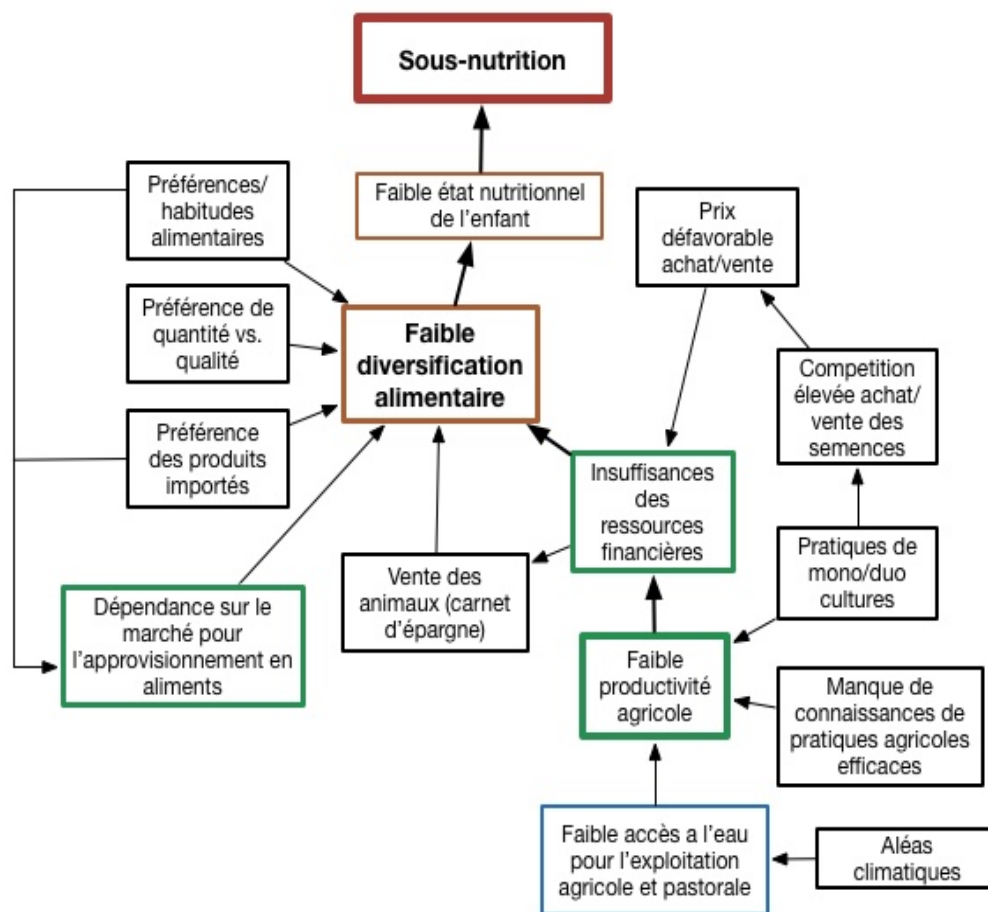


Fig. 12. Mécanismes causaux relatifs à la faible diversification alimentaire

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs à la faible diversification alimentaire recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
SDAM				
HDDS INFÉRIEUR OU ÉGAL À 3	488	17,6	12,3	23,0
HDDS 4-5	488	43,9	37,8	49,9
HDDS ÉGAL OU SUPÉRIEUR À 6	488	38,5	28,9	48,2



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% MENAGES AYANT CONSOMMES DES CEREALES LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	87,3	84,3	90,3
% MENAGES AYANT CONSOMMES DES RACINES OU TUBERCULES BLANCHES LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	22,5	15,9	29,2
% MENAGES AYANT CONSOMMES DES LEGUMES OU TUBERCULES RICHES EN VITAMINE A LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	29,2	19,0	31,8
% MENAGES AYANT CONSOMMES DES LEGUMES A FEUILLES VERTES FONCEES LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	28,7	20,9	36,5
% MENAGES AYANT CONSOMMES D'AUTRES LEGUMES LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	34,2	22,8	45,6
% MENAGES AYANT CONSOMMES DES FRUITS RICHES EN VITAMINE A LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	4,1	2,0	6,2
% MENAGES AYANT CONSOMMES D'AUTRES FRUITS LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	19,5	14,0	24,9
% MENAGES AYANT CONSOMMES DES ABATS LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	0,8	0,0	1,6
% MENAGES AYANT CONSOMMES DE LA VIANDE LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	7,2	4,0	10,4
% MENAGES AYANT CONSOMMES DES ŒUFS LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	3,5	1,7	5,2
% MENAGES AYANT CONSOMMES DU POISSON OU DES FRUITS DE MER LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	20,5	14,2	26,8
% MENAGES AYANT CONSOMMES DES LEGUMES A GOUSSE, LEGUMINEUSES ET NOIX LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	60,9	52,5	69,2
% MENAGES AYANT CONSOMMES DU LAIT OU DES	488	6,8	4,0	9,6



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
PRODUITS LAITIERS LA VIELLE DE L'ENQUETE				
% MENAGES AYANT CONSOMMES DES MATIERES GRASSES LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	84,6	80,2	89,1
% MENAGES AYANT CONSOMMES DU SUCRE LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	43,4	34,9	52,0
% MENAGES AYANT CONSOMMES DES CONDIMENTS LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	82,0	77,0	86,9
DAMF				
DAMF INFERIEUR OU EGAL A 5	488	95,1	92,2	97,9
DAMF EGAL OU SUPERIEUR A 5	488	4,9	2,1	7,8
% FEMMES AYANT CONSOMMEES DES CEREALES, TUBERCULES BLANCS, RACINES BLANCHES ET PLANTAINS LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	93,6	91,6	95,7
% FEMMES AYANT CONSOMMEES DES LEGUMINEUSES (HARICOTS, POIS, LENTILLES) LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	60,9	52,5	69,2
% FEMMES AYANT CONSOMMEES DES NOIX ET GRAINES LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	2,5	0,9	4,0
% FEMMES AYANT CONSOMMEES DES PRODUITS LAITIERS LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	6,8	4,0	9,6
% FEMMES AYANT CONSOMMEES DES VIANDES, VOLAILLES ET POISSONS LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	25,6	18,3	32,9



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% FEMMES AYANT CONSOMMEES DES ŒUFS LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	3,5	1,7	5,2
% FEMMES AYANT CONSOMMEES DES LEGUMES AUX FEUILLES VERTES FONCEES LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	28,7	20,9	36,5
% FEMMES AYANT CONSOMMEES D'AUTRES LEGUMES ET FRUITS RICHES EN VITAMINE A LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	28,3	22,1	34,5
% FEMMES AYANT CONSOMMEES D'AUTRES LEGUMES LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	34,2	22,8	45,6
% FEMMES AYANT CONSOMMEES D'AUTRES FRUITS LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	19,5	14,0	24,9
NO. REPAS	488	1,760	1,685	1,835
STRATEGIES DE SURVIE ADOPTEES				
BAISSE DE LA QUANTITE DES RATIONS	432	83,3	78,1	88,6
BAISSE DU NOMBRE DE REPAS PAR JOUR	432	77,3	72,3	82,3
BAISSE DE LA QUALITE (DIVERSITE) DES REPAS	432	81,7	76,0	87,5
CHANGEMENT DES HABITUDES ALIMENTAIRES (ALIMENTS MOINS PREFERES)	432	79,9	73,0	86,6
EMPRUNT D'ARGENT	432	50,9	46,2	55,6



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
EMPRUNT DE NOURRITURE	432	26,2	18,2	34,1
DEPENSE DE L'EPARGNE MONETAIRE	432	7,4	2,7	12,1
CONSOMMATION DES RECOLTES IMMATURES	432	42,4	34,8	50,0
CONSOMMATION DES SEMENCES RESTANTES	432	35,9	24,9	46,9
DESCOLARISATION DES ENFANTS	432	21,8	15,0	28,4
DIMINUTION DES DEPENSES POUR LES SOINS DE SANTE	432	24,3	15,0	33,6
VENTE DE LA PARCELLE	432	5,1	2,4	7,7
VENTE D'ANIMAUX	432	19,9	15,0	24,8
VENTE DES FEMELLES REPRODUCTRICES	432	6,7	4,3	9,2
VENTE DES CHEVAUX, ANES, CHARRETTE, CAPITAL PRODUCTIF	432	2,1	0,4	3,8
ENTRAIDE ENTRE VOISINS	432	28,7	22,2	35,2
PROTECTION DES BETAILS ET DES CULTURES	432	7,9	3,6	12,2

Tab. 12. Indicateurs relatifs à la faible diversification alimentaire



3.7 FAIBLES PRATIQUES D'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF

Vu la surcharge de travail et une faible compréhension des conséquences de la non-observation d'allaitement maternel exclusif, les femmes n'ont pas tendance de pratiquer rigoureusement l'allaitement maternel exclusif pendant les premiers six mois après la naissance de leurs bébés. Selon les résultats de plusieurs enquêtes nutritionnelles, y compris l'enquête SMART de 2016, le taux d'allaitement maternel exclusif oscille entre 30 et 40%. Les dernières données quantitatives recueillies lors de l'enquête Link NCA estiment que 39,5% des enfants entre 0-5 mois ont été allaités exclusivement lors du passage des enquêteurs. Selon EMMUS V, le taux d'allaitement maternel exclusif est estimé à seulement 40,6% pour les bébés de 2 à 3 mois pendant qu'il tombe considérablement à 23,9% pour les bébés de 4-5 mois.

En fait, même si les femmes avouent d'allaiter leurs bébés « exclusivement », ceci n'empêche pas l'administration des thés ou des concoctions (ex. lòk ») lors de la naissance pour assurer le transit intestinal des bébés, faciliter leur sommeil ou autre. Ceci est classifié comme l'allaitement maternel prédominant, dont le taux pour les enfants 0-5 mois lors de l'enquête quantitative Link NCA a été estimé à 66,7%.

« Nous allaitons nos bébés pendant les six premiers mois mais nous leur donnons aussi de l'eau. Ils sont soif et puis ils pleurent souvent. »

Participants au groupe de discussion, Bel-Air, Belle-Anse

Les pratiques d'allaitement maternel exclusif sont intrinsèquement liées aux accouchements à domicile. Lors d'un accouchement, ce sont les accoucheuses traditionnelles qui conseillent les femmes sur les pratiques d'allaitement. Celles-ci sont souvent déterminantes en ce qui concerne l'observation des dites pratiques, naturellement selon leurs croyances et connaissances. Selon les témoignages des participants lors de l'enquête qualitative, les femmes ne commencent à allaiter qu'un jour après l'accouchement pendant que les bébés nés au centre de santé sont mis au sein immédiatement après la naissance. Les différences semblables entre les pratiques des femmes qui ont accouché à la maison et celles qui ont accouché au centre de santé ont été aussi observé pour l'administration du « lòk » ainsi que la durée de l'allaitement maternel.

Les participants à l'étude qualitative ont expliqué que les femmes sont forcées de s'éloigner du foyer peu après la naissance afin d'aider à l'approvisionnement et ainsi elles ne peuvent pas respecter les exigences de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois de la vie du bébé.

« Nous allaitons nos bébés mais pas à la demande. Nous n'avons pas le temps de le faire. Notre charge de travail nous pousse de quitter la maison plutôt qu'y rester pour s'occuper du petit. D'ailleurs, nous ne croyons pas réellement en avantages d'allaitement. Nos autres enfants n'ont pas été allaités exclusivement et ils sont toujours là et en bonne santé. Ainsi, nous ne voyons pas la pertinence de le faire avec les plus petits. »

Participants au groupe de discussion, Fond Janette, Anse-à-Pîtres

Lors des discussions de groupe, les participantes ont dévoilé que vu la surcharge de travail, les enfants sont sevrés aussitôt qu'à 2 ou 3 mois.

« Nous donnons tout type d'aliment aux bébés à partir de deux mois. Nous manquons de l'aide, les pères des enfants nous abandonnent alors il faut que nous reprenons nos activités rapidement. »

Participants au groupe de discussion, Galette Marreau, Grand Gosier

Certaines femmes mentionnent que le sevrage est déclenché par des douleurs aux seins, voire un manque et/ou l'absence totale de lait maternel. Rares sont celles qui comprennent que la perte du lait peut être provoqué par l'allaitement irrégulier qui n'active pas le fonctionnement des glandes mammaires. Celles qui souhaitent continuer à allaiter, sont conseillées de consommer des légumes (*lyann panyé*), des papayes, du petit mil et du poisson (*piskèt*) afin d'encourager la production du lait.

Selon les résultats préliminaires de l'enquête SMART 2016, il a été observé que plus de 2/3 des nourrissons présentant une malnutrition aiguë sévère n'ont pas bénéficié d'un allaitement maternel exclusif (69%).

En ce qui concerne la poursuite d'allaitement à 1 an et à 2 ans, les données quantitatives Link NCA démontrent des taux un peu plus élevés que ceux de l'enquête SMART 2016. Le taux de la poursuite d'allaitement à 1 an s'élève à 74,1% pendant que la poursuite d'allaitement à 2 ans est estimée au niveau de 11,4%. Les participantes à l'enquête qualitative ont expliqué que dans les circonstances idéales, les filles devraient être allaitées pendant 18 mois et les garçons 24 mois. Elles justifient la différence entre les deux sexes par un meilleur développement des filles par rapport les garçons.

Les mécanismes causaux relatifs aux pratiques d'allaitement maternel exclusif inadéquates sont décrits dans le schéma ci-dessous.

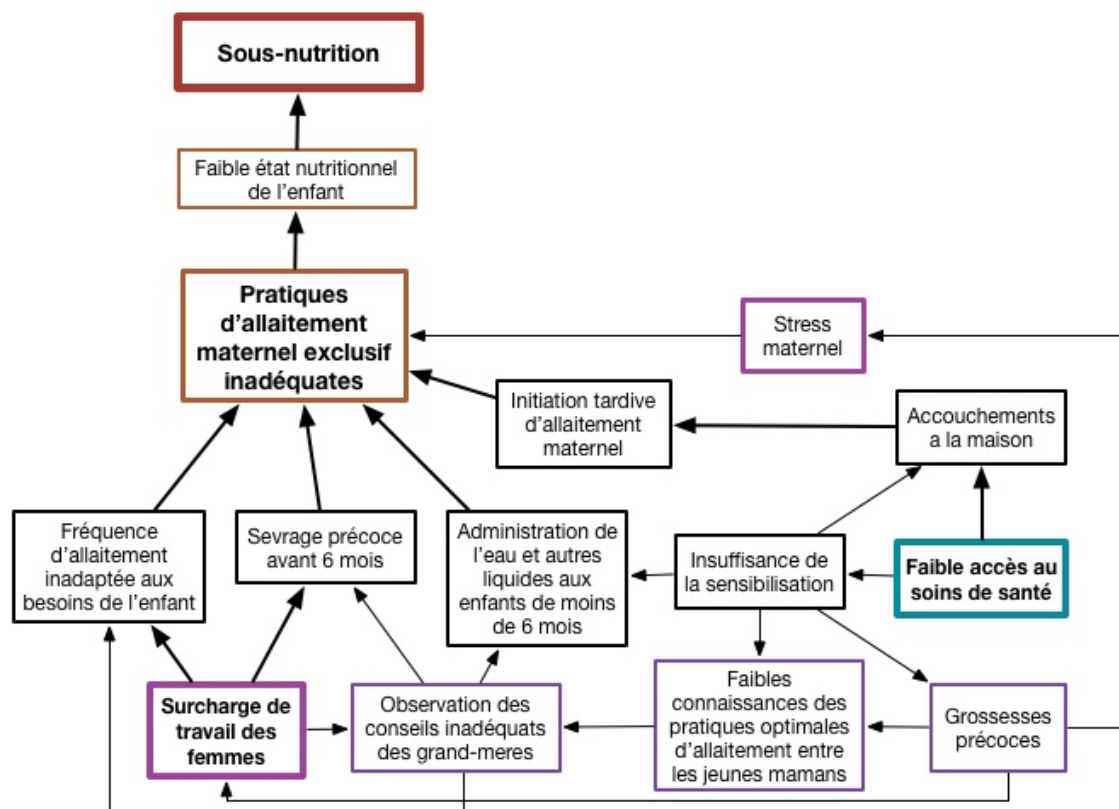


Fig. 13. Mécanismes causaux relatifs aux pratiques d'allaitement maternel exclusif inadéquates

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs aux pratiques d'allaitement maternel exclusif recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% FILLES	695	53,0	48,1	57,8
% GARÇONS	695	47,1	42,3	51,9

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
ALLAITEMENT MATERNEL				
% ENFANTS 0-23 MOIS MIS AU SEIN DANS LA PREMIERE HEURE APRES L'ACCOUCHEMENT (INITIATION PRECOCE D'ALLAITEMENT MATERNEL)	271 ¹⁵	61,2	52,2	70,3
% ENFANTS 0-5 MOIS AYANT REÇU UNIQUEMENT DU LAIT MATERNEL LA VEILLE DE L'ENQUETE (ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF AVANT L'AGE DE 6 MOIS)	81 ¹	39,5	26,1	52,9
% ENFANTS 0-5 MOIS AYANT REÇU DU LAIT MATERNEL ET DE L'EAU LA VEILLE DE L'ENQUETE (ALLAITEMENT MATERNEL PREDOMINANT AVANT L'AGE DE 6 MOIS)	81 ¹	66,7	55,0	78,3
% ENFANTS 12-15 MOIS AYANT ETE ALLAITES LA VEILLE DE L'ENQUETE (POURSUITE D'ALLAITEMENT A 1 AN)	54 ¹	74,1	61,8	86,3
% ENFANTS 20-23 MOIS AYANT ETE ALLAITES LA VEILLE DE L'ENQUETE (POURSUITE D'ALLAITEMENT A 2 ANS)	35 ¹	11,4	0,4	22,3

Tab. 13. Indicateurs relatifs aux pratiques d'allaitement maternel exclusif inadéquates

3.8 PRATIQUES D'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT INADEQUATES

Compte tenu de leur surcharge de travail, les femmes sont forcées de s'éloigner du foyer peu après la naissance de leurs bébés. Pour les protéger de l'environnement insalubre (champs, marchés), les bébés restent avec les grands-parents ou les enfants plus âgés qui à leur tour ne sont pas toujours suffisamment informés de prendre un bon soin d'eux. Les bébés mangent rarement à la demande et depuis un très bas âge (à partir de 3 mois) doivent s'habituer aux aliments et horaires des adultes. Ainsi, leur ration diététique est inadéquate du point de vue de la qualité ainsi que de la quantité.



¹⁵ Taille d'échantillon très petite.



L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est principalement constituée de vermicelles¹⁶ et de bouillie à la base de maïs, riz, pommes de terre, patate ou banane. Dû à son prix bas, la facilité de la préparation ainsi que la bonne digestion, un produit dominicain *fidew*¹³ est devenu le repas le plus servi aux enfants ≤ 5 ans dans l'arrondissement de Belle-Anse. D'ailleurs, les parents pensent que le produit est plus à la mode que les produits locaux.

Selon les données de l'enquête quantitative Link NCA, seulement 13,9% d'enfants de 6-23 mois ont été nourris avec 4 groupes ou plus d'aliments la veille de l'enquête. Ce taux correspond aux estimations de l'EMMUS V, démontrant une baisse de négligeable 0,4%. Les groupes d'aliments les plus consommés incluent les céréales/racines avec 78,9% et les légumineuses avec 37,6% - ce qui reflète les choix alimentaires préférés et les plus consommés par les adultes. Les fruits et légumes riches en vitamine A ou d'autres fruits et légumes ne sont consommés que par approximativement un tiers d'enfants. Aucun enfant dans l'échantillon n'a consommé des œufs pendant que leur consommation de la viande et/ou du lait et des produits laitiers oscille entre 12% et 17%.

En termes d'un nombre de repas adéquat, aucun enfant non-allaités de 6-23 mois n'a reçu 4 repas la veille de l'enquête. Pour les enfants toujours allaités de 6-8 mois, seulement 27,8% d'enfants ont reçu 2 repas la veille de l'enquête - le taux qui décline de 16,3% pour les enfants toujours allaités de 9-23 mois ayant reçu 3 repas la veille de l'enquête. Ces statistiques, entre autres, démontrent que les parents ou les personnes en charge ignorent ou ne prennent pas en considération les besoins nutritionnels spéciaux des enfants ≤ 23 mois. Ceci aussi confirme les observations de l'équipe qualitative Link NCA qui a constaté que les enfants ne sont nourris que deux ou trois fois par jour, s'habituant aux horaires de repas des adultes depuis le très bas âge. Les repas supplémentaires sont rares, voire inexistantes. Les repas en absence de la mère sont fréquemment mangés par les enfants plus âgés chargés de la surveillance de l'enfant.

D'ailleurs, l'enfant est aussi privé de la disponibilité affective de sa mère et peut manquer de stimulation et d'encouragements pendant les repas ou la réponse appropriée en cas de faible appétit. Selon les témoignages des participants aux groupes de discussion lors de l'enquête qualitative, les enfants ne sont pas particulièrement surveillés pendant leurs repas ni encouragés à manger davantage si un repas ne soit pas terminé. En conséquence, sa ration diététique est inadéquate de point de vue de la quantité nécessaire pour assurer son bon développement. Selon les données de l'enquête quantitative, 69,6% d'enfants de 9-36 mois ne bénéficient pas de la réaction appropriée quand ils refusent à manger.

Les mécanismes causaux relatifs aux pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant inadéquates sont décrits dans le schéma ci-dessous.



¹⁶ Une variété de pâtes alimentaires en forme de fils fins.

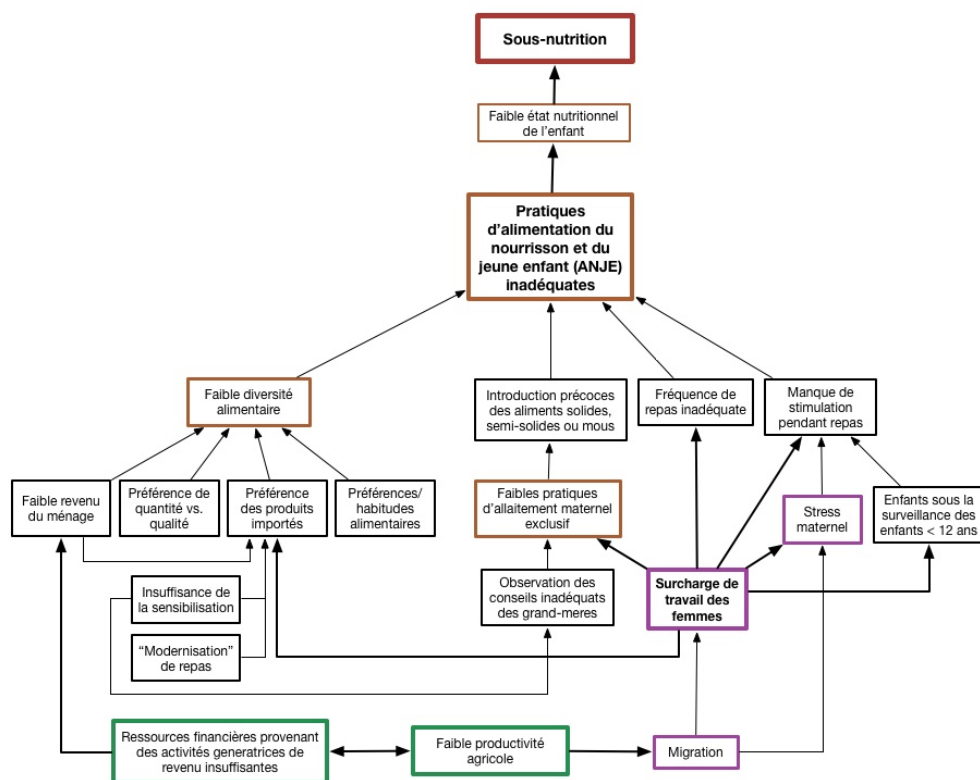


Fig. 14. Mécanismes causaux relatifs aux pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant inadéquates

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs aux pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant inadéquates recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
IDDS				
% ENFANTS 6-23 MOIS AYANT CONSOMME DES CEREALES, RACINES OU TUBERCULES	194 ¹	78,9	74,1	83,7
% ENFANTS 6-23 MOIS AYANT CONSOMME DES LEGumineuses, NOIX OU ARACHIDES	194 ¹	37,6	28,3	47,0
% ENFANTS 6-23 MOIS AYANT CONSOMME DES PRODUITS LAITIERS	194 ¹	12,9	6,3	19,5
% ENFANTS 6-23 MOIS AYANT DE LA VIANDE, POISSON, VOLAILLE, OU ORGANES DE LA VIANDE	194 ¹	17,0	9,3	24,7



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% ENFANTS 6-23 MOIS AYANT CONSOMME DES ŒUFS	194 ¹	0,5	0	1,5
% ENFANTS 6-23 MOIS AYANT CONSOMME DES FRUITS OU LEGUMES RICHE EN VITAMINE A	194 ¹	29,9	23,0	36,8
% ENFANTS 6-23 MOIS AYANT CONSOMME DES AUTRES FRUITS OU LEGUMES	194 ¹	26,8	18,3	35,3
% ENFANTS 6-23 MOIS QUI ONT ETE NOURRIS AVEC 4 GROUPE OU PLUS D'ALIMENTS LA VEILLE DE L'ENQUETE	194 ¹	13,9	6,6	21,2
% ENFANTS 6-11 MOIS QUI ONT ETE NOURRIS AVEC 4 GROUPE OU PLUS D'ALIMENTS LA VEILLE DE L'ENQUETE	53 ¹	9,4	0,1	18,8
% ENFANTS 12-17 MOIS QUI ONT ETE NOURRIS AVEC 4 GROUPE OU PLUS D'ALIMENTS LA VEILLE DE L'ENQUETE	84 ¹	20,2	7,9	32,6
% ENFANTS 18-23 MOIS QUI ONT ETE NOURRIS AVEC 4 GROUPE OU PLUS D'ALIMENTS LA VEILLE DE L'ENQUETE	55 ¹	9,1	0,1	18,3
% ENFANTS 6-23 MOIS NON-ALLAITES AYANT REÇU LE NOMBRE ADEQUAT DE REPAS (4) LA VEILLE DE L'ENQUETE	20 ¹	0	0	0
% ENFANTS 6-8 MOIS TOUJOURS ALLAITES AYANT REÇU LE NOMBRE ADEQUAT DE REPAS (2) LA VEILLE DE L'ENQUETE	18 ¹	27,8	3,4	52,1



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% ENFANTS 9-23 MOIS TOUJOURS ALLAITES AYANT REÇU LE NOMBRE ADEQUAT DE REPAS (3) LA VEILLE DE L'ENQUETE	104 ¹	11,5	4,4	18,6
ALIMENTATION REACTIVE				
% ENFANTS 9-36 MOIS DONT L'ACCOMPAGNANT A UNE ATTITUDE POSITIVE POUR STIMULER L'ENFANT QUAND IL REFUSE DE MANGER	332 ¹	30,4	22,9	37,9
% ENFANTS 9-36 MOIS DONT L'ACCOMPAGNANT NE FAIT RIEN OU A UNE ATTITUDE NEGATIVE POUR STIMULER L'ENFANT QUAND IL REFUSE DE MANGER	332 ¹	69,6	62,1	77,1

Tab. 14. Indicateurs relatifs aux pratiques d'alimentation du
nourrisson et du jeune enfant inadéquates



3.9 PRATIQUES DE SOINS DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT INADAPTEES

Vu la surcharge de travail, les femmes sont forcées de s'éloigner du foyer peu après la naissance de leurs bébés. Pour protéger ces derniers de l'environnement insalubre (champs, marchés), les bébés restent avec les grands-parents ou les enfants plus âgés qui à leur tour ne sont pas toujours suffisamment informés de prendre un bon soin d'eux. Selon les résultats de l'enquête quantitative, 70,9% d'enfants ont été gardés par un autre enfant de moins de 12 ans plusieurs fois par semaine.

Ensuite, 92,1% d'enfants ont été observés d'avoir une relation inappropriée avec leur accompagnant. Cette observation s'est basée sur les critères multiples, tels que la garde de l'enfant dans le champ visuel de la mère, l'interaction de la mère avec l'enfant afin de promouvoir son développement, y compris les câlins, ainsi que l'observation de fessées lors de l'entretien. Le taux élevé de cette observation est dû aux châtiments corporels et/ou réprimandes verbales que les personnes en charge d'enfant <5 ans ont exercés lors du passage des enquêteurs. Selon les données de l'EMMUS V, 29,6% des parents au département du Sud-Est pensent que la punition physique est nécessaire, voire requis dans l'instruction de l'enfant.

« Nous ne supportons pas quand les enfants pleurent. Cela nous rend tristes et nous les caressons pour leur calmer. Cependant, quand les enfants sont désobéissants, peu importe leur âge, nous les punissons en leur tapant. »

Participants au groupe de discussion, Dupuy, Thiotte

Lors des observations de l'état de propreté de l'enfant, celui-ci a été jugé intermédiaire (mains et vêtements sales mais excréments non visibles) pour 66% d'enfants. Les enfants ont été souvent trouvés déshabillés, sans chaussures, assis par terre avec le corps couvert en poussière. Selon les témoignages des personnes en charge, les enfants sont normalement lavés seulement dans la matinée. Le bain après le coucher du soleil est considéré nuisible à la santé¹⁷, pourtant les personnes en charge ne se sont pas rendues compte des risques issus de la présence de pathogènes sur le corps d'un bébé au cours de la nuit.

En principe, les enfants procurent aux parents un sentiment de bien-être et de satisfaction. Ces derniers éprouvent du plaisir à observer les enfants et ils se sentent fiers de les avoir. Ils disent qu'au niveau d'amour et d'affection, les enfants ont tous la même valeur et considération, quel que soit leur âge. Par contre, l'attention accordée à chaque enfant diminue avec chaque nouveau-né, vu que la mère doit diviser son attention entre plusieurs individus dépendants d'elle. Le plus souvent elles négligent les premiers nés pour se consacrer aux nouveaux nés (ce qui pourrait être critiques pour les enfants > 24 mois) mais la négligence peut aussi être inverse si la mère est très préoccupée par ses activités économiques dans l'espoir d'approvisionner le foyer. Dans ce cas, les enfants < 24 mois représentent le groupe le plus vulnérable.

D'ailleurs, il est aussi important de souligner que selon les résultats de l'enquête quantitative Link NCA, 64,9% des grossesses ont été classées comme non-souhaitées ou prématurées. Ce facteur pourrait également jouer sur le dévouement de la mère pour soigner son enfant, notamment dans les cas d'un manque de soutien ou d'abandon par le père de l'enfant.

Les mécanismes causaux relatifs aux pratiques de soins du nourrisson et du jeune enfant inadéquates sont décrits dans le schéma ci-dessous.



¹⁷ Dû au risque plus élevé de tomber malade (grippe, fièvre) suite au bain avec l'eau froide sans la possibilité de réchauffer le corps au soleil.

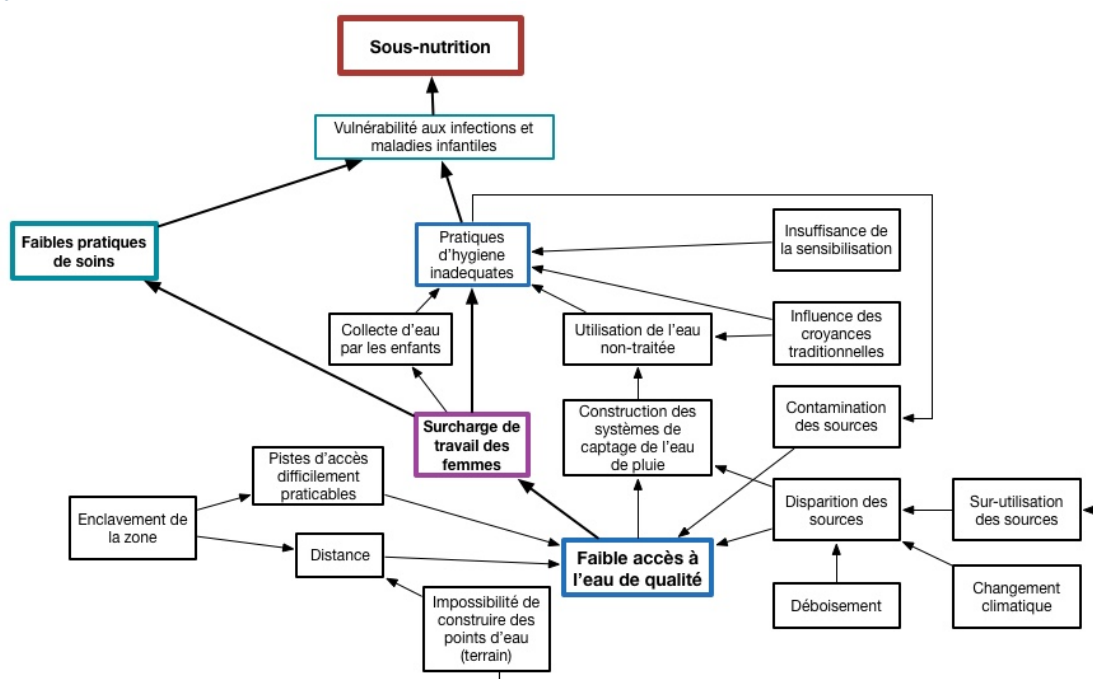


Fig. 15. Mécanismes causaux relatifs aux pratiques de soins du nourrisson et du jeune enfant inadaptées

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs au stress maternel élevé recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% DES FEMMES QUI ONT SOUHAITE D'ETRE ENCEINTES LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE (GROSSESSE SOUHAITEE)	488	35,0	28,1	42,0
% DES FEMMES QUI N'ONT PAS SOUHAITE D'ETRE ENCEINTES AU MOMENT DONNE (DERNIERE GROSSESSE PREMATUREE)	488	47,7	41,0	54,5
% DES FEMMES QUI N'ONT PAS SOUHAITE D'AVOIR PLUS D'ENFANT LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE (DERNIERE GROSSESSE NON-SOUHAITEE)	488	17,2	12,5	22,0
% ENFANTS DONT L'ACCOMPAGNANT OU UNE PERSONNE DE PLUS DE 15 ANS A JOUE AVEC, RACONTE UNE HISTOIRE OU CHANTE		71,4	61,9	80,8



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% ENFANTS AYANT ETE GARDE PAR UN AUTRE ENFANT DE MOINS DE 12 ANS LA SEMAINE PRECEDENT L'ENQUETE	695	53,0	45,8	60,1
CHAQUE JOUR		7,1	2,9	11,2
PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE	368	70,9	64,6	77,3
UNE FOIS PAR SEMAINE		22,0	17,3	26,7
OBSERVATION: PROPRETE				
% ENFANTS JUGES PROPRES (RECEMMENT CHANGES ET LAVES)	695	18,1	14,2	22,1
FILLES		19,5	14,5	24,6
GARÇONS	327	16,5	11,7	21,3
% ENFANTS DONT L'ETAT DE PROPRETE A ETE JUGE INTERMEDIAIRE (MAINS ET VETEMENTS SALES MAIS EXCREMENTS NON VISIBLES)		66,0	58,9	73,2
FILLES	369	66,9	58,5	75,4
GARÇONS		65,1	57,4	72,9
ENFANTS DONT L'ETAT DE PROPRETE A ETE JUGE TRES SALE (DES SELLES SONT VISIBLES SUR LE CORPS OU LES VETEMENTS)	695	15,8	10,1	21,5
FILLES		13,6	7,7	19,4



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
GARÇONS	327	18,3	11,1	25,6
OBSERVATION: INTERACTIONS MERE-ENFANT				
% ENFANTS AYANT UNE RELATION APPROPRIÉE AVEC LEUR ACCOMPAGNANT		0	0	0
% ENFANTS AYANT UNE RELATION MOYENNEMENT APPROPRIÉE AVEC LEUR ACCOMPAGNANT	695	7,9	5,0	10,9
% ENFANTS AYANT UNE RELATION INAPPROPRIÉE AVEC LEUR ACCOMPAGNANT		92,1	89,1	95,0

Tab. 15. Tableau 15: Indicateurs relatifs aux pratiques de soins du nourrisson et du jeune enfant inadéquates

3.10 FAIBLE ACCÈS À L'EAU

Un apport en eau de bonne qualité et en quantité suffisante est essentiel pour la santé des enfants. L'eau est le milieu idéal de développement de nombreux insectes et bactéries. L'approvisionnement en eau de mauvaise qualité peut avoir un impact négatif sur l'état nutritionnel des enfants en raison de l'exposition à des agents pathogènes, les maladies diarrhéiques étant les plus communes chez les enfants <5 ans. La contamination de l'eau peut intervenir à la source, pendant son transport, son stockage ou son utilisation. La quantité d'eau disponible est également un facteur de risque à la malnutrition car elle influe directement sur les pratiques d'hygiène et d'assainissement.



Fig. 16. Source d'eau, Baie d'Orange, Belle-Anse

Selon les données de l'enquête quantitative Link NCA, en saison sèche 32,6% de ménages ont l'accès à une source d'eau qui se situe à moins de 30 min de leur domicile. Par contre, 44,4% de ménages doivent réserver plus de 60 min pour les déplacements vers le point d'eau le plus proche pendant que pour 13,1% des ménages, ce trajet nécessite plus de 3h. Les sources d'eau les plus utilisées en saison sèche sont les sources non-protégées et les points de distribution de DINEPA.

« Il n'y a qu'une source d'eau disponible pour toute la communauté. Les gens viennent de loin pour s'y approvisionner. En saison de sèche, obtenir de l'eau fait l'objet de grosses disputes entre les membres de la communauté. On peut y passer toute une journée sans trouver de l'eau. De plus, les disputes peuvent occasionner des blessés ou des morts. Pour cela, en temps de sécheresse, ce sont les hommes qui déplacent pour collecter de l'eau. »

Participants au groupe de discussion, Dupuy, Thiotte

En saison pluvieuse, 81,8% de ménages ont accès à la source d'eau qui se situe à moins de 30 min de leur domicile. En comparaison avec la saison sèche, ce chiffre augmente considérablement grâce aux systèmes de collecte de l'eau de pluie que les ménages construisent à proximité de leurs habitations. Pour cela, seulement 8% de ménages doivent réserver plus de 60 min pour les déplacements vers le point d'eau en saison pluvieuse.

Par contre, les observations des recenseurs lors de l'enquête quantitative Link NCA mettent en évidence un risque d'utilisation de ces sources d'eau. Selon les données recueillies, seulement 13,2% de ménages ont l'accès aux systèmes de collecte des eaux de pluie qui ne présentent pas des risques d'utilisation. 44,2% de systèmes de collecte des eaux de pluie présentent un risque de contamination modérée ou sévère. D'ailleurs, lors de l'enquête qualitative il a été observé que les propriétaires et/ou utilisateurs de ces systèmes n'ont pas habitude de traiter l'eau de pluie avant son utilisation. L'eau de pluie se consomme directement et elle est également rarement traitée pour les enfants <5 ans.

« L'eau de pluie est pure. On ne le traite pas. Les bébés boivent la même eau pratiquement depuis la naissance et ainsi ils habituent aux microbes. Ceci renforce leur santé. »

Participants à la discussion informelle, Bel-Air, Belle-Anse

Pour tous les types de sources d'eau confondus, les données quantitatives Link NCA nous démontrent que 24,5% de ménages sont exposés à un risque sévère de contamination de l'eau à la source et autres 22,4% sont exposés à un risque modéré. Pourtant, le risque de contamination augmente considérablement en relation avec la gestion de l'eau pendant le transport ou le stockage

dans le ménage jusqu'à que l'eau est consommée. Il a été estimé que 81% de ménages sont à risque sévère ou modéré de contamination associée à la gestion d'eau.

« La source d'eau n'est pas bien entretenue. Des animaux défèquent aux alentours et les excréments et d'autres saletés y pénètrent par la pluie. Cela rend l'utilisation cette eau dangereuse. »

Participants à la discussion informelle, Bel-Air, Belle-Anse

« Nous avons l'accès à deux sources d'eau mais ce ne sont pas des sources améliorées. La route qui y mène est glissante et l'eau n'est pas de bonne qualité. Elle est blanche et pleine de microbes. Nous utilisons les mêmes sources pour donner à boire aux animaux. »

Participants au groupe de discussion, Fond Janette, Anse-à-Pitres

Quel que soit la source d'eau utilisée, 82% de participants à l'enquête quantitative déclarent de traiter de l'eau avec le chlore. Par contre, cette pratique n'a pas pu être confirmée dû à la non-disponibilité des produits de traitement d'eau (ex. *chlorox*, *aquatabs*) dans les ménages lors du passage des enquêteurs. 25,8% de participants admettent de ne pas traiter de l'eau du tout parce que l'eau est déjà traitée à la source.

« Les gens ne traitent pas l'eau véritablement. Avec la montée du choléra ils sont plus soucieux et certains le font, spécialement pendant la saison pluvieuse, mais il reste encore des réticents. »

Participants au groupe de discussion, Galette Marreau, Grand Gosier

La consommation journalière de l'eau par ménage a été estimée au niveau de 79,2l - ce qui représente approximativement 12l de l'eau per capita par jour¹⁸. La consommation de l'eau pour la boisson, la préparation de repas, l'hygiène personnelle et l'assainissement et ainsi conséquemment très basse et a un impact direct sur les pratiques d'hygiène et d'assainissement du ménage.

Les mécanismes causaux relatifs au faible accès à l'eau de qualité sont décrits dans le schéma ci-dessous.

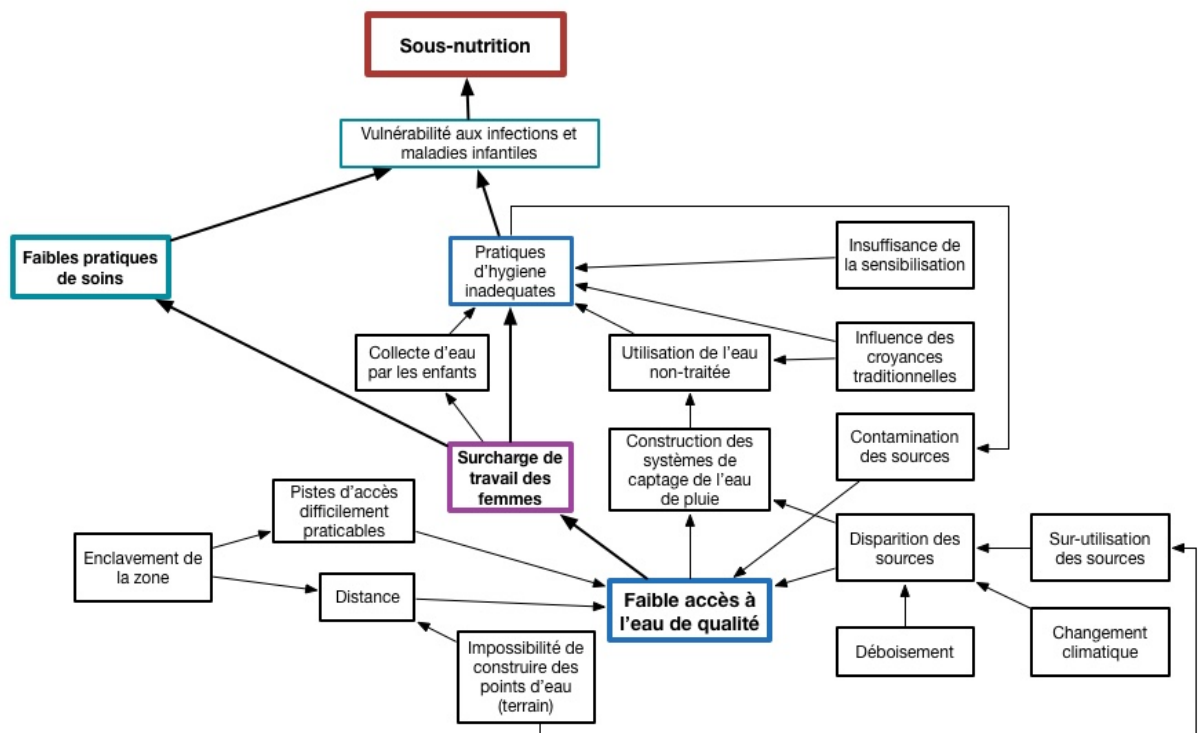


Fig. 17. Mécanismes causaux relatifs au faible accès à l'eau de qualité

¹⁸ Seuil SPHERE en situation d'urgence: 7,5 – 15 litres par jour.



Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs au stress maternel élevé recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
DISTANCE A LA SOURCE D'EAU EN SAISON SECHE				
EAU DISPONIBLE DANS LA COUR	488	3,5	0,3	6,6
EAU DISPONIBLE A < 30 MIN	488	29,1	16,9	41,3
EAU DISPONIBLE A < 60 MIN	488	23,2	14,0	32,3
EAU DISPONIBLE A < 3H	488	31,1	19,9	42,4
EAU DISPONIBLE A > 3H	488	13,1	6,8	19,4
DISTANCE A LA SOURCE D'EAU EN SAISON PLUVIEUSE				
EAU DISPONIBLE DANS LA COUR	488	45,1	32,4	57,8
EAU DISPONIBLE A < 30 MIN	488	36,7	26,3	47,1
EAU DISPONIBLE A < 60 MIN	488	10,3	5,3	15,2
EAU DISPONIBLE A < 3H	488	7,2	0	14,5
EAU DISPONIBLE A > 3H	488	0,8	0	1,8
SOURCE D'EAU EN SAISON SECHE				
EAUX SOUTERRAINES, PUIITS OUVERT, PUIITS OU FORAGE EQUIPE D'UNE POMPE A MAIN OU D'UN	488	5,1	0,6	9,7



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
SYSTEME DE POMPE MOTORISE				
SOURCE PROTEGEE	488	22,7	13,2	32,3
SYSTEME DE COLLECTE DES EAUX DE PLUIE	488	6,6	0,8	12,3
TRANSPORT D'EAU PAR CAMION-CITERNE	488	0	0	0
DISTRIBUTION PAR RESEAU	488	32,1	17,9	46,4
SOURCES NON PROTEGEE	488	33,4	20,9	45,9
SOURCE D'EAU EN SAISON PLUVIEUSE				
EAUX SOUTERRAINES, PUIS OUVERT, PUIS OU FORAGE EQUIPE D'UNE POMPE A MAIN OU D'UN SYSTEME DE POMPE MOTORISE	488	3,9	0,3	7,5
SOURCE PROTEGEE	488	11,7	5,2	18,2
SYSTEME DE COLLECTE DES EAUX DE PLUIE	488	51,6	38,6	64,7
TRANSPORT D'EAU PAR CAMION-CITERNE	488	2,3	1,2	0,5
DISTRIBUTION PAR RESEAU	488	4,0	11,4	36,6
SOURCES NON PROTEGEE	488	6,1	1,2	11,1
RISQUE DE CONTAMINATION DE L'EAU A LA SOURCE				



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% MENAGES PRESENTANT UN RISQUE SEVERE DE CONTAMINATION DE L'EAU A LA SOURCE	205	25,4	17,2	33,5
% MENAGES PRESENTANT UN RISQUE MODERE DE CONTAMINATION DE L'EAU A LA SOURCE	205	22,4	16,5	28,4
% MENAGES PRESENTANT UN RISQUE LEGER DE CONTAMINATION DE L'EAU A LA SOURCE	205	40,5	31,4	49,6
% MENAGES NE PRESENTANT AUCUN RISQUE DE CONTAMINATION DE L'EAU A LA SOURCE	205	11,7	5,4	18,0
NOMBRE MOYEN DE DEPLACEMENTS POUR LA COLLECTE D'EAU PAR JOUR	488	2,4	2,1	2,7
CONSOMMATION JOURNALIERE PAR MENAGE	488	79,2	71,1	87,2
CONSOMMATION JOURNALIERE PER CAPITA	488	11,8	10,6	13,0
CONSOMMATION JOURNALIERE PER CAPITA POUR LA BOISSON	488	1,2	0,9	1,4
CONSOMMATION JOURNALIERE PER CAPITA POUR LA PREPARATION DE REPAS	488	1,7	1,4	2,0
CONSOMMATION JOURNALIERE PER CAPITA POUR L'HYGIENE PERSONNELLE	488	3,2	2,7	3,6
CONSOMMATION JOURNALIERE PER CAPITA POUR L'ASSAINISSEMENT	488	1,9	1,4	2,3



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
TRAITEMENT DE L'EAU DE BOISSON				
AUCUN TRAITEMENT (EAU DEJA CHLOREE)	488	25,8	20,5	31,1
CHLORATION (EX. AQUA TABS)	488	82,0	77,5	83,4
EBULLITION	488	2,5	0,9	4,0
FILTRAGE A TRAVERS UN TISSU	488	0,2	0	0,6
FILTRE A L'EAU	488	2,7	1,2	4,1
DESINFECTION SOLAIRE	488	0,4	0	1,0
LAISSER REPOSER	488	1,2	0	2,5
RISQUE DE CONTAMINATION DE L'EAU				
% MENAGES PRESENTANT UN RISQUE SEVERE DE CONTAMINATION ASSOCIE A LA GESTION DE L'EAU DURING LE TRANSPORT OU DANS LE MENAGE JUSQU'A CONSOMMATION	488	44,1	34,5	53,6
% MENAGES PRESENTANT UN RISQUE MODERE DE CONTAMINATION ASSOCIE A LA GESTION DE L'EAU DURING LE TRANSPORT OU DANS LE MENAGE JUSQU'A CONSOMMATION	488	36,9	31,1	42,7
% MENAGES PRESENTANT UN RISQUE LEGER DE CONTAMINATION ASSOCIE A LA GESTION DE L'EAU DURING LE TRANSPORT OU DANS LE MENAGE JUSQU'A CONSOMMATION	488	18,2	12,6	23,9

Tab. 16. Indicateurs relatifs au faible accès à l'eau de qualité



3.11 FAIBLE ACCES A L'EAU POUR L'EXPLOITATION AGRICOLE ET PASTORALE

La grande majorité des sources de revenus des communautés dépend des productions agricole, maraîchère et pastorale. Lors de notre enquête qualitative, les communautés nous ont expliqué que ces sources de revenu étaient intrinsèquement dépendantes de la pluviométrie : les faibles pluies affectent directement les quantités des cultures cultivées pendant que les fortes pluies les détruisent et impactent les capacités du ménage de planter la saison suivante (par manque de semences).

Lors de l'enquête qualitative Link NCA les participants ont témoigné qu'entre 2013 et 2015, la zone d'étude a souffert d'une sécheresse qui a duré deux ans. Les terres ne pouvaient pas être cultivées et les animaux ont péri de soif. Les mêmes tendances sont ressorties lors de l'enquête quantitative, pendant laquelle 44,2% de ménages ont déclaré d'avoir subi un choc à cause de la faible pluviométrie entre juin 2016 et janvier 2017.

D'ailleurs, la population ne distingue pas entre les sources d'eau pour la consommation humaine et l'exploitation agricole et pastorale. L'abreuvement des bêtes se fait 2 à 3 fois par semaine, directement à la source. Avec une exception de quelques localités dans la commune de Thiotte, les systèmes d'irrigation n'existent pas et l'arrosage manuel n'est pas pratiqué.

« Nous n'utilisons pas l'eau de la source pour arroser les jardins. On attend la pluie pour les arroser. On utilise l'eau de la source seulement pour la consommation du ménage ou pour les animaux. »

Participants au groupe de discussion, Galette Marreau, Grand Gosier



Les mécanismes causaux relatifs au faible accès à l'eau pour l'exploitation agricole et pastorale sont décrits dans le schéma ci-dessous.

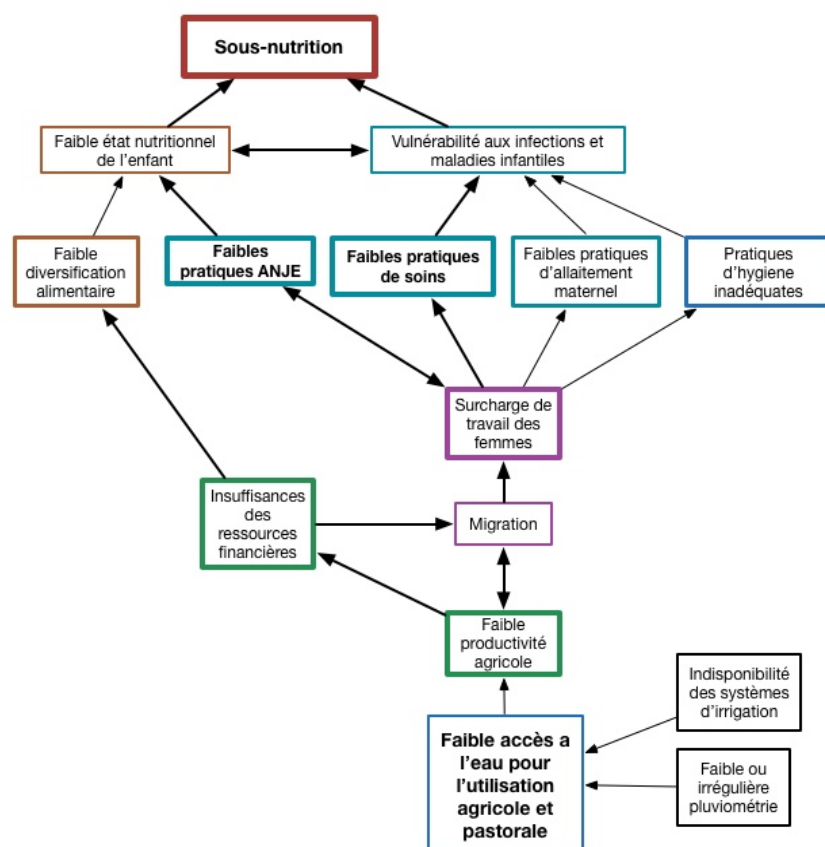


Fig. 18. Mécanismes causaux relatifs au faible accès à l'eau pour l'utilisation agricole et pastorale

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs au faible accès à l'eau pour l'utilisation agricole et pastorale recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
CHOCs PENDANT 6 DERNIERS MOIS				
% MENAGES AYANT SUBI UN CHOC AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS	468	92,3	87,8	96,9
% MENAGES AYANT SUBI UNE FAIBLE PLUVIOMETRIE/SECHERESSE	432	44,2	31,4	57,0
IMPACT MOYEN	191	3,8	3,6	4,0

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% MENAGES AYANT SUBI DES INONDATIONS	432	65,3	53,0	77,5
IMPACT MOYEN	191	3,8		

Tab. 17. Indicateurs relatifs au faible accès à l'eau pour l'utilisation agricole et pastorale

3.12 PRATIQUES D'HYGIÈNE ET D'ASSAINISSEMENT INADÉQUATES



De nombreuses études montrent que l'eau, les pratiques d'hygiène et d'assainissement sont des déterminants importants de l'état de santé et nutritionnel des enfants. Le manque d'assainissement et d'hygiène a des répercussions négatives sur l'état nutritionnel des enfants, par l'exposition aux agents pathogènes vecteurs de maladies (notamment les maladies de type fécal-oral). L'OMS estime que 50% de la malnutrition est associée aux diarrhées fréquentes ou aux infections intestinales répétées résultants d'une eau insalubre, d'un assainissement inadapté ou de mesures d'hygiène insuffisantes.

Les excréments représentent l'origine majeure des maladies diarrhéiques. Les principaux moyens pour réduire ce type de transmission fécal-oral sont d'améliorer le dépôt des excréments humains grâce à des latrines ou toilettes à fosse correctement recouvertes, l'isolation des sources de contamination animale, l'isolation et la protection de la nourriture, et les pratiques de lavage des mains avec du savon.

Fig. 19. Lieu de défécation typique, Fond Janette, Anse-à-Pitres

Pratiques d'assainissement

Selon les données recueillies lors de l'enquête quantitative Link NCA, 47,7% de ménages ont accès aux installations sanitaires et 76,7% d'entre eux ont accès aux installations sanitaires améliorées. Ces chiffres sont comparables aux autres études dans la zone. Par contre, selon les observations des

enquêteurs, aucune de ces installations ne représente des installations sanitaires sûres, c'est-à-dire des installations qui ne présentent des risques d'utilisation.

Une absence quasi-totale d'installations sanitaires dans certaines zones peut être expliquée par l'attentisme des membres de la communauté qui attendent des interventions de l'État et/ou des organisations non-gouvernementales à cet égard. Ils justifient leur attitude par un manque de moyens financiers pour construire une latrine mais, en effet, il s'agit plutôt de la priorisation d'un système de collecte des eaux de pluie qui absorbe les ressources financières disponibles.

En d'autres mots, l'eau domine les besoins familiaux, la construction d'une latrine est donc mise sur la liste d'attente. Entre temps, les ménages défèquent à l'air libre ou dans un trou, souvent localisé à l'extrémité de leur parcelle, approximativement à 20-30 mètres de la maison principale. Généralement, le lieu de défécation ne dispose pas d'une station de lavage de mains ni des matériaux pour le nettoyage de l'anus.

En ce qui concerne la gestion des selles d'enfants, les données quantitatives Link NCA démontrent que les selles ont été gérées de manière appropriée pour seulement 40,3% d'enfants de 0-23 mois. En comparaison avec les résultats de l'EMMUS V, on observe une diminution des bonnes pratiques de gestion des selles par 24,6%. Dans la majorité des cas, les mères jettent des excréments dans la cour ou les rincent avec de l'eau qui est ensuite jetée sur la parcelle. Le risque de contamination est ainsi élevé.



Fig. 20. Etat d'assainissement de la cour typique, Fond Janette, Anse-à-Pitres

Le même constat est applicable pour la gestion de l'excréta animale. Selon les données quantitatives Link NCA la présence de l'excréta humain ou animale dans la cour ou dans sa proximité a été observé dans 42,5% ménages. Les participants à l'étude qualitative ont admis que certains animaux, tels que les chiens ou les chats, ont l'accès direct à la maison ; les autres vivent dans la cour – pas nécessairement isolés des lieux les plus fréquentés par les membres du ménage.

Lors de l'observation participante dans la localité de Ginen dans la commune de Thiotte, un cochon a été observé en train de boire de l'eau d'un seau à 2 m de lieu de préparation de repas. Préparant un

repas du soir, la femme a utilisé la même eau pour la cuisson des haricots et le nettoyage d'une casserole. L'enfant de <1an a été assis par terre, déshabillé, tout près de sa mère.

Pratiques d'hygiène

La plupart des diarrhées endémiques ne sont pas liées à la transmission par l'eau d'agents pathogènes, mais plutôt par la transmission d'agents pathogènes de personne à personne par manque d'hygiène. Si les mains ne sont pas correctement lavées avec de l'eau, des cendres ou du savon après un contact avec des excréments, elles deviennent une voie importante de transmission des maladies.

D'après les résultats de l'enquête quantitative Link NCA, 65% de femmes en charge d'enfant de <5ans ont rapporté ou montré des pratiques inappropriées de lavage de mains. Entre eux, seulement 29,3% des femmes se lavent des mains avant d'allaiter et 41,2% se lavent des mains après avoir changé l'enfant. Le lavage de mains est plus courant avant le repas (61,9%) et après avoir utilisé les toilettes (85%). Par contre, vu l'absence générale d'une station de lavage de mains dans la proximité de lieu de défécation, ceci n'a pas pu être confirmé. Par contre, lors de l'étude qualitative les participants ont avoué que leurs pratiques d'hygiène ont légèrement améliorées à cause de la montée du choléra. Les gens se disent plus soucieux de se laver de mains pour éviter des maladies. Le lavage de mains des enfants n'est pas pourtant une pratique courante.

Hygiène alimentaire

La contamination des aliments est un facteur de risque supplémentaire à la sous-nutrition. La nourriture entreposée à température ambiante, non protégée, et la manipulation des aliments et ustensiles avec des mains non lavées, sont des pratiques particulièrement à risque. Les bactéries pathogènes peuvent se multiplier dans la nourriture, notamment dans un environnement chaud et humide.



Les résultats de l'enquête quantitative Link NCA montrent que dans 48% de ménages des ustensiles ou restes alimentaires ont été observés non-couverts ou sur le sol. Vu l'arrangement typique des cuisines extérieures qui sont presque exclusivement utilisées pour la préparation de repas dans la zone d'étude, ce taux n'est pas particulièrement choquant. Par contre, ceci contribue davantage à un risque de contamination élevé dû à la non-observation des autres bonnes pratiques, telles que le lavage de mains.

Fig. 21. Photo 5: Cuisine extérieure typique, Fond Janette, Anse-à-Pitres

« Nous achetons des petites quantités des aliments parce qu'on n'a pas réellement des moyens de les bien conserver. Normalement, on les place dans les seaux. Les plats cuits sont placés sur la table sous les couvre-plats. Ils gâtent rapidement sous la chaleur ; parfois ce sont des rats ou des insectes qui les attaquent. »

Participants au groupe de discussion, Dupuy, Thiotte

Les mécanismes causaux relatifs aux pratiques d'hygiène et d'assainissement inadéquates sont décrits dans le schéma ci-dessous.

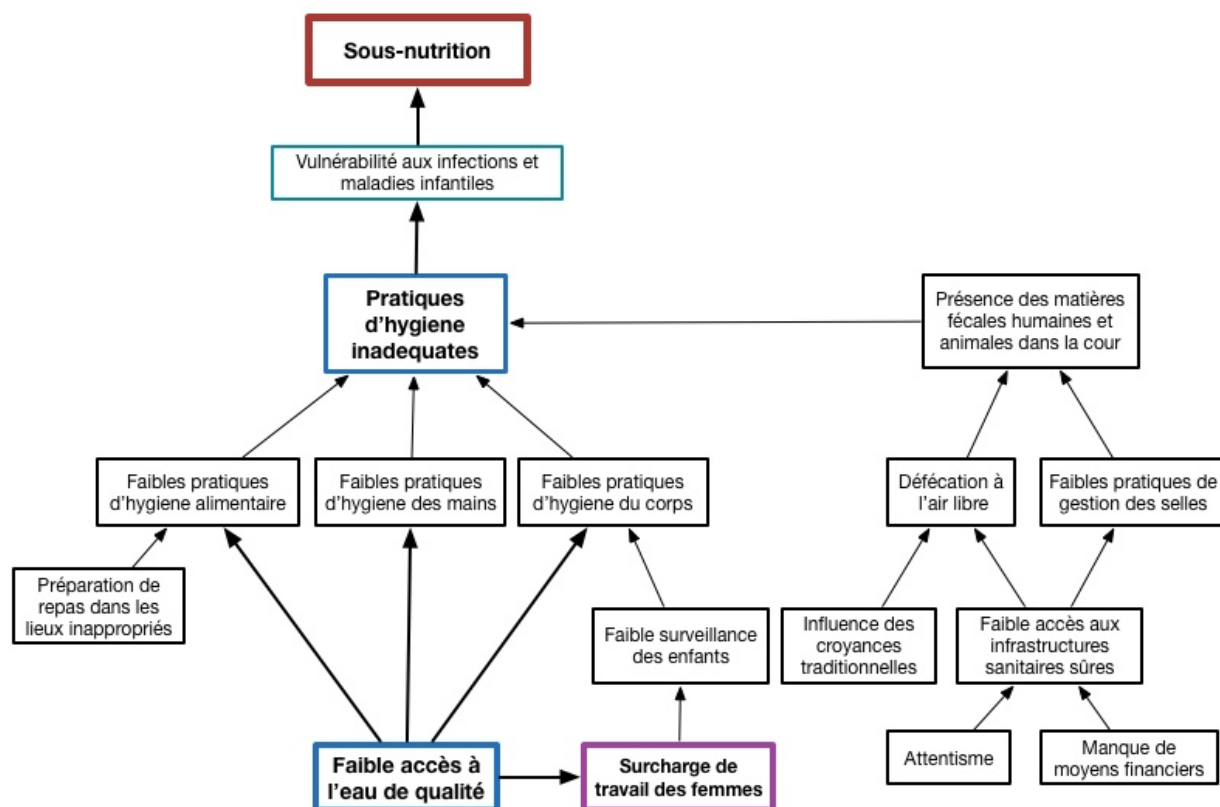


Fig. 22. Mécanismes causaux relatifs aux pratiques d'hygiène et d'assainissement inadéquates

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs aux pratiques d'hygiène et d'assainissement inadéquates recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
ACCES AUX INSTALLATIONS SANITAIRES				
% MENAGES AYANT L'ACCES AUX INSTALLATIONS SANITAIRES	468	47,7	38,0	57,3
% MENAGES AYANT L'ACCES AUX INSTALLATIONS SANITAIRES AMELIOREES	223	76,7	68,9	84,4
OBSERVATIONS: INSTALLATIONS SANITAIRES				



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% MENAGES AYANT L'ACCES AUX INSTALLATIONS SANITAIRES QUI NE PRESENTENT PAS DES RISQUES D'UTILISATION (« INSTALLATIONS SURES »)	223	0	0	0
OBSERVATIONS: DECHETS				
% MENAGES OU L'EXCRETA HUMAIN ET/OU ANIMALE ETAIT OBSERVE DANS LA COUR, LIEU DE JEUX OU VOISINAGE	468	42,5	34,3	50,8
LAVAGE DES MAINS				
% DE FEMMES QUI RAPPORTE ET MONTRENT DES PRATIQUES APPROPRIEES DE LAVAGES DE MAINS	488	35,0	29,9	46,1
% DE FEMMES QUI RAPPORTE ET MONTRENT DES PRATIQUES INAPPROPRIEES DE LAVAGES DE MAINS	488	65,0	53,9	76,1
PRESENCE DU SAVON				
% DE MENAGES QUI POSSEDAIT DU SAVON AU MOMENT DE L'ENQUETE	488	60,9	52,8	68,9
HYGIENE ALIMENTAIRE				
% DE MENAGES OU DES USTENSILES ET RESTES ALIMENTAIRES SONT OBSERVES NON COUVERTS OU SUR LE SOL	488	48,0	40,3	55,6

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
GESTION DES SELLES				
% ENFANTS 0-23 MOIS DONT LES DES SELLES ONT ETE GEREES DE MANIERE APPROPRIEE	695	40,3	35,7	44,9

Tab. 18. Indicateurs relatifs aux pratiques d'hygiène et d'assainissement inadéquates

3.13 FAIBLE PRODUCTIVITÉ AGRICOLE

Dans la zone d'étude, les ménages sont largement dépendants des activités agricoles pour leur subsistance. Selon les résultats de l'enquête quantitative Link NCA, 88,5% de ménages ont pratiqué l'agriculture pendant 12 derniers mois. Par contre, 69,3% de ces ménages ne vendent pas leur récolte parce que le rendement n'est pas suffisamment volumineux ou même inexistant vu les chocs récurrents dans la zone.

« Toute la récolte est consommée à la maison, surtout dans les cas où la récolte est mince. Si la récolte est plus abondante, elle est vendue immédiatement et l'argent est utilisé pour payer l'écolage, acheter des semences, acheter des vêtements et des chaussures pour la famille. »

Participants au groupe de discussion, Fond Janette, Anse-à-Pitres

Selon les témoignages des participants à l'enquête quantitative Link NCA, 92,3% de ménages ont subi un choc au cours de derniers 6 mois précédant l'enquête. Étant donné que le mois d'Octobre 2016 a été marqué par le passage d'un violent cyclone Matthew, 65,3% de ménages confirment d'avoir fait face aux inondations qui ont détruit leurs champs. La faible pluviométrie ou la sécheresse - qui a provoqué un arrêt temporaire des activités agricoles dans la zone d'étude pendant deux ans entre 2013 et 2015 - a été mentionné comme le deuxième choc le plus important par 44,2% de ménages. Ensuite, approximativement 38% de ménages ont aussi déclaré avoir subi une hausse des prix des produits alimentaires, une maladie ou un décès d'un chef de ménage ou les maladies des cultures. Entre eux, le scolyte, le pichon ou les *mayokas* ont été le plus souvent mentionné par les participants à l'enquête qualitative. L'utilisation des produits de protection contre les maladies de cultures n'est pas du tout répandue dû au coût élevé de ces produits. L'utilisation des fumiers et des engrais chimiques est plus courante mais elle n'est pas appliquée de manière systématique. D'autres pratiques, comme la rotation de cultures ou le repos de terres, sont conditionnées par la disponibilité des terres cultivables.

« Nous ne pratiquons pas la rotation de cultures ni ne laissons pas les terres se reposer. Nous n'avons pas assez de terre pour une telle pratique. Seulement ceux qui ont beaucoup de terre peuvent laisser reposer une partie et cultiver une autre partie. »



Participants au groupe de discussion, Fond Janette, Anse-à-Pitres

En effet, la taille moyenne des parcelles cultivées est 4601,42 m² qui correspond approximativement à 36 centièmes¹⁹ de terre. Selon certaines estimations, une famille de 4 personnes a besoin approximativement un hectare ou 10000 m² afin de rendre une famille autonome. Ainsi, la taille moyenne dans la zone d'étude n'est pas seulement insuffisante du point de vue de l'autonomie nutritionnelle (y compris la considération de la taille du ménage de 6,6 personnes) mais aussi du point de vue de ses capacités génératrices de revenu. Ceci est confirmé par l'indicateur MAHFP selon lequel 97,3% de ménages ont souffert d'un manque de nourriture pour satisfaire les besoins de leurs familles durant les derniers 12 mois. D'ailleurs, la moitié des ménages acquiert leur parcelle par l'achat, la location (« *demwatye*²⁰ ») ou l'hypothèque - ce qui représentent les dépenses additionnelles du ménage et ainsi une barrière financière à l'accès aux terres cultivables.

Dans la zone d'étude, 89,1% de ménages qui ont pratiqué l'agriculture pendant les derniers 12 mois ont planté les céréales (maïs), 79,7% ont planté les haricots et les tubercules n'ont pas été plantés que par 37,7% de ménages. La culture du café, « *l'or du Sud-Est* », qui était dans le passé la principale source de revenu de la population, n'est pas pratiquée que par 6,3% de ménages, particulièrement dû aux maladies de cultures qui ont dévasté les caféiers.

En ce qui concerne le rendement réel des cultures plantées, les témoignages des participants à l'enquête quantitative démontrent le rendement positif seulement dans le cas des céréales. En moyenne, pour trois marmites du maïs plantées, les ménages ont pu récolter 9 marmites. Malgré la productivité de cette culture, sa rentabilité reste en question. Les participants à l'enquête qualitative ont expliqué que le prix d'une marmite de maïs peut s'élever à 30 HTG pendant la période de semis mais il tombe à 15 HTG pendant la période de récolte. Ainsi, les ménages peuvent quasiment récupérer leur investissement pour les semences mais ne gagnent pratiquement rien pour couvrir leurs autres besoins.

Le ratio est encore moins avantageux dans le cas des haricots qui se vendent à 80 HTG pendant la période de semis et à 25 HTG pendant la récolte. La situation s'aggrave davantage dû à la faible productivité des haricots. Selon les estimations des cultivateurs, ils plantent moyennement 7,1 marmites des haricots pour 6,3 marmites récoltées. En autres mots, la perte se présente non seulement dans la quantité de culture plantée mais aussi dans sa rentabilité financière vu l'évolution du prix sur le marché. Dans le cas des tubercules et du café, les pertes ont un effet liquidatrice. Selon les estimations des cultivateurs, ils plantent moyennement 307,5 plantules des tubercules ou 481,6 plantules du café pour en récolter seulement 106,7 ou 77,2 unités, respectivement.

Les mécanismes causaux relatifs à la faible productivité agricole sont décrits dans le schéma ci-dessous.



¹⁹ 1 centième = 129 m²

²⁰ Le propriétaire permet au locataire de cultiver ses terres en échange pour 50% de la récolte (« *deux moitiés* »). Dans quelques localités, la proportion était 40 vs. 60% en faveur du locataire.

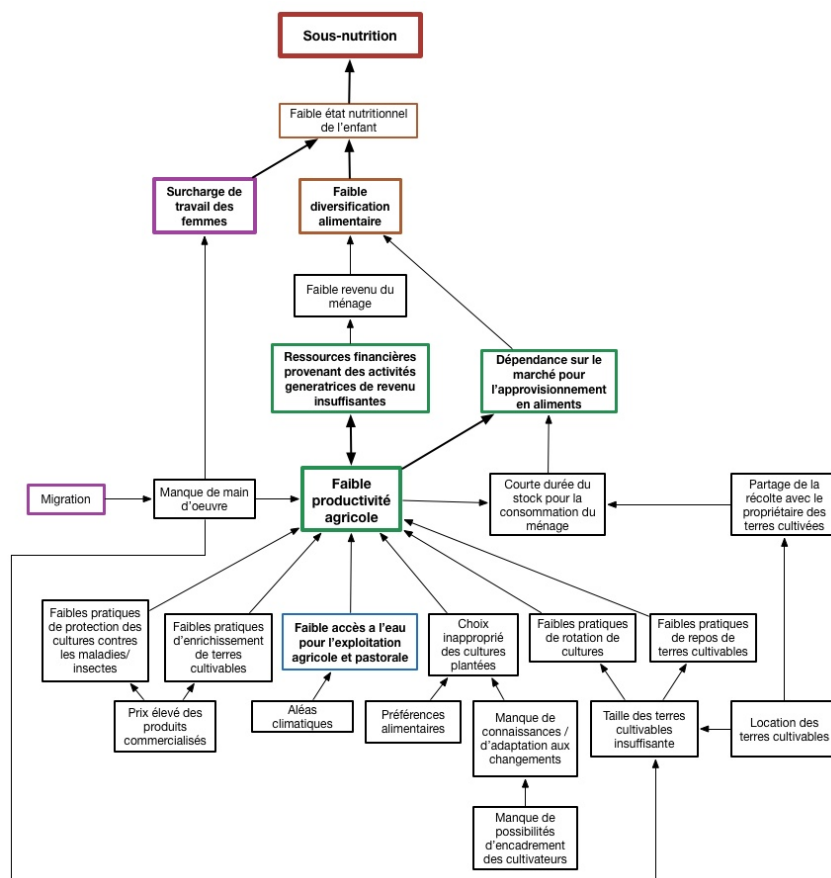


Fig. 23. Mécanismes causaux relatifs à la faible productivité agricole

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs à la faible productivité agricole recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
AGRICULTURE PENDANT 12 DERNIERS MOIS				
% MENAGES QUI ONT PRATIQUE L'AGRICULTURE PENDANT 12 DERNIERS MOIS	468	88,5	84,8	92,2
% MENAGES QUI NE VENDENT LEUR RECOLTE DU TOUT (0% DE LA RECOLTE DESTINEE A LA VENTE)	414	69,3		
% MENAGES QUI VENDENT <25% DE LEUR RECOLTE	414	13,3		



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% MENAGES QUI VENDENT 25% - 50% DE LEUR RECOLTE	414	11,6		
% MENAGES QUI VENDENT 50 - 75% DE LEUR RECOLTE	414	2,2		
% MENAGES QUI VENDENT >75% DE LEUR RECOLTE	414	3,1		
DUREE MOYENNE (EN MOIS) DES STOCKS DESTINES A LA CONSOMMATION DU MENAGE	414	1,65		
TAILLE MOYENNE DES PARCELLES CULTIVEES	414	4601,42 m ²		
% MENAGES QUI ONT HERITE LEUR PARCELLE	414	49,5	41,2	57,8
% MENAGES QUI ONT ACHETE LEUR PARCELLE	414	16,2	9,5	22,8
% MENAGES QUI ONT LOUE LEUR PARCELLE (DEMWATYE)	414	21,5	15,5	27,5
% MENAGES QUI ONT HYPOTHEQUE LEUR PARCELLE	414	10,1	7,0	13,2
% MENAGES QUI ONT REÇU LEUR PARCELLE COMME DON	414	2,7	0,0	5,4
CULTURES PLANTEES				
% MENAGES QUI ONT PLANTE DES CEREALES	414	89,1	83,9	94,4



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
QUANTITE MOYENNE DES CEREALES PLANTEES	369	3,2	2,4	4,0
RENDEMENT MOYEN DE LA RECOLTE	369	9,0	5,7	12,3
% MENAGES QUI ONT PLANTE DES HARICOTS	414	79,7	72,7	86,7
QUANTITE MOYENNE DES HARICOTS PLANTEES	330	7,1	5,6	8,5
RENDEMENT MOYEN DE LA RECOLTE	330	6,3	0,2	12,4
% MENAGES QUI ONT PLANTE DES TUBERCULES	414	37,7	28,7	46,7
QUANTITE MOYENNE DES TUBERCULES PLANTEES	156	307,5	151,8	463,3
RENDEMENT MOYEN DE LA RECOLTE	156	106,7	1,3	212,2
% MENAGES QUI ONT PLANTE DES LEGUMES	414	18,8	7,5	30,2
QUANTITE MOYENNE DES LEGUMES PLANTEES	78	164,7		
RENDEMENT MOYEN DE LA RECOLTE	78	863,4		
% MENAGES QUI ONT PLANTE DU CAFE	414	6,3	1,9	10,7
QUANTITE MOYENNE DU CAFE PLANTE	26	481,6		
RENDEMENT MOYEN DE LA RECOLTE	26	77,2		
CHOCS PENDANT 6 DERNIERS MOIS				



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% MENAGES AYANT SUBI UN CHOC AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS	468	92,3	87,8	96,9
% MENAGES AYANT SUBI DES ATTAQUES D'OISEAUX	432	6,3	1,9	10,7
IMPACT MOYEN	37	3,2		
% MENAGES AYANT SUBI DES INVASIONS DES CRIQUETS	432	10,0	4,2	15,7
IMPACT MOYEN	43	3,0		
% MENAGES AYANT SUBI DES INVASIONS DES CHENILLES	432	22,7	15,4	30,0
IMPACT MOYEN	98	3,1	2,9	3,3
% MENAGES AYANT SUBI DES MALADIES DES CULTURES	432	38,2	30,8	45,5
IMPACT MOYEN	165	3,6	3,4	3,8
% MENAGES AYANT SUBI DES PERTES DES STOCKS	432	33,3	21,6	45,0
IMPACT MOYEN	144	4,1		
% MENAGES AYANT SUBI UNE FAIBLE PLUVIOMETRIE/SECHERESSE	432	44,2	31,4	57,0
IMPACT MOYEN	191	3,8	3,6	4,0
% MENAGES AYANT SUBI DES INONDATIONS	432	65,3	53,0	77,5



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
IMPACT MOYEN	191	3,8		
% MENAGES AYANT SUBI DES PERTES DE BETAIL (EPIZOOTIES)	432	29,6	23,8	35,4
IMPACT MOYEN	128	3,6		
% MENAGES AYANT SUBI DES PERTES DE BETAIL (VOL)	432	29,6	23,8	35,4
IMPACT MOYEN	59	3,1		
% MENAGES AYANT SUBI UNE HAUSSE DES PRODUITS ALIMENTAIRES DE BASE	432	38,7	28,8	48,5
IMPACT MOYEN	167	4,1		
% MENAGES AYANT SUBI UNE MALADIE/DECES DU CHEF DU MENAGE OU D'UN MEMBRE IMPORTANT	432	38,4	31,7	45,1
IMPACT MOYEN	166	3,8		
MAHFP	488	8,6	8,1	9,0
% MENAGES AYANT SOUFFERT D'UN MANQUE DE NOURRITURE POUR SATISFAIRE LES BESOINS DE LEUR FAMILLE DURANT LES 12 DERNIERS MOIS	488	97,3	95,6	99,1
NOMBRE MOYEN DE MOIS PENDANT LESQUELS LES MENAGES ONT SOUFFERT D'UN MANQUE DE NOURRITURE DURANT LES 12 MOIS QUI ONT	488	3,4	3,0	3,9



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
PRECEDES L'ENQUETE				

Tab. 19. Indicateurs relatifs à la faible productivité agricole

3.14 FORTE DEPENDANCE POUR L'APPROVISIONNEMENT EN ALIMENTS SUR LES MARCHES

La baisse de la production agricole, provoqué (entre autres) par la libéralisation du marché haïtien ainsi que les changements climatiques, conduit à une dépendance sur les marchés pour l'approvisionnement en aliments, souvent provenant de l'extérieur du pays. Ainsi, les populations sont exposées aux influences externes telles que les spéculations, les perturbations de l'offre et les fluctuations des prix. En conséquence, ces facteurs accroissent davantage la vulnérabilité des populations, déjà déployant une variété des stratégies de survie pour pouvoir satisfaire leurs besoins nutritionnels.

Selon les données recueillies lors de l'enquête quantitative 96,9% de ménages s'approvisionnent en aliments sur les marchés. L'agriculture étant une activité de source de revenu importante, 78,7% de ménages déclarent d'utiliser leur propre production pour nourrir les familles. Par contre, il est important de souligner que le stock réservé à la consommation du ménage ne dure moyennement que 1,7 mois. La dépendance pour l'approvisionnement en aliments sur les marchés est ainsi encore plus évidente.

A part de la faible productivité agricole, des autres facteurs importants jouent sur la dépendance sur les marchés pour l'approvisionnement en aliments, par exemple les préférences alimentaires du ménage – qui englobent à la fois la préférence de certains aliments (ex. riz) qui n'est pas produit par le ménage vis-à-vis les produits de leur propre production ainsi que la préférence des produits importés vis-à-vis la production locale/nationale. Cette mentalité prend ses racines dans la survalorisation des produits importés comme « à la mode, modernes », couplée avec le prix élevé – et peu abordable par les ménages au Sud-Est - des produits nationaux. Un facteur contribuant à l'achat des produits moins coûteux pourrait être décrit comme une préférence de quantité vs. qualité dans les repas servis aux membres de ménages. En autres mots, il est jugé plus important de servir un grand repas, même si peu équilibré ou varié, plutôt que servir un petit repas de qualité.

Les mécanismes causaux relatifs au faible niveau d'éducation des parents sont décrits dans le schéma ci-dessous.

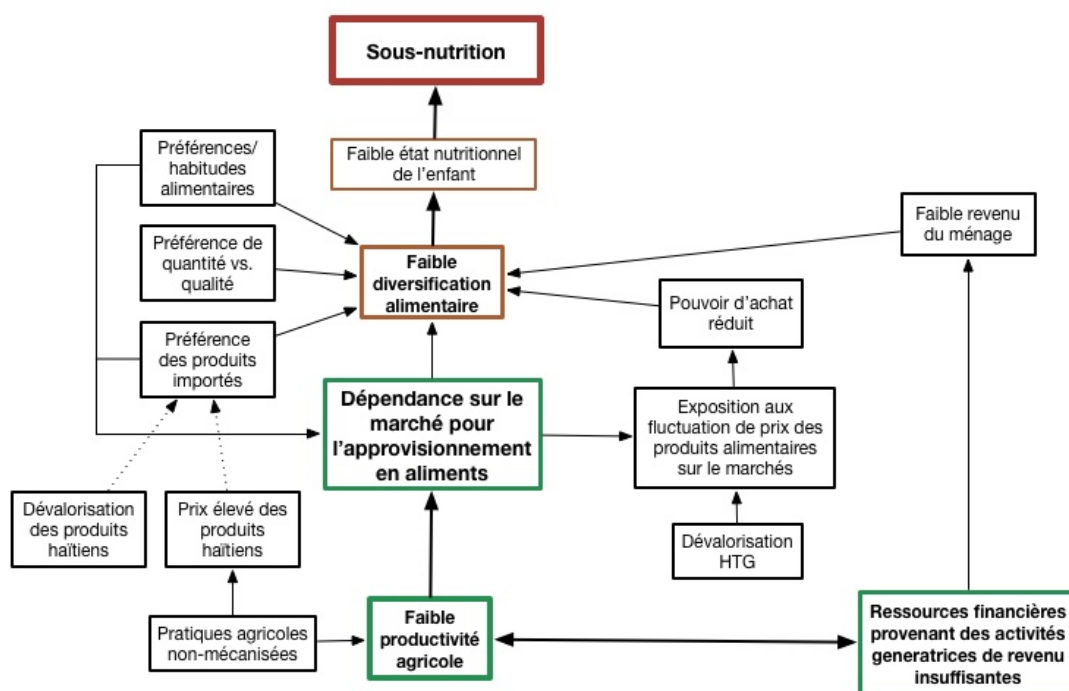


Fig. 24. Mécanismes causaux relatifs à la forte dépendance sur le marché pour l'approvisionnement en aliments

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs à la forte dépendance sur les marchés pour l'approvisionnement en aliments.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
ORIGINE DES PRODUITS ALIMENTAIRES CONSOMMÉS				
MARCHE	488	96,9		
PROPRE PRODUCTION	488	78,7		
AMIS/FAMILLE	488	21,5		
ECHANGE OU TROC	488	5,1		
RECOLTE DANS LA NATURE/CHASSE	488	13,5		
ASSISTANCE HUMANITAIRE	488	0,8		

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
PRET	488	7,6		

Tab. 20. Indicateurs relatifs à la forte dépendance sur les marchés pour l'approvisionnement en aliments

3.15 FORTE DEPENDANCE SUR LES TRANSFERTS MONETAIRES PROVENANT DE LA DIASPORA

D'année en année, le montant des transferts privés effectués par la diaspora haïtienne en faveur de leur proche en Haïti ne cesse de s'accroître. Plus de 100 millions USD sont insérés via la diaspora dans l'économie haïtienne sur une base mensuelle. Selon CFSVA (2007) le Sud-Est concentrait 38,2% de ces entrées, représentant 46% de revenu total des ménages. Par contre, vu la poursuite des travailleurs haïtiens par le gouvernement dominicain, même leur expulsion du pays, ainsi que la détérioration de la situation économique dans les autres pays d'Amérique latine (par ex. Brésil) la zone étudiée fait face à la baisse des transferts monétaires provenant de leurs proches à l'étranger qui ont précédemment comblé leurs besoins nutritionnels ou scolaires.

Selon les données recueillies lors de l'enquête quantitative Link NCA, seulement 17,3% de ménages ont admis de recevoir des transferts locaux ou étrangers pour couvrir leurs besoins familiaux. De ces ménages, 34,6% reçoit des transferts monétaires chaque mois et 35,8% reçoit des transferts 1-2 fois par année. La valeur moyenne des transferts s'élève à 2375,9 HTG, c'est-à-dire 62,5% du revenu moyen mensuel.

La majorité de ménages recevant cette aide extérieure déclare les utiliser pour l'achat des produits alimentaires (90,1%) ou non-alimentaires (70,4%) ainsi que pour le remboursement des dettes (60,5%). Seulement 43,2% utilisent ses ressources pour payer les frais d'écolage de leurs enfants.

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs à la dépendance sur les transferts monétaires provenant de la diaspora.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
RECEPTION DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS				
% MENAGES RECEVANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR COUVRIR LEURS BESOINS FAMILIAUX	468	17,3	13,0	21,6



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% MENAGES RECEVANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS EN CAS DE BESOIN	81	16,0	9,8	22,3
% MENAGES RECEVANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS CHAQUE MOIS	81	34,6	21,6	47,5
% MENAGES RECEVANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS CHAQUE 3 MOIS	81	13,6	5,6	21,5
% MENAGES RECEVANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS 1-2 FOIS PAR ANNEE	81	35,8	23,8	47,9
VALEUR MOYENNE (EN HTG) DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS REÇUS	81	2375,9	1700,6	3051,3
UTILISATION DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS				
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR L'ACHAT DE LA NOURRITURE	81	90,1	83,2	97,1
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR L'ACHAT DES PRODUITS NON-ALIMENTAIRES	81	70,4	59,0	81,8
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR L'ACHAT DES ANIMAUX	81	17,3	8,1	26,5
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR L'ACHAT DE LA MAISON/TERRE	81	0	0	0
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR LA LOCATION DE LA MAISON/TERRE	81	0	0	0

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR LA SCOLARISATION DES ENFANTS	81	43,2	30,6	55,8
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR LES DEPENSES DE SANTE	81	38,3	27,6	49,0
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR LE REMBOURSEMENT DES DETTES	81	60,5	48,8	72,2
% MENAGES DEPOSANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS SUR LEUR CARNET DE BANQUE	81	2,5	1,0	6,0
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR PARTICIPER AU SOL	81	12,3	4,5	20,2

Tab. 21. Indicateurs relatifs à la dépendance sur les transferts monétaires provenant de la diaspora

3.16 RESSOURCES FINANCIERES PROVENANT DES ACTIVITES GENERATRICES DE REVENU INSUFFISANTES

La production agricole constitue la source de revenu prédominante de ménages dans la zone d'étude. 36,3% de ménages gagnent leur vie principalement par la vente des produits issus de leurs champs ; pour autres 15,3% de ménages la vente des produits agricoles représente une source de revenu secondaire. Vu la faible productivité agricole, le volume des ressources financières provenant de cette activité génératrice de revenu risque d'être peu approprié pour couvrir les besoins familiaux de ménages concernés. Selon les résultats de l'enquête quantitative Link NCA le revenu moyen mensuel est estimé à 3800 HTG, c'est-à-dire au-dessous du moyen mensuel national de 2001²¹ qui a été estimé à 5462 HTG. Ceci explique la répartition des dépenses du ménage qui priorise surtout les dépenses alimentaires avant toutes autres dépenses. Lors des exercices participatifs pendant la collecte de données qualitatives, 50% de revenu du ménage est consacré à l'achat des aliments pendant que l'achat de céréales représente un quart de toutes les dépenses.



²¹ ECVH 2001.



Fig. 25. Photo : Résultats de l'exercice participatif sur la répartition des dépenses du ménage, Galette Marreau, Grand Gosier

Malgré cette priorisation de dépenses favorisant les apports nutritionnels du ménage, selon l'indice domestique de la faim (HHS), 33,8% de ménages souffrent de faim sévère pendant que autres 51,6% de ménages souffrent de faim modérée. La comparaison de résultats entre EMMUS V et l'enquête quantitative Link NCA montrent une augmentation considérable des réponses positives aux questions composantes de l'indicateur HHS - qui, par conséquent, témoigne une détérioration de la situation de la sécurité alimentaire de ménages dans la zone.

	HHS Q1	EMMUS V	HHS Q2	EMMUS V	HHS Q3	EMMUS V
Souvent	39,6% (N=167)	24,20%	36,1% (N=153)	18,60%	27,7% (N=66)	6,80%
Parfois	50,7% (N=214)	41,40%	54,0% (N=229)	44,70%	54,6% (N=130)	20,90%
Rarement	9,7% (N=41)		9,9% (N=42)		17,6% (N=42)	

Fig. 26. Evolution des tendances HHS entre EMMUS V et Link NCA

La détérioration de la situation de la sécurité alimentaire de ménages mène naturellement à l'application de stratégies d'adaptation. Selon les résultats de l'enquête quantitative, la totalité de ménages dans la zone d'étude les a appliqué au cours de la semaine précédente l'enquête. 67,9% de ménages admettent d'appliquer les stratégies d'adaptation au moins 3 fois par semaine pendant que 21,7% de ménages limitent la consommation des aliments par les adultes en faveur de jeunes enfants, ce qui représente la stratégie d'adaptation la plus sévère. Ce chiffre correspond à peu près au pourcentage de ménages utilisant des stratégies d'adaptation au moins 5 fois par semaine.

Les mécanismes causaux relatifs à l'insuffisance des ressources financières provenant des activités génératrices de revenu sont décrits dans le schéma ci-dessous.

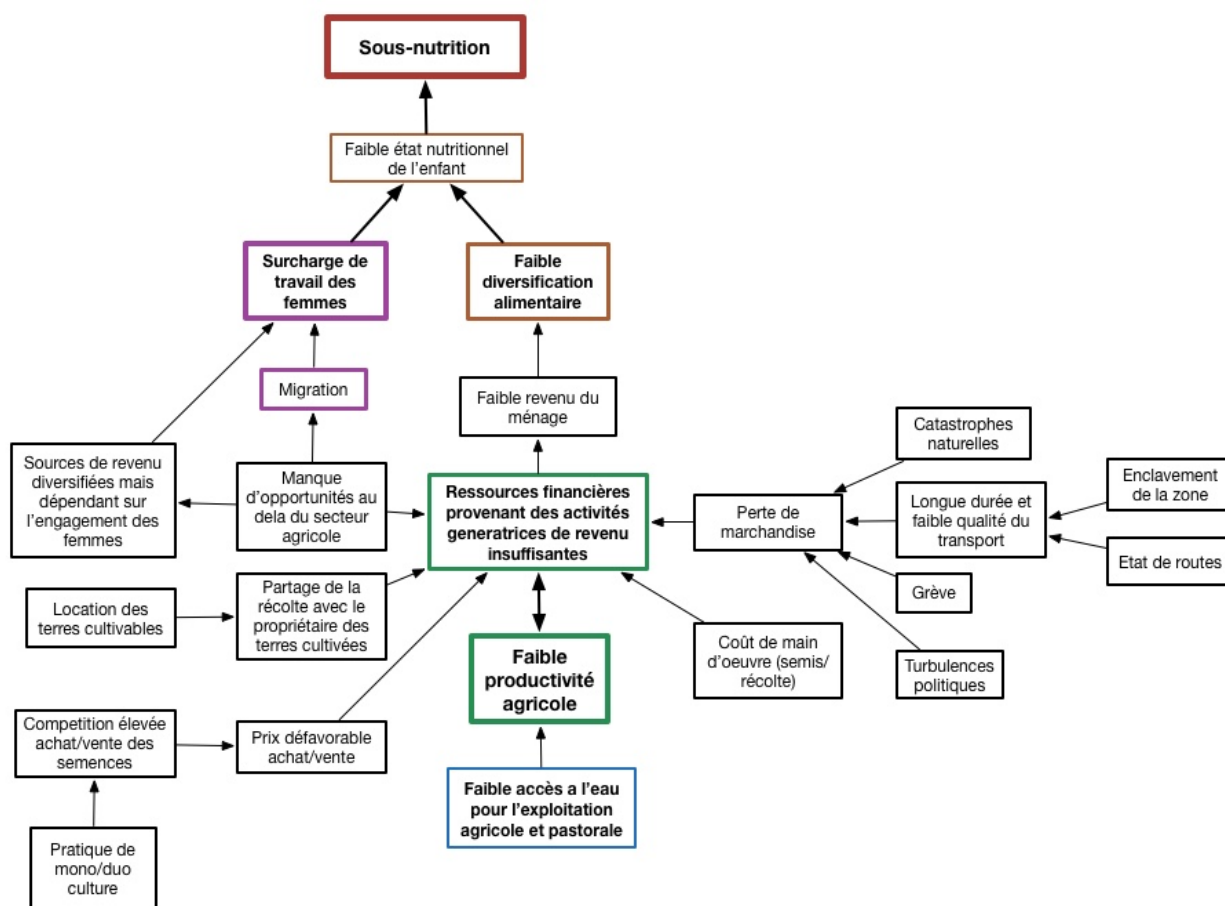


Fig. 27. Mécanismes causaux relatifs à l'insuffisance des ressources financières provenant des activités génératrices de revenu

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs à l'insuffisance des ressources financières provenant des activités génératrices de revenu.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTIL LON (N)	PROPORT ION OU MOYENN E	INTERV ALLE DE CONFIA NCE BAS A 95%	INTERV ALLE DE CONFIA NCE HAUT A 95%
REVENU DU MENAGE				
REVENU MOYEN MENSUEL (EN HTG)	468	3800,0	3308, 8	4291, 2
PRINCIPALES SOURCES DE REVENU DU MENAGE				



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTIL LON (N)	PROPORT ION OU MOYENN E	INTERV ALLE DE CONFIA NCE BAS A 95%	INTERV ALLE DE CONFIA NCE HAUT A 95%
VENTE DE PRODUITS AGRICOLAS, AUTOPRODUITS	468	36,3		
PETIT COMMERCE DE PRODUITS NON- ALIMENTAIRES	468	13		
TRAVAIL JOURNALIER	468	12,4		
COMMERCE DE PRODUITS ALIMENTAIRES OU ANIMAUX	468	12,4		
VENTE DES PRODUITS MARAICHERS	468	10,5		
VENTE ET COLLECTE DE BOIS DE CHAUFFE OU DE FOURRAGE	468	4,5		
VENTE DE PRODUITS DE CHASSE, CUEILLETTE	468	4,5		
ARTISANAT, FABRICATION DE BRIQUE, CONSTRUCTION	468	3		
SALAIRE, PENSION	468	3		
AIDES, DONS, TRANSFERT D'ARGENT	468	1,9		
TRANSPORT	468	1,5		



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTIL LON (N)	PROPORT ION OU MOYENN E	INTERV ALLE DE CONFIA NCE BAS A 95%	INTERV ALLE DE CONFIA NCE HAUT A 95%
VENTE D'ANIMAUX OU DE PRODUITS D'ELEVAGE	468	1,1		
VENTE DE PRODUITS AGRICOLAS/MARAIC HERS TRANSFORMES	468	1,1		
TRADIPRATICIEN/HO UGAN	468	1,1		
VENTE DE PRODUITS DE LA PECHE	468	0,6		
SOURCES DE REVENU DU MENAGE SECONDAIRES				
▪ % MENAGES AYANT DEUX SOURCES DE REVENU	468	97,6		
TRAVAIL JOURNALIER	457	16,8		
VENTE DE PRODUITS AGRICOLAS, AUTOPRODUITS	457	15,3		
PETIT COMMERCE DE PRODUITS NON- ALIMENTAIRES	457	10,7		
COMMERCE DE PRODUITS ALIMENTAIRES OU ANIMAUX	457	10,1		



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTIL LON (N)	PROPORT ION OU MOYENN E	INTERV ALLE DE CONFIA NCE BAS A 95%	INTERV ALLE DE CONFIA NCE HAUT A 95%
VENTE DES PRODUITS MARAICHERS	457	9,8		
VENTE D'ANIMAUX OU DE PRODUITS D'ELEVAGE	457	9,4		
VENTE ET COLLECTE DE BOIS DE CHAUFFE OU DE FOURRAGE	457	8,8		
SOURCES DE REVENU DU MENAGE COMPLEMENTAIRES				
▪ % MENAGES AYANT TROIS SOURCES DE REVENU	468	47,0		
TRAVAIL JOURNALIER	220	22,7		
VENTE D'ANIMAUX OU DE PRODUITS D'ELEVAGE	220	13,2		
AIDES, DONS, TRANSFERT D'ARGENT	220	10,0		
VENTE ET COLLECTE DE BOIS DE CHAUFFE OU DE FOURRAGE	220	9,0		



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTIL LON (N)	PROPORT ION OU MOYENN E	INTERV ALLE DE CONFIA NCE BAS A 95%	INTERV ALLE DE CONFIA NCE HAUT A 95%
POSSESSION DES ANIMAUX				
% MENAGES QUI POSSEDENT DES VACHES LAITIÈRES	468	7,9	5,5	10,3
▪ NO. MOYEN DES VACHES LAITIÈRES POSSEDEES	37	1,3		
% MENAGES QUI POSSEDENT DES BŒUFS	468	13,7	9,7	17,6
▪ NO. MOYEN DES BŒUFS POSSEDES	64	1,5		
% MENAGES QUI POSSEDENT DE LA VOLAILLE	468	77,6	73,1	82,0
▪ NO. MOYEN DE LA VOLAILLE POSSEDEE	363	6,7		
% MENAGES QUI POSSEDENT DES PETITS RUMINANTS	468	35,5	29,3	41,6
▪ NO. MOYEN DES PETITS RUMINANTS POSSEDES	166	3,2		
% MENAGES QUI POSSEDENT DES ANES	468	15,4	10,3	20,5
▪ NO. MOYEN DES ANES POSSEDES	72	1,2		



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTIL LON (N)	PROPORT ION OU MOYENN E	INTERV ALLE DE CONFIA NCE BAS A 95%	INTERV ALLE DE CONFIA NCE HAUT A 95%
% MENAGES QUI POSSEDENT DES CHEVAUX	468	6,8	3,7	10,0
▪ NO. MOYEN DES CHEVAUX POSSEDES	32	1,1		
HHS				
▪ HHS 1-2 (PEU OU PAS DE FAIM DANS LE MENAGE)	488	14,5	9,7	19,4
▪ HHS 2-3 (FAIM MODEREE DANS LE MENAGE)	488	51,6	44,7	58,6
▪ HHS 4-6 (FAIM SEVERE DANS LE MENAGE)	488	33,8	25,9	41,7
▪ MEDIANE HHS	488	5		
ISAR	488	25		
▪ % MENAGES UTILISANT DES STRATEGIES D'ADAPTATION AU COURS DE LA SEMAINE	488	100,0		

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTIL LON (N)	PROPORT ION OU MOYENN E	INTERV ALLE DE CONFIA NCE BAS A 95%	INTERV ALLE DE CONFIA NCE HAUT A 95%
▪ % MENAGES UTILISANT DES STRATEGIES D'ADAPTATION DE GRAVITE UNIVERSELLE 1- 222 1-2 FOIS PAR SEMAINE	488	32,1		
▪ % MENAGES UTILISANT DES STRATEGIES D'ADAPTATION DE GRAVITE UNIVERSELLE 1- 21 3-4 FOIS PAR SEMAINE	488	42,0		
▪ % MENAGES UTILISANT DES STRATEGIES D'ADAPTATION DE GRAVITE UNIVERSELLE 1- 21 ≥5 FOIS PAR SEMAINE	488	25,9		
▪ % MENAGES LIMITANT LA CONSOMMATION DES ADULTES EN FAVEUR DE JEUNES ENFANTS ≥5 FOIS PAR SEMAINE	488	21,7		

Tab. 22. Indicateurs relatifs à l'insuffisance des ressources
financières provenant des activités génératrices de revenu

3.17 FAIBLE NIVEAU D'ÉDUCATION DES PARENTS

Un certain nombre d'études ont révélé que l'éducation des parents, en particulier de la mère, est liée à la nutrition et la santé de l'enfant. En fait, une étude analysant les causes de la malnutrition dans 63 pays entre 1970 et 1995 a estimé que près de 43% de la réduction de la malnutrition infantile durant cette période pourrait être attribuée à l'éducation des femmes (Smith et al., 2000). D'autres études rigoureuses ont abouti à des conclusions moins fermes ou même contradictoires (Desai et al., 1998). Cependant, l'éducation maternelle reste d'être citée dans la littérature scientifique comme un facteur d'influence important, le plus souvent en relation avec le retard de croissance. Une des voies causales



²² Q1, Q2, Q3 et Q5

proposées la lie avec l'acquisition et l'amélioration des pratiques de soins. Pourtant, l'éducation se démontre plus efficace si elle est accompagnée par des ressources suffisantes du ménage.

Dans le cas de cette étude, 46,3% des femmes en charge de l'enfant <5 ans n'ont été jamais scolarisées. Une grande partie, i.e. 64,5% n'ont terminé que l'école primaire. En comparaison avec le taux de scolarisation estimé lors de l'EMMUS V, on constate une baisse de scolarisation de 13,4%.

Les participants à l'étude qualitative ont aussi estimé que la population est à moitié scolarisée. Selon eux, la majorité des enfants va à l'école mais leur scolarisation est souvent interrompue à cause d'un manque des ressources financières suffisantes qui pourraient assurer le paiement des frais de scolarisation sur toute une année. Une des implications de ce manque est un abandon de l'école par des filles qui – vue que leurs parents n'arrivent pas faire payer l'écolage - recherche des autres opportunités de survie, souvent « dans les bras d'hommes plus âgés ». Selon les estimations d'un leader communautaire, seulement 20 sur 100 élèves de la 6^{ème} classe atteignent la classe de Philo.

« Les garçons laissent l'école pour faire le taxi moto et les filles se marient et font des enfants. Il n'y pas des autres opportunités pour eux ici. »

Participants au groupe de discussion, Galette Marreau, Grand Gosier

Lors des groupes de discussion pendant la collecte des données qualitatives, l'équipe Link NCA a pu observer que la population disposait des informations relatives aux bonnes pratiques de l'allaitement maternel, pratiques de soins, pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ou pratiques d'hygiène et d'assainissement. Par contre, les bonnes connaissances de ces pratiques ne suffisaient pas à assurer leur application dans la vie quotidienne. Par exemple, il a été observé que les mères ont été dûment informées des bonnes pratiques d'hygiène mais la mise en pratique de ces recommandations a été confrontée aux contraintes sociales et financières du ménage. D'ailleurs, la disponibilité des aliments, les préférences alimentaires du ménage, les pratiques culturelles ou la surcharge de travail des femmes ont agi comme des facteurs limitant à la mise en pratique d'allaitement maternel ou de soins et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Ainsi, le faible niveau d'éducation des parents tout seul ne peut pas être considéré comme un facteur de risque majeur ou important dans le cadre de cette étude.

Les mécanismes causaux relatifs au faible niveau d'éducation des parents sont décrits dans le schéma ci-dessous.

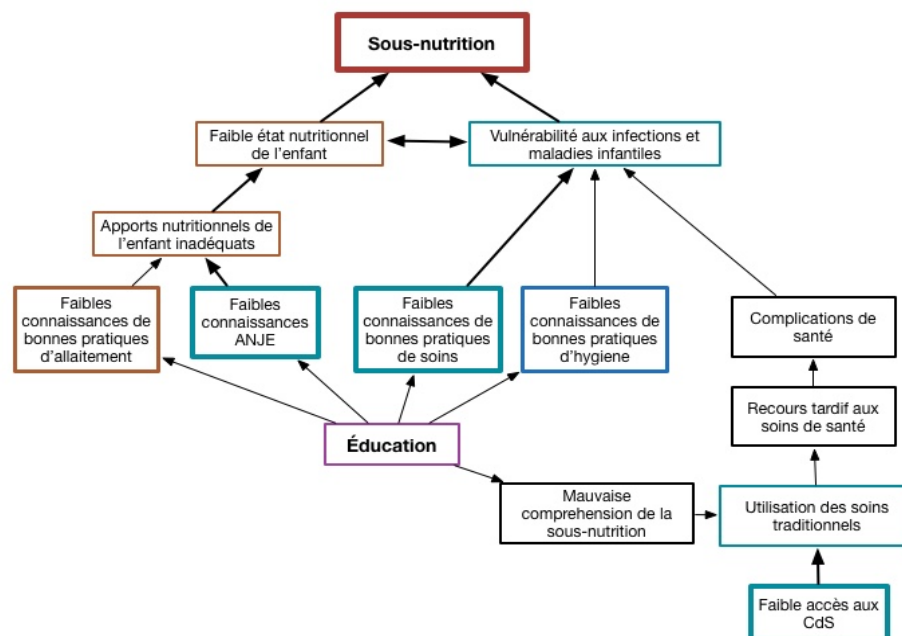


Fig. 28. Mécanismes causaux relatifs au faible niveau d'éducation des parents



Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs au faible niveau d'éducation des parents recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
ENSEIGNEMENT DES ACCOMPAGNANTS				
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS N'AYANT JAMAIS ETE SCOLARISEES	488	46,3	40,5	52,1
ANNEES COMPLETES DE L'ENSEIGNEMENT DES ACCOMPAGNANTS				
ECOLE MATERNELLE	262	5,7	1,0	10,5
ECOLE PRIMAIRE	262	64,5	56,9	72,1
ECOLE SECONDAIRE	262	27,9	21,0	34,8
ECOLE PROFESSIONNELLE	262	0,0	0,0	0,0
UNIVERSITE	262	1,2	0,6	2,9
% MERES QUI NE CONNAISSENT AUCUNE CAUSE DE LA DIARRHEE	695	25,6	19,9	31,3
% MERES QUI CONNAISSENT AU MOINS UNE DES CAUSES DE LA DIARRHEE	695	74,5	68,8	80,3

Tab. 23. Indicateurs relatifs au faible niveau d'éducation des parents



3.18 MIGRATION

Suite à la libéralisation du marché haïtien et la baisse d'une rentabilité des activités agricoles, les Haïtiens âgés de 15 à 45 ans ne dévoilent plus l'intérêt de s'engager dans l'agriculture sur le territoire national. Ils migrent en grand nombre à la capitale, à Port-au-Prince, en République dominicaine ou, dernièrement dans différents pays d'Amérique latine dans l'espoir de trouver le travail qui pourrait aider leur famille de sortir de la pauvreté.

Selon les données recueillies lors de l'enquête quantitative, 33,3% de ménages admettent qu'un membre du ménage migre pour des raisons économiques. Vu la restriction des mouvements transfrontaliers par la République dominicaine – qui se traduit en séjours illégaux, il est possible de conclure qu'un bon nombre de ménages n'ont pas répondu à la question en toute sincérité. En réalité, d'après les observations participantes lors de l'enquête qualitative, l'équipe Link NCA a estimé que ce chiffre pourrait facilement approcher 50-60% de ménages.

Analysant les résultats de l'enquête quantitative, on peut remarquer deux types de migration: les séjours à courte durée ne dépassant pas un mois et les séjours à longue durée dépassant une année. Les séjours à courte durée incluent les déplacements d'un membre de famille à Jacmel, Port-au-Prince ou autres villes en Haïti. Ils comprennent également le « travail journalier » en République dominicaine qui s'étend sur une période de quelques semaines lors de la demande du travail agricole, principalement dans les régions dans la proximité de la frontière entre les deux pays. Les séjours à longue durée représentent presque exclusivement une migration transfrontalière. C'est ce type de migration qui perturbe la composition familiale.

« Dès que les hommes arrivent à St Domingue, ils coupent le contact avec leurs femmes même s'ils ont des enfants ensemble. Ils peuvent passer plus d'un an sans revenir et sans donner aucune nouvelle. Dans ce cas - pour répondre aux besoins de leurs familles - les femmes sont forcées de trouver des activités de revenu pour ne pas mourir de faim. »

Participants au groupe de discussion, Dupuy, Thiotte

Non seulement les femmes sont obligées d'assumer toutes les responsabilités familiales mais aussi l'éloignement physique leur rend tristes et chagrines, notamment pendant la période de la nouvelle grossesse.

« Dans la majorité des familles, le mari n'est pas présent. La femme doit tout faire seule. Quand l'homme n'est pas présent lors de la grossesse ou de l'accouchement, la femme est particulièrement vulnérable et sentimentale. Elle comprend pourquoi son mari n'est pas là mais son cœur reste lourd. »

Participants à la discussion de groupe, Fond Janette, Anse-à-Pitres

Dans le cas de migration d'un homme accompagné par sa femme, les petits enfants restent sous la supervision des grands-parents, qui recourent souvent aux pratiques de soins démodés et inadéquates, par exemple l'administration de l'eau d'un cafard bouilli afin d'immuniser l'enfant contre les microbes. D'ailleurs, les membres de familles restant au village d'origine, sont assujettis aux dettes importantes du aux prêts à l'intérêt exagéré permettant le financement du voyage des jeunes.

Les mécanismes causaux relatifs à la migration sont décrits dans le schéma ci-dessous.

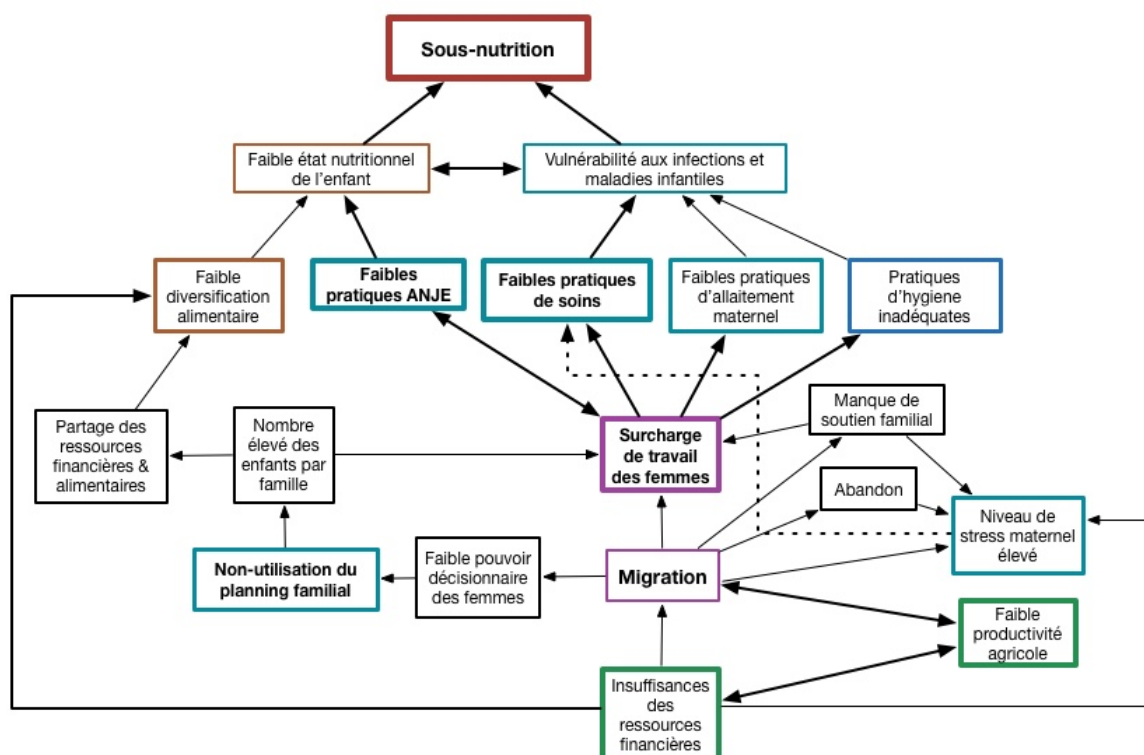


Fig. 29. Mécanismes causaux relatifs à la migration

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs à la migration recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLO N (N)	PROPORTIO N OU MOYENNE	INTERVAL LE DE CONFIANC E BAS A 95%	INTERVAL LE DE CONFIANC E HAUT A 95%
MIGRATION				
% MENAGES DONT UN MEMBRE MIGRE POUR DES RAISONS ECONOMIQU ES VERS AUTRES VILLES EN HAITI ET/OU LA REPUBLIQUE DOMINICAIN E	468	33,3	26,8	39,9
DUREE				



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLO N (N)	PROPORTIO N OU MOYENNE	INTERVAL LE DE DE CONFIANC E BAS A 95%	INTERVAL LE DE DE CONFIANC E HAUT A 95%
HABITUELLE D'ABSENCE				
▪ 1 SEMAINE	156	14,1	8,2	20,0
▪ 1 MOIS	156	25,0	13,0	37,0
▪ 3 MOIS	156	11,5	6,0	17,1
▪ 6 MOIS	156	10,9	5,7	16,1
▪ 1 ANNEE	156	11,5	4,5	18,5
▪ PLUS DE 1 ANNEE	156	26,9	15,7	38,1

Fig. 30. Indicateurs relatifs à la migration

3.19 SURCHARGE DE TRAVAIL DES FEMMES

Une femme haïtienne est traditionnellement responsable d'exécuter un ensemble des tâches ménagères et de prendre soin de sa progéniture. Les hommes s'occupent des activités génératrices de revenu et ne s'impliquent que rarement dans les autres domaines, n'excluant pas la période de grossesse et/ou post-partum. En cas de difficultés financières, il est attendu que la femme se mobilisera pour aider à son mari de subvenir aux besoins familiaux. Ainsi, elle est immergée dans les activités au sein et en dehors du foyer – avec un impact important sur ses capacités pour prendre soin des enfants au cours de la journée.



Fig. 31. Exercice participatif sur les activités journalières, Galette Marreau, Grand Gosier

Les participantes à l'étude qualitative décrivent une journée de travail typique ainsi:

« La journée du travail d'une femme dans l'arrondissement de Belle-Anse peut commencer aussitôt qu'à 4h du matin. La prière précède toutes les autres activités. Ensuite, la femme nettoie la maison et déplace pour collecter de l'eau. Entre 6h et 7h du matin elle prépare les enfants pour l'école. Elle prépare un petit déjeuner et le ramène à son mari au champ vers 8h. Elle passe par le marché à 9h et travaille dans le jardin entre 10h et 11h. À midi elle prépare le repas et attend ses enfants revenir de l'école. Après le déjeuner elle se baigne et aide ses enfants avec les devoirs. Entre 16h et 18h elle se repose ou prend un moment de visiter les voisins. Elle prépare du chocolat chaud pour la soirée et se couche vers 20h-21h. Lors de la journée de lessive, la femme abandonne la majorité de ses activités pour laver des vêtements du ménage. Pour cela, elle peut s'éloigner du foyer entre 8h du matin et 5h de l'après-midi. »

Comme suggère la description ci-dessous, la charge de travail des femmes se répartit entre les tâches ménagères, soins d'enfants et le travail dans les jardins. Elles estiment que la charge de travail est grande et qu'elles ne reçoivent pas suffisamment d'aide de la part de leurs maris.

« Les hommes préfèrent de jouer au domino qu'aider les femmes avec les enfants. Il y a certains qui boivent de l'alcool et fument des cigarettes. »

Participants au groupe de discussion, Dupuy, Thiotte



Pour les femmes-commerçantes, la journée typique se déroule de la manière légèrement différente. Vu les distances parfois très importantes entre leur domicile et le marché, la femme commence un déplacement entre 5h et 6h du matin pour arriver au marché trois heures plus tard. Habituellement, elle y reste jusqu'à midi et retourne chez elle vers 16h. C'est seulement à ce moment qu'elle commence à préparer un repas familial qui est partagé par tous les membres de famille à 18h. Considérant son éloignement physique du foyer au cours de la journée, elle doit encore veiller aux imprévus quotidiens du ménage pour se coucher vers 21h.

Un nombre des femmes a avoué qu'elles prennent des médicaments anti-inflammatoires et/ou anti-douleur pour faire face aux douleurs et la fatigue qu'elles rencontrent au cours de la journée.

« On bouge constamment depuis très tôt dans la matinée jusqu'à très tard le soir. Nous sommes obligées de le faire, on n'a pas le choix. Si on a mal, on prend du Diclofenac ou d'Alpalide pour nous aider survivre. »

Participants au groupe de discussion, Fond Janette, Anse-à-Pitres

A cause d'un manque de soutien familial, elles peuvent même se retrouver dans une situation de la reprise des activités habituelles trois jours après l'accouchement. Selon les résultats de l'enquête quantitative, 8% des femmes ont admis de ne pas avoir pris le repos après leur dernier accouchement pendant que 31,4% des femmes ont pris moins de 40 jours de repos.

« Les femmes recommencent leurs activités 3 jours après l'accouchement. Faute à un manque d'entourage et une non-reconnaissance des responsabilités par les hommes, elles sont obligées de travailler soit pour acquitter des dettes, soit pour éviter la faim. Tout cela a aussi un impact sur la santé de l'enfant. »

Participants au groupe de discussion, Dupuy, Thiotte

Lors de ces sorties au cours de la journée, les femmes confient les enfants aux autres femmes dans le voisinage ou les laissent avec les enfants plus âgés. L'absence des maris est frappante et augmentent leurs problèmes « car s'ils étaient là, ils les aideraient à gérer les enfants ».

« Dans la majorité des familles, le mari n'est pas présent. La femme doit tout faire seule. »

Participants au groupe de discussion, Fond Janette, Anse-à-Pitres

Malgré que les enfants constituent pour elles une source de motivation et d'encouragement, elles reconnaissent que leurs nombreuses activités journalières leur empêchent de prendre soins de leurs enfants. Elles pensent aussi que si elles avaient plus de moyens, elles prendraient mieux soin des enfants en leur nourrissant et leur lavant.

Les mécanismes causaux relatifs à la surcharge de travail des femmes sont décrits dans le schéma ci-dessous.

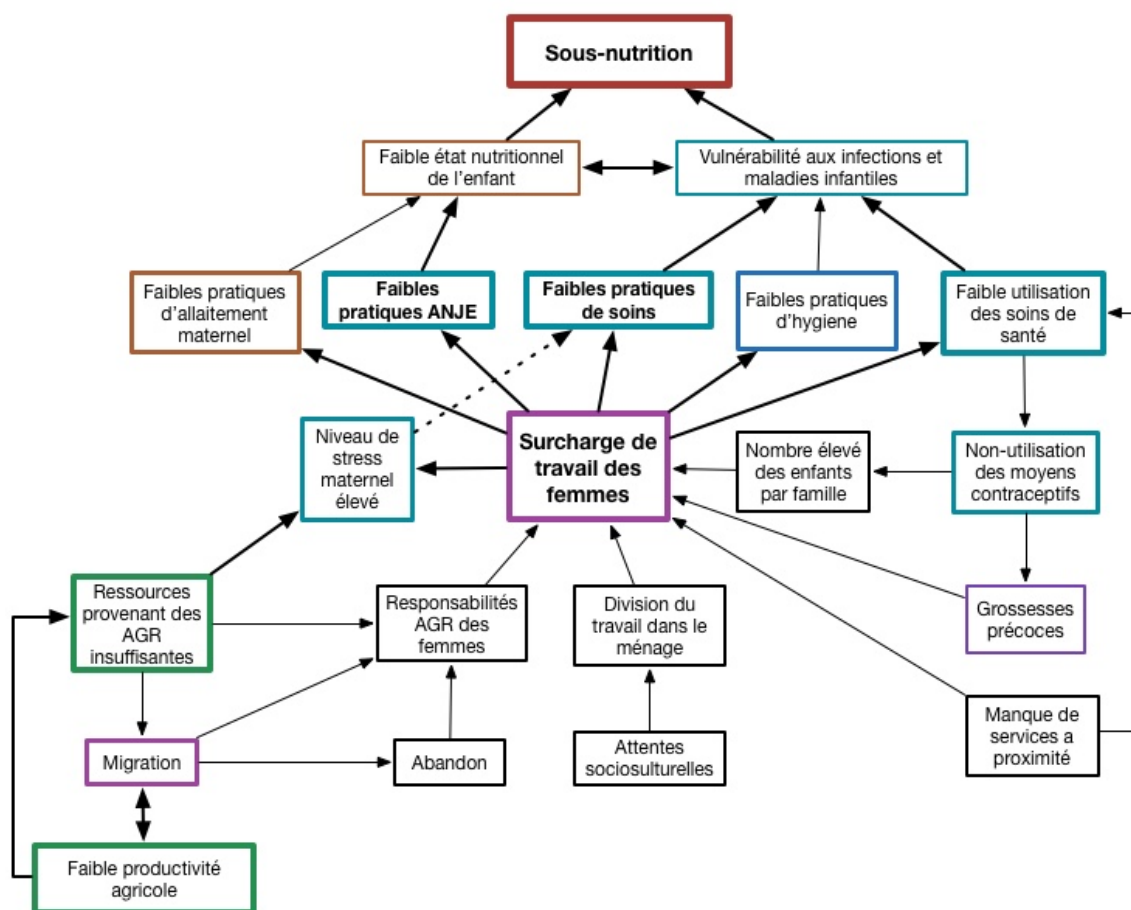


Fig. 32. Mécanismes causaux relatifs à la surcharge de travail des femmes

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs à la surcharge de travail des femmes recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
REPOS APRES L'ACCOUCHEMENT				
% FEMMES QUI N'ONT PAS PRIS DU REPOS APRES LEUR DERNIER ACCOUCHEMENT	488	8,0	4,1	11,9
% FEMMES QUI ONT PRIS MOINS DE 40 JOURS DU REPOS APRES LEUR DERNIER ACCOUCHEMENT	449	31,4	22,9	39,9
% FEMMES QUI ONT PRIS PLUS DE 40 JOURS DU REPOS APRES LEUR DERNIER ACCOUCHEMENT	449	68,6	60,1	77,1

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
CHARGE DE TRAVAIL D'UN ACCOMPAGNANT				
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS QUI PENSENT QU'ELLES ONT TROP DE TRAVAIL POUR BIEN S'OCCUPER DE LEURS ENFANTS	488	17,6	13,1	22,2

Tab. 24. Indicateurs relatifs à la surcharge de travail des femmes

3.20 FAIBLE POUVOIR DECISIONNAIRE DES FEMMES SUR L'UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES

La quantité suffisante des ressources financières dans le ménage ne garantit pas automatiquement sa répartition et/ou utilisation adéquate pour assurer le bon développement de l'enfant. Si la mère ne possède pas un pouvoir décisionnaire sur l'utilisation des ressources financières du ménage, ses capacités de soins peuvent être considérablement réduites.

Lors de l'enquête qualitative, les participants aux groupes de discussion ont fait preuve d'un niveau du pouvoir décisionnaire adéquat ou plutôt d'un manque des barrières de soins à cet égard. Dans les discussions séparées, les hommes ainsi que les femmes ont avoué de prendre des décisions en concert avec leurs conjoint(e)s. Les femmes ont exprimé leur satisfaction avec le mode de fonctionnement et ne se senti pas limitées dans leur vie quotidienne. Dans certains ménages, ce sont les femmes qui décident pleinement comment répondre aux besoins familiaux. Ce droit absolu accordé à la femme est généralement valable dans tous les ménages, y compris les plus patriarcaux, en ce qui concerne l'approvisionnement du ménage en aliments et/ou le choix alimentaire.

« Les dépenses relatives à l'achat des aliments sont sous la responsabilité totale de la femme. Elles décident toutes seules qu'est-ce qu'elles devraient acheter pour bien nourrir la famille. »

Participants au groupe de discussion, Fond Janette, Anse-à-Pitres

Ce droit est naturellement assumé dans tous les domaines de la prise de décision lors un homme s'absente pour travailler dans les autres villes en Haiti et/ou en République dominicaine.

Le pouvoir décisionnaire des femmes est justifié par leur niveau d'engagement économique dans le fonctionnement du ménage. Les réponses des hommes dévoilent qu'ils reconnaissent les contributions majeures de la part des femmes et ainsi ils ne peuvent pas limiter leur participation à la prise de décision.

« Les femmes travaillent autant que les hommes. Ils mettent ensemble tous ce qu'ils gagnent et ce sont les femmes qui gèrent l'argent du ménage. »

Participants au groupe de discussion, Galette Marreau, Grand Gosier

Selon l'EMMUS V, 40,7% des femmes prennent les décisions sur les achats importants du ménage seules contre 37% des femmes qui les prennent ensemble avec leurs conjoints.



Les résultats de l'enquête quantitative Link NCA montrent que 24,2% des femmes prennent des décisions sur l'utilisation des ressources financières du ménage seules; autres 44,7% les prennent ensemble avec leurs conjoints. Ce pourcentage augmente dans le domaine de la prise de décision concernant l'alimentation du ménage où 40,6% des femmes déclarent d'avoir le pouvoir décider seules et la même proportion des femmes disent qu'elles les prennent ensemble en concert avec leurs maris. Le pouvoir décisionnaire dans le domaine de santé des enfants ou leur scolarisation reflète principalement le pouvoir décisionnaire général avec un approximativement un quart des femmes admettant d'avoir le pouvoir de décider seul et 50-60% des femmes prenant des décisions conjointement.

Le tableau ci-dessous résume les principaux indicateurs relatifs au pouvoir décisionnaire des femmes recueillis lors de la composante quantitative Link NCA.

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
POUVOIR DECISIONNAIRE				
▪ % FEMMES QUI PRENNENT DES DECISIONS SUR L'UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES DANS LEURS MENAGES	488	24,2	19,4	28,9
▪ % FEMMES QUI PRENNENT DES DECISIONS SUR L'UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES DANS LEURS MENAGES ENSEMBLE AVEC LEURS CONJOINTS	488	44,7	39,0	50,3
▪ % FEMMES QUI PRENNENT DES DECISIONS SUR L'UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES POUR L'ALIMENTATION DANS LEURS MENAGES	488	40,6	35,7	45,4
▪ % FEMMES QUI PRENNENT DES DECISIONS SUR L'UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES POUR	488	40,6	35,7	45,4



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
L'ALIMENTATION DANS LEURS MENAGES ENSEMBLE AVEC LEURS CONJOINTS				
▪ % FEMMES QUI PRENNENT DECISIONS SUR LES DEPENSES POUR LA SANTÉ DES ENFANTS	488	24,2	19,5	28,9
▪ % FEMMES QUI PRENNENT DECISIONS SUR LES DEPENSES POUR LA SANTÉ DES ENFANTS ENSEMBLE AVEC LEURS CONJOINTS	488	53,3	45,8	60,8
▪ % FEMMES QUI PRENNENT DECISIONS SUR LES DEPENSES POUR LA SCOLARISATION DES ENFANTS	488	21,9	17,5	26,4
▪ % FEMMES QUI PRENNENT DECISIONS SUR LES DEPENSES POUR LA SCOLARISATION DES ENFANTS ENSEMBLE AVEC LEURS CONJOINTS	488	57,2	50,1	64,3

Tab. 25. Indicateurs relatifs au pouvoir décisionnaire des femmes



ETUDES DE CAS

Les études de cas de 8 enfants déviants positifs, identifiés grâce aux agents de santé communautaire, avaient pour l'objectif d'identifier les comportements, les pratiques de soins et l'alimentation des enfants de 6 à 59 mois, potentiellement vulnérables sur le plan nutritionnel mais présentant les signes de bonne santé grâce à ces comportements.

Les études de cas se sont basées sur les entretiens avec les donneurs de soins principaux d'enfants en bonne situation nutritionnelle, accompagnés par les observations de leurs interactions avec l'enfant, de l'assainissement de leur habitat, etc.

Les entretiens avec les mères d'enfants déviants positifs ont révélé que ces enfants partagent la plupart des mêmes contraintes que les enfants atteints de la sous-nutrition. Entre eux, la non-observation de l'allaitement maternel exclusif pendant les premiers 6 mois, l'introduction des aliments solides à très bas âge, la faible utilisation des services de santé (et, par conséquent, le faible taux de vaccination), les faibles pratiques de soins, d'hygiène et d'assainissement paraissent les plus prédominants.

Cependant, certains comportements déviants positifs ont pu être identifiés. Premièrement, les enfants déviants positifs étaient nés dans les familles moins nombreuses que les enfants atteints de la sous-nutrition. Les mères de ces enfants ont pratiqué la planification familiale et/ou atteint un accord avec leurs conjoints sur le nombre d'enfants souhaités. De l'autre côté, les mères d'enfants malnutris ont admis d'avoir au moins 6 autres enfants et de ne pas avoir suffisamment d'information et/ou opportunités de pratiquer la planification familiale.

Deuxièmement, les enfants déviants positifs étaient nés dans les familles complètes. En contraste avec les enfants malnutris qui n'ont pas été reconnus par leurs pères et/ou leurs mères ont été abandonnées par les pères d'enfants, les enfants déviants positifs pourraient jouir d'une présence masculine dans le foyer - et ainsi dans leur développement.

Troisièmement, vu la présence d'un père dans le ménage, les mères d'enfants déviants positifs ont pu profiter d'un repos après l'accouchement et/ou d'un soutien familial approprié dans les mois suivants. Par contre, les mères d'enfants malnutris ne bénéficiant pas d'un soutien nécessaire, ont été forcées de reprendre leurs activités habituelles 3 jours après l'accouchement et ont confirmé de s'éloigner du foyer au cours de la journée en espoir de subvenir aux besoins familiaux.

Quatrièmement, les enfants déviants positifs semblent de bénéficier de la présence d'un adulte au cas où leur mère s'éloigne du foyer. Les enfants malnutris paraissent plus fréquemment laissés avec les adolescentes ou les enfants < 12 ans qui ne sont pas en mesure de prendre bon soin d'eux.

Cinquièmement, il a été également observé que les familles avec les enfants déviants positifs ont profité de l'accès à l'eau plus facile que les familles avec les enfants malnutris. Dans ce cas, l'accès à l'eau plus facile se traduit en distance maniable, permettant la collecte d'eau moins laborieuse et plus appropriée pour couvrir les besoins familiaux en termes d'hygiène personnelle et d'assainissement.



1/ CALENDRIER SAISONNIER

Conditions climatiques												
Saison sèche												
Saison pluvieuse												
Température basse/élevée												
Activités économiques												
Cultures vivrières Saison A (préparation/se mis/récolte)												
Cultures vivrières Saison B (préparation/se mis/récolte)												
Demande de travail agricole												
Demande de travail non-agricole												
Surcharge de travail des femmes												
Soudure												
Sécurité alimentaire												
Prix des denrées alimentaires												
Disponibilité des denrées alimentaires												
Santé												
Cholera												

[illegible]

		Occurrence modéré (+)		Occurrence considérable (++)		Occurrence forte (+++)
--	--	------------------------------	--	-------------------------------------	--	-------------------------------

Tab. 26. Calendrier saisonnier des facteurs de risque pour l'arrondissement de Belle-Anse

2/ CALENDRIER HISTORIQUE

Lors de l'enquête qualitative, les communautés ont identifié les tendances historiques de certains facteurs de risque à la sous-nutrition.

La zone de l'étude est quasi-annuellement exposée aux aléas climatiques qui jouent surtout sur la faible productivité agricole et ainsi sur le volume des ressources financières provenant des activités agricoles. Depuis l'année 2010, la zone de l'étude a été sévèrement impactée par les cyclones Jeanne en 2004, Denis en 2005, Issac en 2006, Sandy en 2012 et Matthew en 2016. Les communautés participantes à l'enquête qualitative ont avoué que lors d'un passage d'un cyclone, ils recommencent à zéro, ne perdant que leurs récoltes et animaux, mais souvent aussi leurs maisons et/ou autres possessions familiales. D'ailleurs, ils ont déclaré qu'à part de ces « mega-tempêtes » même les pluies intenses ou prolongées ont tendance d'inonder leurs champs, de détruire leurs cultures et/ou leur rendre vulnérables aux maladies qui, en effet, diminue drastiquement le volume de leur récolte. A ceci s'ajoute d'autres chocs climatiques, tels que la sécheresse qui a ravagé la zone de l'étude au cours de deux ans entre 2013 et 2015. Selon les témoignages, l'accès à l'eau (pour l'usage ménager, agricole ou pastoral) pendant ce période a été extrêmement difficile, les animaux ont péri et les activités agricoles ne pourraient pas être poursuivies.

Très dépendantes sur les activités agricoles, les communautés participantes à l'enquête qualitative ont identifié la période autour l'année 2000 comme un point tournant pour la zone de l'étude. Selon les témoignages, les années antérieures ont été marquées par la propagation des maladies de cultures qui ont mené à la disparition graduelle du café, petit mil et des cocotiers dans la zone. Suite à la perte de ces moyens d'existence importants et un manque d'autres possibilités pour survivre, les pratiques du déboisement ont accélérées. La population a aussi commencé de couper les arbres



fruitiers, comme les manguiers, et ainsi perdu la récolte fruitière. Avec les arbres coupés, la population a observé que plusieurs sources d'eau ont disparu, la pluviométrie habituelle est diminuée, la terre s'est appauvrie – ce qui reflète négativement sur leurs capacités de travailler la terre pour le bénéfice. Ceci encourage une migration des hommes et/ou des jeunes vers les grandes villes en Haïti et/ou en République dominicaine – ce qui a pour conséquence une baisse de la main d'œuvre agricole et une augmentation de la charge de travail des femmes. D'ailleurs, en se trouvant sans soutien approprié de leurs maris ou autres membres de famille, ces dernières subissent un niveau élevé du stress qui joue sur leurs capacités de prendre soin de leurs enfants. Les communautés ont également constaté une augmentation des grossesses précoces, issues des relations sexuelles motivées par la faim des filles de bas âge.

Le chronogramme ci-dessous retrace des événements les plus marquants sur la zone étudiée depuis 1954, avec une attention particulière aux développements depuis l'année 2000.

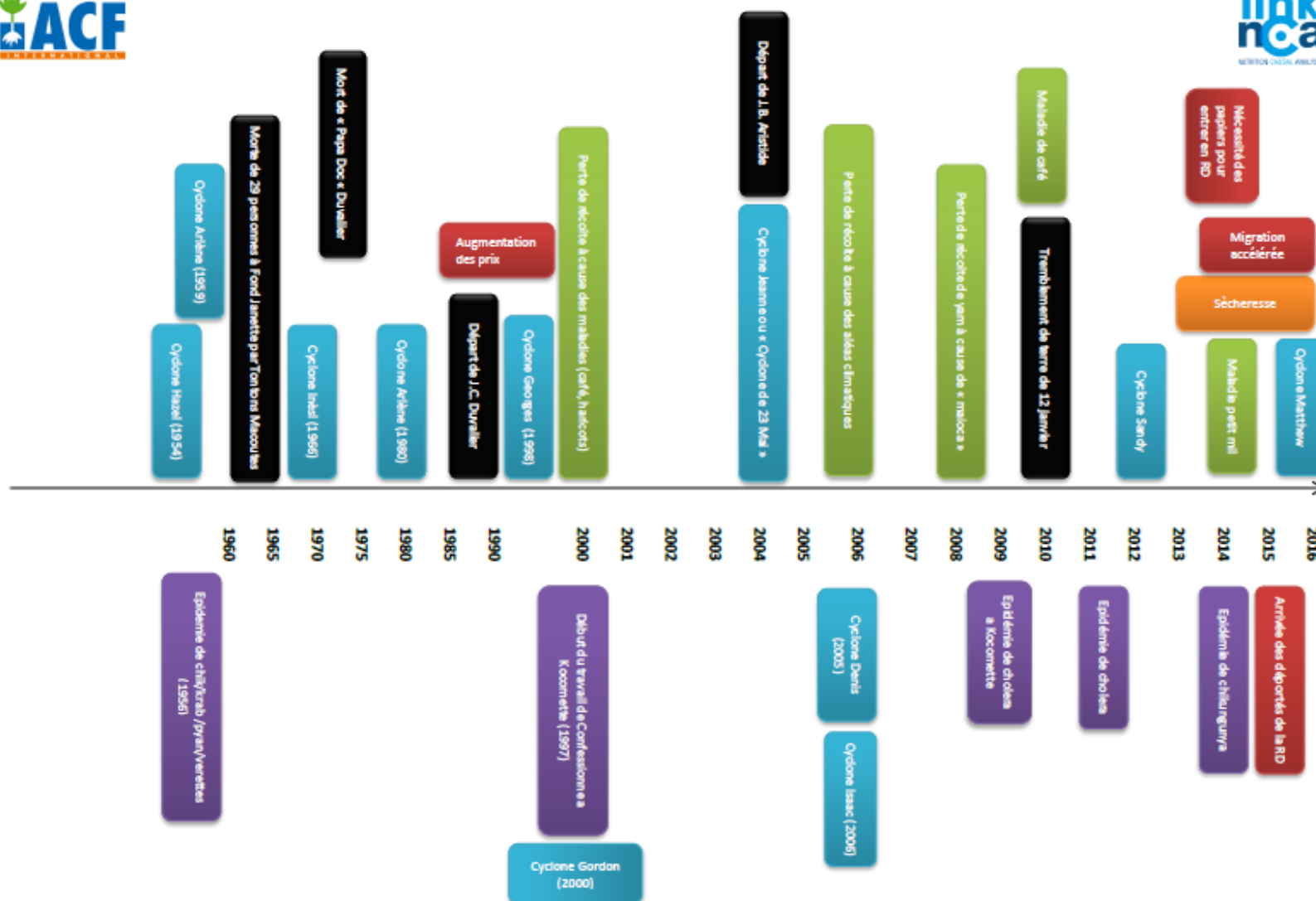


Fig. 33. Calendrier historique des facteurs de risque pour l'arrondissement de Belle-Anse

FACTEURS DE RISQUE

1/ CLASSIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE PAR LES COMMUNAUTÉS

Afin de comprendre comment la communauté classe les facteurs de risques à la sous-nutrition, un exercice de priorisation a été conduit avec les participants de l'enquête qualitative dans chacune des quatre localités. Les facteurs de risque identifiés par les communautés ont été représentés par des « flashcards²³ », accompagnés par des images représentatives. Après un résumé des facteurs de risque par l'équipe Link NCA, les participants ont pu débattre l'importance de chaque facteur de risque et l'attribuer une valeur respective. En cas de désaccord, les participants ont été encouragés de trouver une entente communautaire, représentant véritablement l'avis commun sur le facteur de risque en question.



Fig. 34. Restitution communautaire à Dupuy, Thiotte



²³ Carte de support visuel.



Le tableau suivant présente les résultats de cet exercice de classification par la communauté dans chaque localité. Les facteurs de risques perçus comme ayant un impact majeur sont représentés par la couleur rouge, les facteurs de risque perçus comme ayant un impact important sont représentés en orange et les facteurs de risque perçus comme ayant un impact mineur sont représentés par la couleur verte. Les cases laissées blanches représentent les facteurs de risque non identifiés par la communauté respective. Les autres facteurs de risque non identifiés par les communautés comme ayant une influence sur la malnutrition n'ont pas été présentés lors des restitutions communautaires et ainsi ne figurent pas dans ce tableau.

Facteurs de risque	Dupuy	Fond Janette	Galette Marreau	Obinette	Ensemble
Accès au centre de santé	N/A	4	4	3	Majeur
Maladies chroniques / Vaccination ²⁴	1	N/A	N/A	3	Mineur
Planification familiale	1	2	2	3	Important
Grossesse précoces	2	1	1	N/A	Mineur
Niveau de stress maternel élevé	2	3	3	1	Important
Faible diversification alimentaire	2	3	1	2	Important
Faibles pratiques d'allaitement maternel exclusif	2	2	2	2	Important
Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant inadéquates	3	2	2	2	Important
Pratiques de soins du nourrisson et du jeune enfant inadéquates	2	0	3	3	Important
Faible accès à l'eau	2	2	3	3	Majeur
Pratiques d'hygiène et d'assainissement inadéquates	1	3	2	2	Important
Faible productivité de l'agriculture	3	4	3	2	Majeur
Forte dépendance sur l'approvisionnement en aliments sur les marchés	3	0	3	2	Important
Ressources financières provenant des activités génératrices de revenu insuffisantes	3	5	4	3	Majeur
Faible niveau d'éducation des parents	2	3	2	1	Important
Migration	2	3	3	2	Majeur
Surcharge de travail des femmes	3	3	2	2	Majeur
Manque de soutien familial	2	N/A	N/A	N/A	Mineur



²⁴ Obinette



Facteurs de risque	Dupuy	Fond Janette	Galette Marreau	Obinette	Ensemble
Polygamie (instabilité des hommes/manque de responsabilités)	1	N/A	0	2	Mineur

Tab. 27. Classification des facteurs de risque dans 4 localités échantillonnées

Catégorie	Définition
Facteur de risque majeur	Le facteur de risque est interprété comme ayant une influence majeure sur la sous-nutrition dans la zone d'étude.
Facteur de risque important	Le facteur de risque est interprété comme ayant une influence importante sur la sous-nutrition dans la zone d'étude.
Facteur de risque mineur	Le facteur de risque est interprété comme ayant une influence limitée sur la sous-nutrition dans la zone d'étude.
Facteur de risque rejeté	Le facteur de risque est interprété comme n'ayant pas une influence significative sur la sous-nutrition dans la zone d'étude.
Facteur de risque non-testé	Les informations recueillies ne permettent pas de d'analyser ce facteur de risque.

2/ CLASSIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE PAR L'EQUIPE LINK NCA

À partir des résultats de l'étude, l'équipe Link NCA a classé les facteurs de risque selon leur importance grâce à un exercice de triangulation qui a pris en compte :

- la prévalence des facteurs de risques d'après les données secondaires recueillies;
- la prévalence des facteurs de risque d'après l'enquête quantitative;
- la force de corrélation entre le facteur de risque et la sous-nutrition, déterminée à partir de la littérature scientifique;
- la saisonnalité des facteurs de risque en regard de la saisonnalité de la sous-nutrition et de ses tendances historiques;
- les données recueillies lors de l'enquête qualitative;



- la classification des facteurs de risque faite par les communautés.

Les facteurs de risque ont été classifiés selon les catégories suivantes :

La classification de chaque facteur de risque par l'équipe Link NCA est présentée dans le tableau ci-dessous :

Facteur de risque	Prévalence du facteur de risque selon les données secondaires	Prévalence du facteur de risque selon l'enquête quantitative	Force de l'association du facteur de risque avec la sous-nutrition dans la littérature scientifique	Association du facteur de risque avec les tendances saisonnières et historiques de la sous-nutrition	Classification du facteur de risque selon les résultats de l'enquête qualitative	Classification du facteur de risque par les communautés	Interprétation/ Impact du facteur de risque
Faible accès aux centres de santé	++	+++	++	+++	+++	+++	Majeur
Recours aux soins traditionnels inadéquats	N/A	-	++	+	+	-	Mineur
Non-utilisation de la planification familiale	++	++	++	+	++	+	Important
Niveau de stress maternel élevé	N/A	+++	++	+++	++	++	Important
Faible diversification alimentaire du ménage	++	++	+++	+	++	+	Important
Faibles pratiques d'allaitement maternel exclusif	++	++	+++	+	++	+	Important
Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant inadéquates	++	+++	+++	+	+++	++	Majeur
Faible accès à l'eau	+++	+++	+++	++	+++	++	Majeur



Facteur de risque	Prévalence du facteur de risque selon les données secondaires	Prévalence du facteur de risque selon l'enquête quantitative	Force de l'association du facteur de risque avec la sous-nutrition dans la littérature scientifique	Association du facteur de risque avec les tendances saisonnières et historiques de la sous-nutrition	Classification du facteur de risque selon les résultats de l'enquête qualitative	Classification du facteur de risque par les communautés	Interprétation/ Impact du facteur de risque
Faible accès à l'eau pour l'exploitation agricole et pastorale	++	++	+	-	++	++	Mineur
Pratiques d'hygiène et d'assainissement inadéquates	++	++	+++	+	++	+	Important
Faible productivité agricole	++	+++	++	+++	+++	+++	Majeur
Forte dépendance sur l'approvisionnement en aliments sur les marchés	++	+++	N/A	+++	+++	++	Important
Forte dépendance sur les transferts monétaires provenant de la diaspora	++	-	N/A	-	+	-	Rejeté
Ressources financières provenant des activités génératrices de revenu insuffisantes	+++	+++	++	+++	+++	+++	Majeur
Faible niveau d'éducation des parents	++	++	++	+	+	+	Mineur
Migration	+++	++	N/A	++	+++	++	Important



Facteur de risque	Prévalence du facteur de risque selon les données secondaires	Prévalence du facteur de risque selon l'enquête quantitative	Force de l'association du facteur de risque avec la sous-nutrition dans la littérature scientifique	Association du facteur de risque avec les tendances saisonnières et historiques de la sous-nutrition	Classification du facteur de risque selon les résultats de l'enquête qualitative	Classification du facteur de risque par les communautés	Interprétation/ Impact du facteur de risque
Surcharge de travail des femmes	++	++	++	+++	+++	++	Majeur
Faible pouvoir décisionnaire des femmes sur l'utilisation des ressources financières	++	+	+	+	+	-	Rejeté
Pratiques de soins inadaptées	++	+++	+++	+	+++	++	Majeur
Faible poids à la naissance	++	+++	++	+	+++	-	Important

Tab. 28. Classification des facteurs de risque par l'Equipe Link NCA

3/ ATTRIBUTION DES NOTES DE CONFIANCE

Lors de l'atelier technique final, suite à la présentation des résultats de la classification des facteurs de risque proposée par l'équipe Link NCA, les experts techniques ont eu l'opportunité d'accorder une note de confiance à chaque facteur de risque, se basant sur la solidité perçue des informations rassemblées et le nombre de mécanismes à travers lesquels ce facteur fait sentir ses effets. Ainsi, la note de confiance ne constitue pas une preuve scientifique de la causalité mais elle indique qu'une large majorité des parties prenantes convient de l'importance causale du facteur de risque après avoir examiné des données de qualité issues de plusieurs sources.

Le tableau ci-dessous résume les notes de confiance pour chaque facteur de risque, y compris des modifications souhaitées et/ou validées à la classification proposée, le cas échéant. Tout changement et/ou différence d'opinion a été débattu en plénière et un consensus a été recherché.



	Classification proposée par Experte Link NCA	Note de confiance par groupe	Classification par consensus lors de l'atelier technique final	Note de confiance moyenne individuelle	Commentaires des participants
A	Majeur	3,00	Majeur	2,93	
B	Mineur	1,75	Important	2,53	Avis des experts sur la classification du facteur de risque très mitigé. Documentation/analyse insuffisante: grands risques à la santé maternelle et infantile suite aux interventions des matrones non-qualifiées (pratiques inappropriées d'allaitement maternel, d'ANJE, etc.); Premier/parallèle recours aux soins traditionnels très fréquent, les soins pas nécessairement appropriés.
C	Important	2,75	Important	2,60	Deux groupes d'experts ont souhaité de classer ce facteur de risque comme <i>majeur</i> dû à un lien entre le nombre élevé d'enfants et une diminution de la disponibilité alimentaire/de soins pour chaque enfant du ménage.
D	Important	2,75	Important	2,27	Un groupe d'experts a souhaité de classer ce facteur de risque comme <i>mineur</i> , argumentant que dans le contexte haïtien le bien-être réduit des femmes ne se traduit pas en manque de soins accordés aux enfants.
E	Important	3,00	Important	2,87	
F	Important	3,00	Important	2,93	
G	Majeur	3,00	Majeur	3,00	
H	Majeur	3,00	Majeur	3,00	
I	Mineur	1,50	Non-testé	2,87	Deux groupes d'experts ont souhaité de classer ce facteur de risque comme <i>important</i> dû à un lien entre l'accès à l'eau et la productivité agricole qui est indispensable pour la zone. Un groupe d'experts a souligné que les données présentées ne sont pas suffisantes pour classer ce facteur de risque. Ainsi les experts ont reclassifié ce facteur comme <i>non-testé</i> .
J	Important	2,75	Important	2,93	Un groupe d'experts a souhaité de classer ce facteur de risque comme <i>majeur</i> dû à un lien entre les pratiques d'hygiène inadéquates et la sous-nutrition (cause sous-jacente).



	Classification proposée par Experte Link NCA	Note de confiance par groupe	Classification par consensus lors de l'atelier technique final	Note de confiance moyenne individuelle	Commentaires des participants
K	Majeur	3,00	Majeur	3,00	Un groupe d'experts a souhaité de classer ce facteur de risque comme <i>important</i> .
L	Important	3,00	Important	2,33	Deux groupes d'experts ont souhaité de classer ce facteur de risque comme <i>mineur</i> , argumentant que les marchés sont bien approvisionnés et que la dépendance se traduit en disponibilité des ressources financières.
M	Rejeté	3,00	Rejeté	2,93	
N	Majeur	2,75	Majeur	3,00	Un groupe d'experts a souhaité de classer ce facteur de risque comme <i>important</i> .
O	Mineur	2,25	Mineur	2,07	Un groupe d'experts a souhaité de classer ce facteur de risque comme <i>important</i> , argumentant que l'éducation/sensibilisation est primordiale pour la compréhension et l'observation des bonnes pratiques (i.e. tous les autres facteurs sont liés à l'éducation).
P	Important	2,75	Important	2,53	
Q	Majeur	2,25	Majeur	2,87	Un groupe d'experts a souhaité de classer ce facteur de risque comme <i>important</i> , argumentant que le milieu rural permet le partage des tâches entre les membres de famille.
R	Rejeté	2,75	Rejeté	2,87	Un groupe d'experts a souhaité de classer ce facteur de risque comme <i>mineur</i> .
S	Majeur	3,00	Majeur	3,00	Un groupe d'experts a considéré les indicateurs inappropriés au contexte haïtien, argumentant que selon les coutumes locales il est possible de faire des réprimandes sans conséquences plus importantes.
T	Important	2,25	Important	2,20	Un groupe d'experts a souhaité de classer ce facteur de risque comme <i>majeur</i> dû à un lien entre le faible poids à la naissance et la sous-nutrition, y compris un nombre d'autres conditions. Un groupe d'experts a considéré les données présentées peu fiables dû au fait que les matrones ne disposent pas souvent des balances et ainsi le poids d'enfant à la naissance n'est pas souvent connu.

Tab. 29. Classification des facteurs de risque par les experts techniques
Schéma des mécanismes causaux de la sous-nutrition

Le schéma ci-dessous modélise les mécanismes causaux de la sous-nutrition dans l'arrondissement de Belle-Anse, Département du Sud-Est, Haïti.

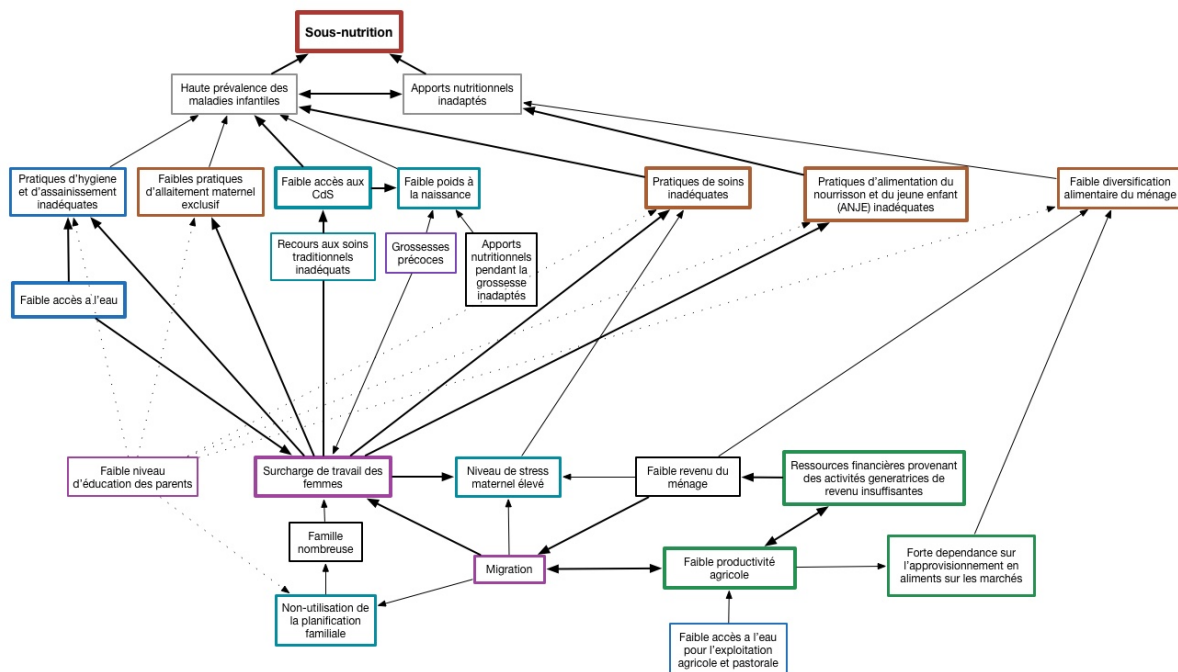


Fig. 35. Schéma de la causalité de la sous-nutrition dans l'arrondissement de Belle-Anse, département du Sud-Est, Haïti



Le schéma causal présenté ci-dessus démontre que la sous-nutrition dans l'arrondissement de Belle-Anse prend ses racines dans le faible revenu du ménage - qui se traduit en surcharge de travail des femmes et ensuite en faibles pratiques de soins de l'enfant. En contraste avec l'opinion général que le faible revenu du ménage influence directement sur la diversification alimentaire des ménages et ainsi constitue le « cœur » du problème, le schéma met en évidence que, grâce à ses nombreuses interconnexions, la surcharge de travail des femmes, assume valablement un poste d'un facteur de risque clé à résoudre. Non seulement il est alimenté par un nombre des autres facteurs de risque mais il a aussi un impact direct sur les capacités des femmes d'observer les pratiques recommandées de soins de l'enfant et ainsi prévenir son exposition aux maladies infantiles, y compris la sous-nutrition.



CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les résultats de l'enquête SMART réalisée en Mai-Juin 2016 démontrent un taux de la sous-nutrition le plus élevé (8.3%) dans le Département du Sud-Est. L'analyse approfondie des données collectées a dévoilé l'existence de poches de malnutrition au niveau des communes et/ou sections communales avec un taux de malnutrition aigüe globale (MAG) dépassant 10% à Thiotte et Belle-Anse et un taux de malnutrition chronique globale (MCG) atteignant 30% à Thiotte et allant au-delà de 50% à Belle-Anse, soit le double d'un seuil acceptable de l'OMS.

Les analyses de l'étude Link NCA nous ont permis d'identifier les mécanismes causaux responsables de cette situation alarmante. Au total, vingt (20) facteurs de risque ont été identifiés comme ayant potentiellement un impact sur l'occurrence de la sous-nutrition dans la zone d'étude. Suite à la collecte des données et leurs analyses, sept (7) facteurs de risque ont été retenus comme ayant un impact majeur, neuf (9) facteurs de risque ont été classifiés comme ayant un impact important et un (1) facteur de risque a été jugé d'avoir un impact mineur sur l'occurrence de la sous-nutrition dans la zone d'étude. De plus, deux (2) facteurs de risque ont été interprétés comme n'ayant pas une influence significative sur la sous-nutrition dans la zone d'étude et un (1) facteur de risque n'a pas pu être proprement analysé dû aux lacunes des informations recueillies.

Parmi les facteurs de risque majeurs, la **faible productivité agricole et l'insuffisance des ressources financières provenant des activités génératrices de revenu** nourrissent un lien à deux sens qui influence les capacités des ménages à couvrir ses besoins familiaux. La faible productivité agricole se traduit en forte dépendance sur l'approvisionnement en aliments sur les marchés qui – vu le faible pouvoir d'achat – influence la potentialité de la diversification alimentaire du ménage. Au même temps, la diminution de revenu du ménage inspire la migration des chefs de ménage vers les autres villes en Haïti et/ou en République dominicaine, qui en soi diminue la productivité agricole du ménage dû à un manque de main d'œuvre et augmente la **surcharge de travail des femmes**. Alimenté par un nombre des autres facteurs de risque, la surcharge de travail des femmes peut être considéré comme un facteur de risque central qui nécessite une réponse programmatique priorisée, surtout dû à son impact sur les pratiques d'allaitement maternel, **pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pratiques de soins** et/ou pratiques d'hygiène et d'assainissement. Les dernières sont naturellement aussi influencées par un **faible accès à l'eau** qui ensemble avec un **faible accès aux soins de santé** représentent deux blocages majeurs responsables de la haute prévalence des maladies infantiles dans la zone d'étude et ainsi d'un risque élevé de la sous-nutrition.

Vu la faible sécurité nutritionnelle dans l'arrondissement de Belle-Anse, les programmes de prise en charge de la malnutrition ne suffisent pas à améliorer la situation nutritionnelle dans la zone d'étude de manière durable. En effet, les résultats de l'étude Link NCA montrent que les causes de la sous-nutrition sont multisectorielles et il est donc nécessaire de concevoir des réponses qui prennent en compte les différents facteurs de risque et leurs mécanismes d'interaction pour établir une réponse pérenne.

Sur la base des résultats de cette étude, les activités suivantes sont recommandées d'être incorporées dans un plan d'action multisectoriel afin de répondre aux facteurs de risque identifiés. Les recommandations sont exposées par secteur thématique d'intervention mais doivent être prises en compte de manière dynamique pour une meilleure amélioration de la situation nutritionnelle dans la zone d'étude.



Santé

Améliorer l'accès aux soins de santé et leur utilisation

- Renforcer des capacités des centres de santé existants en terme du personnel/matériel/équipement ;
- Renforcer la couverture et des capacités des agents de santé communautaire (ASCP), y compris l'augmentation de la fréquence des visites à domicile (2/mois), particulièrement pour les femmes enceintes et allaitantes
- Mettre en place des ambulances et pharmacies communautaires
- Organiser des campagnes de vaccination avancées, de dépistage des maladies récurrentes et des séances de sensibilisation adaptées au contexte (diversification des canaux de diffusion, adaptation de messages, renforcement des capacités des agents sensibilisateurs, etc.)
- Améliorer l'accès aux moyens de contraception avec une attention particulière accordée à la sensibilisation des hommes et leur pouvoir décisionnaire sur la question

Nutrition et pratiques de soins

- Organiser des campagnes de sensibilisation pour promouvoir l'importance de la consommation des produits alimentaires locaux
- Améliorer les pratiques de soins, d'allaitement maternel et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, en adaptant les stratégies de communication pour le changement de comportement aux perceptions communautaires et aux barrières de pratiques perçues et en diversifiant les canaux et les messages de sensibilisation selon l'audience ciblée (ex. jeunes filles, mères, pères, grand-mères, etc.)
- Renforcer la sensibilisation des femmes enceintes et allaitantes lors de la période pré et post natale (CPN, visites à domicile) afin d'assurer l'appropriation des messages diffusés

Sécurité alimentaire et moyens d'existence

- Faciliter l'accès aux prêts permettant une revitalisation des activités génératrices de revenus et une autonomisation successive des ménages
- Faciliter l'accès aux intrants et outils agricoles permettant l'augmentation de la production agricole, y compris l'accès aux stratégies de diversification des cultures
- Renforcer les capacités d'agriculteurs sur les bonnes pratiques agricoles, y compris la mise en place/renforcement des coopératives, la gestion/valorisation des déchets (production du compost), etc.
- Identifier et renforcer des secteurs porteurs pour permettre la diversification des sources de revenus des ménages et le renforcement des capacités de résilience des communautés face aux chocs potentiels

Eau, assainissement, hygiène

- Appuyer l'aménagement et/ou la réhabilitation des sources/réseaux d'eau et soutenir les stratégies durables de leur gestion
- Promouvoir la construction des points d'eau pastoraux et d'irrigation des zones maraichères
- Accompagner techniquement les communautés pour la mise en œuvre des travaux de construction d'infrastructures d'assainissement avec des matériaux disponibles localement pour faciliter l'appropriation et l'utilisation de ces infrastructures et la pérennité de l'accès à l'assainissement
- Améliorer les pratiques d'hygiène et d'assainissement, en adaptant les stratégies de communication pour le changement de comportement aux perceptions communautaires et aux barrières de pratiques perçues et en diversifiant les canaux et les messages de sensibilisation selon l'audience ciblée (ex. jeunes filles, mères, pères, grand-mères, etc.)



- Protéger des bassins versants, organiser des campagnes de reboisement, mettre en place des pépinières communautaires, organiser des campagnes de reboisement et plaider pour l'activation de la loi pertinente (surveillance et punition)

Genre et éducation

- Motiver le retour des hommes par la revitalisation des activités génératrices de revenus
- Sensibiliser les hommes sur la répartition plus équilibrée des tâches ménagères et soins d'enfant (exemplarisation des hommes modèles)
- Faciliter l'accès à l'appui/accompagnement psychosocial



ANNEXES



1.1 ANNEXE 1: CHRONOGRAMME

LinkNCA Haiti CHRONOGRAMME		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		15/8	22/8	29/8	5/9	12/9	19/9	26/9	3/10	10/10	17/10	24/10	31/10	7/11	14/11	21/11	28/11	5/12	12/12	19/12	26/12	2/1	9/1	16/1	23/1	30/1	6/2	13/2	20/2	27/2	6/3	13/3
Réviser les grandes étapes de la phase préparatoire	Compiler et analyser les données secondaires existantes																															
	S'assurer que les objectifs, la population étudiée et la méthodologie appropriée ont été définis																															
	Revoir le budget, le chronogramme et les ressources humaines nécessaires																															
	S'assurer que les rôles et responsabilités ont été défini (notamment PF)																															
Identifier les hypothèses causales	Sélection de l'équipe LinkNCA																															
	Organisation de l'atelier initial																															
	Organisation de l'enquête quantitative																															
	Organisation de l'enquête qualitative																															
	Revue des données secondaires et revue littéraire																															
	Entretiens avec les informateurs clés																															
Atelier initial avec les experts techniques																																
Investigation quantitative	Développement des instruments d'enquête																															
	Pré-test des instruments d'enquête																															
	Echantillonnage																															
	Développement de la base de données et du masque de saisie																															
	Organisation de la formation quantitative																															
	Formation de l'équipe quantitative et test pilote																															
	Collecte des données																															
	Nettoyage de la base de données																															
Investigation qualitative	Analyse des données																															
	Développement des instruments d'enquête																															
	Pré-test des instruments d'enquête																															
	Echantillonnage																															
	Organisation de la formation qualitative																															
Catégorisation des facteurs de risque	Formation de l'équipe qualitative et test pilote																															
	Collecte des données																															
	Analyse des données																															
Atelier final avec les experts techniques																																
Communication	Rapport de l'atelier initial																															
	Rapport de l'atelier final																															
	Rapport LinkNCA																															
	Restitution des résultats aux communautés																															
	Article de presse / Article scientifique																															



1.2 ANNEXE 2: LISTES DES GRAPPES ECHANTILLONNEES POUR L'ENQUETE QUANTITATIVE

SDE_Code	Departement	Commune	Sec_Com	Batiment	Menage	Population		
231_01_003_001	Sud-Est	Belle Anse	1ère Baie d'Orange	273	243	1192		1
231_01_006_006	Sud-Est	Belle Anse	1ère Baie d'Orange	129	129	754		2
231_01_011_001	Sud-Est	Belle Anse	1ère Baie d'Orange	190	147	706		3
231_02_003_002	Sud-Est	Belle Anse	2ème Mabriole	232	167	800		4
231_02_007_006	Sud-Est	Belle Anse	2ème Mabriole	222	173	804		5
231_02_011_003	Sud-Est	Belle Anse	2ème Mabriole	225	216	965		6
231_03_002_003	Sud-Est	Belle Anse	3ème Callumette	293	279	1489		7
231_03_005_006	Sud-Est	Belle Anse	3ème Callumette	243	166	797	RC	
231_04_003_007	Sud-Est	Belle Anse	4ème Corail Lamothe	244	216	1021		8
231_04_005_007	Sud-Est	Belle Anse	4ème Corail Lamothe	281	244	1364		9
231_05_001_014	Sud-Est	Belle Anse	5ème Bel Air	199	186	912		10
231_05_003_008	Sud-Est	Belle Anse	5ème Bel Air	341	290	1721		11
231_05_005_008	Sud-Est	Belle Anse	5ème Bel Air	378	357	1681		12
231_05_007_008	Sud-Est	Belle Anse	5ème Bel Air	266	247	1194	RC	
231_06_002_013	Sud-Est	Belle Anse	6ème Pichon	205	187	917		13
231_06_005_009	Sud-Est	Belle Anse	6ème Pichon	237	210	911		14
231_06_009_009	Sud-Est	Belle Anse	6ème Pichon	251	213	1051	RC	
231_07_004_009	Sud-Est	Belle Anse	7ème Mapou	174	146	716		15
231_07_008_010	Sud-Est	Belle Anse	7ème Mapou	277	213	1001		16
231_07_011_011	Sud-Est	Belle Anse	7ème Mapou	231	194	990		17
232_01_001_001	Sud-Est	Grand Gosier	1ère Colline des Chaines	161	128	597		18
232_01_006_003	Sud-Est	Grand Gosier	1ère Colline des Chaines	192	138	714		19
232_01_009_002	Sud-Est	Grand Gosier	1ère Colline des Chaines	214	192	897		20
232_01_014_003	Sud-Est	Grand Gosier	1ère Colline des Chaines	214	171	847		21
232_01_019_004	Sud-Est	Grand Gosier	1ère Colline des Chaines	59	42	216		22
233_02_003_004	Sud-Est	Thiotte	3ème Thiotte	453	457	2111		23
233_02_005_004	Sud-Est	Thiotte	3ème Thiotte	193	188	998		24
233_02_008_002	Sud-Est	Thiotte	3ème Thiotte	249	222	1037		25
233_02_011_002	Sud-Est	Thiotte	3ème Thiotte	223	165	730		26
233_02_014_002	Sud-Est	Thiotte	3ème Thiotte	249	209	1080		27
234_02_002_003	Sud-Est	Anse à Pitre	2ème Bois d'Orme	242	243	1196		28
234_02_005_004	Sud-Est	Anse à Pitre	2ème Bois d'Orme	212	177	893		29
234_02_010_005	Sud-Est	Anse à Pitre	2ème Bois d'Orme	145	117	430		30
234_02_013_004	Sud-Est	Anse à Pitre	2ème Bois d'Orme	178	136	581	RC	



1.3 ANNEXE 3: OUTILS D'ÉTUDE QUALITATIVE

CONSENTEMENT ECLAIRE

Bonjour/Bonsoir, je m'appelle XXX et ensemble avec mon co-équipier nous travaillons pour Action Contre la Faim (ACF). Actuellement, ACF mène une étude d'analyse causale de la sous-nutrition (Link NCA) dans l'arrondissement de Belle Anse dans le département du Sud-Est. Le grand objectif de cette étude est de comprendre les causes de la sous-nutrition dans votre zone ainsi que les différents mécanismes ayant un impact sur son occurrence. Nous espérons que cette étude contribuera à améliorer la compréhension de la sous-nutrition dans votre communauté et dans l'arrondissement de Belle Anse à large menant à la réduction de ce phénomène dans le futur. Nous croyons que votre participation à cette étude est cruciale pour apprécier les vrais enjeux auxquels les membres de votre communauté font face.

Dans votre village, l'étude consiste en collection de données à travers les entretiens et les discussions de groupe organisés au cours de 5 jours. Chaque groupe de discussion accueillera environ 10 personnes et ne durera pas plus de 45 min. Au cours de ces échanges, nous allons vous poser des questions sur le fonctionnement de votre ménage, les pratiques d'alimentation et d'allaitement des enfants, l'accès à l'eau potable, l'accès aux soins de santé, etc. Les résultats seront utilisés pour améliorer la prévention de la malnutrition dans votre communauté et dans tout l'arrondissement de Belle Anse.

Votre participation ne sera pas rémunérée mais notre équipe vous offrira de l'eau et des collations saines. Lors de dernier jour – avant notre départ, nous aimerions inviter tous les participants à un repas commun.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous allons prendre des notes mais nous n'allons pas enregistrer vos données personnelles, telles que vos noms. Vos réponses seront traitées en toute confidentialité. Nous ne prévoyons pas des risques à votre participation à cette étude et vos réponses n'influenceront pas votre éligibilité aux programmes actuels ou futurs.

Vous n'êtes pas obligé(e) de participer à cette étude. La décision de participer à cette étude est entièrement à vous. Vous êtes libre de refuser. Si une question que je vous pose vous rend mal à l'aise, vous n'êtes pas obligé(e) de répondre. Vous pouvez interrompre votre participation à cette étude à tout moment.

Est-ce que vous avez des questions que vous aimeriez nous poser sur le déroulement de notre étude ? Nous serons heureux de vous répondre.

Si toutes vos questions ont été satisfaites, est-ce que vous consentez à participer à cette étude ?

Merci d'avance pour de votre contribution.



GUIDE D'ENTRETIEN : LEADERS COMMUNAUTAIRES & AUTRES INFORMATEURS CLÉS

1. Comment décriviez-vous votre village ? Quels services/ressources sont y disponibles ? Avez-vous des projets/partenariats avec le gouvernement/ONG en cours ? Avez-vous des projets/partenariats avec le gouvernement/ONG dans le passé ? Comment étaient-ils perçus par les membres de la communauté ?
2. Quels sont les modes de transport utilisés pour se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur du village ? Quels sont les canaux/ moyens de communication utilisés entre les membres du village, entre les différents villages ? Comment reçoit-on les nouvelles du pays ?
3. Comment décriviez-vous la population en termes de scolarisation (niveau/proportion) ? Où se situent l'école primaire, le collège, le lycée le plus proche ? A quelle distance du village se trouvent-ils ? Combien de temps faut-il prévoir pour le déplacement ? Existont-ils des barrières d'accès (permanentes, saisonnières ?) Quels moyens de transport pourrait-on utiliser pour s'y rendre ? Quel est le prix standard de ce déplacement ? Quels sont les frais de scolarisation dans ces institutions ?
4. Où est-ce que se trouve un centre de santé le plus proche ? A quelle distance du village se trouve-t-il ? Combien de temps faut-il prévoir pour le déplacement ? Existont-ils des barrières d'accès (permanentes, saisonnières ?) Quels moyens de transport pourrait-on utiliser pour s'y rendre ? Quel est le prix standard de ce déplacement ?
5. Quels services sont-ils disponibles dans ce centre de santé ? Quelles sont ses heures d'ouverture ? Est-ce que le personnel est disponible dans les cas d'urgence ? Quels sont les frais standards pour les services offerts ? Est-ce que le matériel et les médicaments sont normalement disponibles ? Est-ce que le personnel a des capacités des soigner les maladies répandues dans votre village ?
6. Quel traitement avez-vous habitude d'utiliser au premier lieu dans le cas d'une maladie ? A qui demande-t-on le conseil sur le traitement ? Quels autres traitements avez-vous habitude d'utiliser ? Quels sont leurs avantages/désavantages ? Quel coût est-il lié à ces types de traitement ? Qui s'occupe d'un enfant malade ?
7. Quels sont les principaux problèmes de santé dans ce village ? Quelles sont les principales maladies qui affectent les enfants du village ? Quelles sont les causes de ces maladies ? Quel est leur impact sur la santé/vie des enfants ?

MALNUTRITION (montrez les images de marasme / kwashiorkor)

8. Est-ce que vous avez des enfants dans votre communauté qui ressemblent à ceux-ci ? Si oui, quel type est plus courant ? Est-ce que c'est une maladie comme les autres ? Pourquoi (pas) ? Quels termes locaux utilisez-vous pour la décrire ? Comment est-elle aperçue dans la communauté ? Est-ce que c'est une " nouveauté " dans votre communauté ? Si oui, depuis quand ? Pourquoi pensez-vous cette condition est apparue dans votre communauté ? Est-ce que vous pensez que cette condition est stigmatisée dans votre communauté ? Pourquoi ? Comment cette stigmatisation se dévoile-t-elle sur le comportement et/ou les relations dans la communauté ? Pourriez-vous me décrire ses symptômes ? Causes ? Effets ? Quels itinéraires thérapeutiques sont-ils disponibles pour traiter cette condition ? Quels sont les plus fréquents ? Pourquoi ?
9. Existe-t-il des moyens pour que les enfants évitent de devenir malnutris ? Comment les mères et les enfants qui ne sont pas malnutris font-ils pour rester en bonne santé ? Est ce qu'il y a des ménages pauvres qui ont des enfants en bonne santé et bien nourris ? Comment le font-ils ? A votre avis quelles sont les contraintes des parents pour garder leur enfant en bonne santé ? Quels comportements sont soupçonnés de causer la malnutrition ? Il y a-t-il causes perçues enracinées dans le surnaturel ? Est-ce qu'il y a des enfants qui sont plus susceptibles de souffrir de malnutrition ? Qui sont-ils et pourquoi ?
10. Est-ce que les mères peuvent souffrir de malnutrition ? Lesquelles peuvent être plus vulnérables ?
11. Quand est ce que la prévalence de la malnutrition est la plus haute dans ce village ?



12. Quelles sont les activités principales dans votre village ? Quelles autres activités sont-elles pratiquées par les membres de votre communauté ? Varient-elles au cours de l'année ? Apercevez-vous un changement à cet égard ces dernières 10-15 années ?
13. Est-ce que les gens ont tendance de migrer pour trouver un travail ? Où vont-ils ? Comment s'organisent-ils à leur départ¹ ? Comment restent-ils en contact avec leurs proches ? Est-ce qu'ils ont habitude de soutenir leurs familles dans un village ? Comment ? A quelle fréquence ? Est-ce que vous apercevez le changement dans ces pratiques ce dernier temps ?
14. Existont-ils les différences entre les activités quotidiennes des hommes et des femmes ? Lesquelles ? Pourquoi ? Cela change-t-il selon la saison ? Comment se traduisent-elles en soins d'enfants ? Qui s'occupe des enfants ?
15. Dans un ménage, qui a habitude de prendre des décisions sur les dépenses, la scolarisation d'enfants, soins d'enfants ? Qui prépare la nourriture à la maison ? Qui est responsable de choisir la nourriture à acheter et d'aller l'acheter ?
16. A quel âge les hommes et les femmes se marient-ils en général ? Est-ce que la polygamie existe-t-elle dans votre milieu ? Si oui, quel impact a-t-elle sur la situation socio-économique d'un ménage ? A quel âge ont-ils leur premier enfant ? Combien y-a-t-il d'enfants par famille ? Est-ce qu'il y a des enfants qui ne vivent pas avec leurs parents ? Est-ce qu'il y a des femmes seules avec enfants ?
17. Comment décriviez-vous la situation socio-économique d'une plupart des ménages dans votre village ? Existont-ils des ménages qui ne correspondent pas à cette définition ? Lesquels ? Pourquoi ? Pourriez-vous définir les défis spécifiques à ces ménages ? Comment définit-on un ménage en situation de sécurité alimentaire ?
18. Quel type de biens ont les ménages tendance de rassembler ? Pourquoi ?
19. Comment les ménages ont-ils habitude de s'approvisionner ? Existont-ils des variations de l'approvisionnement selon saison ? Est-il facile d'aller au marché ? Quels sont les marchés fréquentés par les habitants du village ? Quels jours ont-ils lieu ? A quelle distance du village se trouve-t-ils ? Comment pourrait-on s'y rendre ? Combien de temps faut-il prévoir pour le déplacement ? Existont-ils des barrières d'accès (permanentes, saisonnières) ? Que peut-on acheter dans ce marché/Trouve-t-on les produits de base nécessaires sur le marché ? Quels produits vous manquent ? Est-ce que les gens du village vendent des produits sur ce marché ? Si oui, que vendent-ils ? Existe-t-il des fluctuations de prix sur le marché à la vente ou à l'achat selon les saisons ? Quand ? Comment cela affecte-il les ménages ?
20. Quelles sont les cultures de subsistance/cultures de rente ? Quels sont les principaux animaux élevés et produits d'élevage vendus ?
21. Quelles sources d'eau sont-elles disponibles dans votre village ? Sont-elles améliorées ? A quelle distance du village se trouve-t-elles ? Comment pourrait-on s'y rendre ? Combien de temps faut-il prévoir pour le déplacement ? Existont-ils des barrières d'accès (permanentes, saisonnières) ? Quelle est la qualité de cette eau ? Qui est responsable de la gestion des sources d'eau ? Comment est-ce que cela s'organise ? Est-ce que les communautés utilisent les mêmes sources pour le bétail et l'eau de boisson ? Si non, quelles sources d'eau sont-ils disponibles pour l'exploitation agricole et pastorale ? Est-ce que les communautés ont accès à des systèmes d'irrigation ?
22. Comment décriviez-vous la situation d'hygiène et d'assainissement dans votre village ? Existe-t-il des infrastructures d'assainissement ? Lesquelles ? Par qui sont-elles utilisées ? Qui est responsable de leur construction/gestion ? Existe-t-il les infrastructures d'assainissement dans les écoles et au centre de santé ? Existe-t-il des différences en pratiques entre les hommes/garçons et femmes/filles ?



¹ Financement d'un voyage.



GUIDE D'ENTRETIEN : PERSONNEL DU CENTRE DE SANTÉ

1. Quel est votre rôle au CdS? Depuis quand exercez-vous votre rôle? Comment vous sentez-vous dans votre rôle? Avez-vous bénéficié de la formation? Quand? Combien de fois? Bénéficiez-vous d'une supervision/suivi de vos activités? Qui vous supervise? Comment? A quelle fréquence? Collaborez-vous avec autres CdS? Comment? Combien de personnes travaillent dans ce centre de santé? Est-ce qu'ils ont tous qualifiés? Est-ce que tout le personnel est rémunéré? Qui s'occupe du centre de santé quand l'infirmier en charge est absent? Qui gère la PCIMA?
2. Quels services sont-ils disponibles dans ce centre de santé? Quelles sont ses heures d'ouverture? Est-ce que vous intervenez dans les cas d'urgence? Quels sont les frais standards pour les services offerts? Est-ce que le matériel et les médicaments sont normalement disponibles? Que faites-vous en cas de rupture?
3. Combien villages couvre-t-il ce centre de santé? A quelle distance se trouve le village le plus éloigné? Combien de temps faut-il prévoir pour le déplacement? Existents-ils des barrières d'accès (permanentes, saisonnières?) Quels moyens de transport pourrait-on utiliser pour se rendre à ce centre de santé? Quel est le prix standard de ce déplacement?
4. Quels sont les principaux problèmes de santé de la population couverte par ce centre de santé? Quelle sont les principales maladies qui affectent les enfants du village? A quel moment de l'année sont-elles plus répandues? Quelles sont les causes/effets de ces maladies? Qui (filles ou garçons) sont plus exposés ou vulnérables aux maladies?
5. Quel traitement ont les membres de ces communautés habitude d'utiliser au premier lieu dans le cas d'une maladie? Quels autres traitements ont-ils habitude d'utiliser? Qu'est-ce que vous pensez de ces traitements, leurs avantages/désavantages? Quel coût est-il lié à ces types de traitement? Qui s'occupe d'un enfant malade?

MALNUTRITION

6. Quelle est la prévalence de la malnutrition dans les communautés couvertes par ce centre de santé? Est-ce que c'est une « nouveauté »? Si oui, depuis quand? Pourquoi pensez-vous cette condition est apparue dans votre communauté? Quels termes locaux utilise-t-on dans ces communautés pour décrire la malnutrition? Comment est-elle aperçue? Quelles sont les causes principales de cette maladie dans ces communautés? Est-ce que les membres de la communauté comprennent ses symptômes, causes et effets? Comment est-ce qu'ils les décrivent? Quels itinéraires thérapeutiques sont-ils disponibles et fréquemment utilisés pour le traitement de cette condition? Est-ce que vous pensez que cette condition est stigmatisée? Si oui, comment cette stigmatisation se dévoile-t-elle sur le comportement et/ou les relations dans la communauté?
7. Existe-t-il des moyens pour que les enfants évitent de devenir malnutris? Comment les mères et les enfants qui ne sont pas malnutris font-ils pour rester en bonne santé? Est-ce qu'il y a des ménages pauvres qui ont des enfants en bonne santé et bien nourris? Comment le font-ils? A votre avis, quelles sont les contraintes des parents pour garder leur enfant en bonne santé? Quels comportements sont soupçonnés de causer la malnutrition? Il y a-t-il des causes perçues enracinées dans le surnaturel? Est-ce qu'il y a des enfants qui sont plus susceptibles de souffrir de malnutrition? Qui sont-ils et pourquoi?
8. A quel âge les hommes et les femmes se marient-ils en général? Est-ce que la polygamie existe-t-elle dans votre milieu? Si oui, quel impact a-t-elle sur la situation socio-économique d'un ménage? A quel âge ont-ils leur premier enfant? Combien y a-t-il d'enfants par famille? Qui prend la décision à cet égard?
9. Est-ce que les familles respectent l'espacement de naissances? De combien de mois? Est-ce qu'elles utilisent des moyens de contraception? Lesquels? Qui prend la décision à cet égard? Avez-vous des moyens de contraception à disposition? Conseillez-vous ces méthodes aux femmes? Dans quels cas? Acceptent-elles? Si non, quels sont leurs arguments? Quel est le prix des moyens de contraception disponibles dans ce centre de santé? A quelle fréquence et durée faites-vous face aux ruptures de stock?
10. Est-ce que les IST sont répandues? Comment sont-elles traitées? Avez-vous des cas de séropositif ou de suspicion de séropositif? Quelle est la prévalence de VIH dans cette zone? Comment est-il traité? Est-ce que vous faites un dépistage de VIH? A quelle fréquence?



11. Que se passe-t-il si une femme tombe enceinte précocement et/ou ne désire pas être enceinte?
12. Est-ce que les femmes ont habitude de fréquenter la CPN? A quelle fréquence? Quel type de services est-il offert pendant la CPN? Existe-t-il les barrières (physiques, financières, idéologiques) à la CPN? Qui (au niveau de village) les conseillent pendant les grossesses? Est-ce que vous avez remarqués des pratiques nuisibles à la santé d'une mère et/ou son enfant? Est-ce que les femmes enceintes font face aux difficultés pendant les grossesses? Lesquelles? Quel rôle jouent les pères pendant cette période?
13. Où est-ce que les femmes ont habitude d'accoucher? Quels soins reçoivent-elles après l'accouchement? Est-ce que les naissances à petit poids sont fréquentes dans cette zone?
14. Quand un enfant naît, que mange/boit il en premier? Que mange/boit il jusqu'à ses 6 mois? Et après? Jusqu'à quel âge et à quelle fréquence allaitent les femmes leurs enfants? Quelles sont les raisons pour lesquelles les mères arrêtent d'allaiter leurs enfants? Est-ce qu'il y a des croyances traditionnelles autour de l'allaitement ou de l'alimentation du nourrisson ou du jeune enfant? Est-ce qu'il y a des aliments spéciaux pour les enfants? Existe-t-il les différences entre les filles et les garçons? Est-ce que les enfants ont la même alimentation tout au long de l'année (allaitement, diversité alimentaire, quantité)? Qui conseille les parents sur l'alimentation/soins de leurs enfants? Est-ce qu'il y a des aliments que les enfants ne peuvent pas manger? Lesquels? Pourquoi? A quel âge?
15. Qui aide les mères après que l'enfant soit né? Pendant combien de temps après l'accouchement se reposent-elles? Comment évaluez-vous leur charge de travail journalier?
16. Comment organisez-vous pour les vaccinations des enfants? Est-ce qu'ils sont vaccinés au centre de santé ou dans les villages? Comment sont les vaccinations perçues par les parents/autres membres de la communauté? Quand s'est déroulée la dernière campagne de vaccination DPT3? Quelle proportion des enfants éligibles a été atteinte?
17. Quand et où s'est déroulée la dernière campagne de supplémentation en Vitamine A? Quelle proportion des enfants éligibles a été atteinte?
18. Menez-vous des campagnes de sensibilisation dans les villages couverts par ce centre de santé? Quels sujets couvrez-vous? A quelle fréquence? Quelles améliorations avez-vous observé à cet égard? Quelles barrières existent en lien avec la mise en œuvre de vos recommandations?

Observations

Accès à l'eau potable / Infrastructures sanitaires / Propreté



GUIDE D'ENTRETIEN: SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS D'EXISTENCE

1. Quelles sont vos principales sources de revenu? Varient-elles au cours de l'année? Est-ce qu'elles ont changé avec le temps? Quelles sont vos sources de revenu secondaires par ordre d'importance/saison/genre? Qui gère les ressources monétaires? Combien un homme donne à une femme chaque semaine? Quelles sont les ressources de l'homme/femme indépendamment (hors ménage)? Que fait-il/elle avec? Les revenus générés par une femme sont-ils remis à l'homme?
2. Est-ce que les gens ont tendance de migrer pour trouver un travail? Où vont-ils? Comment s'organisent-ils à leur départ¹? Comment restent-ils en contact avec leurs proches? Est-ce qu'ils ont habitude de soutenir leurs familles dans un village? Comment? A quelle fréquence? Est-ce que vous apercevez le changement dans ces pratiques ce dernier temps? Quelles sont les conséquences de cette migration pour le ménage?

AGRICULTURE

3. Quels sont les principaux produits agricoles (rente/vivrières)? Quelles sont les principales contraintes et risques pour la production agricole? Quelles sont les principales maladies observées chez vos cultures? Les animaux en liberté détruisent-ils ou mangent-ils vos cultures? Quelles solutions avez-vous contre cela? Quels sont les intrants (main d'œuvre, matériels, outils, engrais, pesticides) nécessaires pour une bonne production? Qui travaille au champ et à quelle période? Recevez-vous de l'aide pour cultiver vos champs? Est-ce que vous devez payer pour le labourage? Il y a-t-il eu des changements dans la main d'œuvre dans les 10 dernières années? Quelle est la provenance/l'accès/la disponibilité et l'utilisation des intrants agricoles? Quelles semences/fertilisants/pesticides utilisez-vous pour l'agriculture/le maraichage? Ou est-ce que vous vous les procurez? Quelles méthodes utilisez-vous pour la protection des cultures contre la divagation et/ou épidémies? Pratiquez-vous la rotation des cultures? Quelles méthodes utilisez-vous pour améliorer les productions (fertilité de la terre)? Laissez-vous les terres se reposer? Quelles taxes devez-vous payer pour pouvoir cultiver²? Combien de champs cultivez-vous, sont-ils situés à coté? Combien de temps mettez-vous pour aller aux champs? Quels sont les facteurs (main d'œuvre, coût, accès aux terres, etc.) limitant à l'augmentation de la taille de la parcelle cultivée?
4. Quand récoltez-vous? Quand vendez-vous les récoltes? Comment l'argent est dépensé? Où et à qui vendez-vous vos productions agricoles? Locale ou exportation? Quelles taxes devez-vous payez pour vendre vos productions? Qui décide de ce qui est gardé pour manger et ce qui va être vendu?
5. Expliquez vos dépenses sur 1 semaine, 1 mois, 1 année en répartissant des jetons sur chaque poste de dépense proportionnellement à leurs capitaux: céréales/légumes/arachides, viande/lait/huiles/graisse, sucre/sel/thé/café/eau, soins de santé/locations maison ou terres, scolarisation des enfants, transport/carburant, équipements ménagers et de cuisine, vêtements et chaussures, alcool/cigarettes, intrants agricoles et maraichers, intrants pour les animaux et le bétail, remboursement des dettes, autres. Quelle est la saisonnalité des dépenses?
6. Quels sont les marchés fréquentés par les habitants du village? Quels jours ont-ils lieu? A quelle distance du village se trouve-t-ils? Comment pourrait-on s'y rendre? Combien de temps faut-il prévoir pour le déplacement? Existente-ils des barrières d'accès (permanentes, saisonnières)? Que peut-on acheter dans ce marché? Est-ce que les gens du village vendent des produits sur ce marché? Si oui, que vendent-ils? Existe-t-il des fluctuations de prix sur le marché à la vente ou à l'achat selon les saisons? Quand? Comment cela affecte il les ménages? Est-ce que les marchés fonctionnent pareillement toute l'année? Est ce qu'il y a des périodes où vous ne pouvez pas trouver ce que vous souhaitez? Y-a-t-il des périodes où vous ne trouvez pas d'acheteurs pour vos productions?



¹ Financement d'un voyage.

² Proportion de ménages propriétaires / métayers qui donnent une partie de leur récolte au propriétaire / fermiers qui paient pour cultiver la terre.



ELEVAGE

7. Quels sont les animaux possédés par les ménages de votre communauté? Quels sont les problèmes que vous rencontrez pour garder vos animaux en bonne santé? Est-ce que vous les vaccinez régulièrement contre les épizooties? Quelles sont les principales maladies observées chez vos animaux? A quelle distance se trouvent des pâturages et des points d'eau pour le bétail? Comment sont-ils nourris (fourrage, pâturage, achat d'aliments) Qui emmène vos animaux en pâture et boire? Part-il toute la journée, plusieurs jours, plusieurs mois? Y-a-t-il des vols de bétails dans votre village? Quand (saison) les vendez-vous normalement?
8. Quels sont les principaux produits animaux? Est-ce que vous les gardez ou vendez? Si vous les gardez, qui les consomme dans le ménage? Quand est-ce que vous vendez ces produits?
9. Quels sont les types de régime foncier dans ce village? A qui appartiennent les terres? Sont-elles louées/achetées/héritées? Est-ce qu'elles sont facilement accessibles? Est ce qu'il y a des conflits de terre dans le village actuellement?
10. Quels types d'aliments préférez-vous dans votre ménage? Quels types d'aliments sont généralement consommés? Quels types d'aliments sont peu fréquemment consommés? Est-ce que tout le monde dans le ménage consomme les mêmes aliments? Comment les céréales et les aliments produits ou achetés sont stockés avant d'être consommés? Y-a-t-il des pertes pendant le stockage? Qui prépare les repas? Combien de fois par jour cuisinez-vous? Comment les repas sont stockés (si pas consommés toute de suite)? Quels sont les aliments que vous essayez de conserver pendant une longue période? Que faites-vous pour les préserver? Auxquels défis faites-vous face en essayant de conserver les aliments?
11. Quelles sont vos principales sources de nourriture? Comment varient-elles au cours de l'année? D'où obtenez-vous habituellement votre nourriture? (Qu'est ce qui est acheté au marché?) Qui choisit le type de nourriture à acheter? Existe-t-il des fluctuations de prix sur le marché à la vente ou à l'achat selon les saisons? Quand? Comment cela affecte il les ménages? Que faites-vous pour faire face lorsque les prix alimentaires sont élevés ou que l'argent se fait rare? Quand il y a une sécheresse, ou des moments difficiles financièrement, quels sont les aliments à prioriser selon vous? Avez-vous des sources d'épargne/solidarité en cas de problème? Quelles sont-elles? Quels sont les mois où vous manquez des aliments? Lesquels? Pourquoi? Est-ce que vous mangez de la nourriture cueillie ou chassée ou récoltée dans la nature? Si oui, laquelle?
12. Vous avez assez de nourriture pour 4 personnes, mais vous avez 7 personnes à nourrir dans la famille. Quelles personnes vont être priorisées? Qui consomme en priorité la viande et le lait?
13. Quelles sont les causes d'une mauvaise sécurité alimentaire? Quelles sont ses conséquences? Y-a-t-il eu des conflits qui ont eu des répercussions sur la sécurité alimentaire de certains ménages? Pourquoi?
14. Est-ce que quelqu'un dans votre ménage boit de l'alcool? Quel type? A quelle fréquence?



GUIDE D'ENTRETIEN: EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIÈNE

1. Quelles sources d'eau sont-elles disponibles dans votre village? Sont-elles améliorées? A quelle distance du village se trouve-t-elles? Comment pourrait-on s'y rendre? Combien de temps faut-il prévoir pour le déplacement? Existence-ils des barrières d'accès (permanentes, saisonnières)? Est-ce que vous changez de sources selon les saisons?
2. Quelle est la qualité de cette eau? Cela change-t-il selon les saisons? Qui est responsable de la gestion des sources d'eau? Comment est-ce que cela s'organise? Devez-vous payer pour l'eau? Si oui, combien? Est-ce que les communautés utilisent les mêmes sources pour le bétail et l'eau de boisson? Si non, quelles sources d'eau sont-ils disponibles pour l'exploitation agricole et pastorale? Est-ce que les communautés ont accès à des systèmes d'irrigation?
3. Qui est responsable de la collecte de l'eau? A quel moment de la journée allez-vous chercher l'eau? Y-a-t-il une file d'attente? Si oui, combien de temps pensez-vous attendre? Où sont vos enfants, pendant que vous recueillez l'eau?
4. Quelles sont les conséquences de la consommation d'eau de mauvaise qualité? Y-a-t-il quelque chose que vous faites à l'eau après l'avoir obtenu à partir de la source d'eau? Comment stockez-vous votre eau? Comment répartissez-vous l'eau dans le ménage? Est-ce que certains membres de votre ménage prennent plus d'eau que d'autres?
5. Comment décriviez-vous la situation d'hygiène et d'assainissement dans votre village? Existe-t-il des infrastructures d'assainissement? Lesquelles? Par qui sont-elles utilisées? Qui est responsable de leur construction/gestion? Existe-t-il les infrastructures d'assainissement dans les écoles et au centre de santé? Lorsque que vous êtes en dehors du village comment faites-vous?
6. Que faites-vous lorsque vous allez aux toilettes (lavage des mains/ essuyage de l'anus)? Existe-t-il les différences en pratiques entre les hommes/garçons et femmes/filles? Existe-t-il des endroits que seuls les hommes ou les femmes peuvent aller aux toilettes? Les hommes ont-ils honte d'être vu aller dans les mêmes latrines que le reste de la famille? Où les hommes/femmes/enfants se lavent-il? Les enfants et les adultes utilisent les mêmes infrastructures d'assainissement? Que faites-vous avec les excréments des enfants?
7. Avez-vous du savon dans votre ménage? Pour quoi l'utilisez-vous? A partir de quel âge est-ce que les enfants se lavent les mains avant de manger?
8. Quelles sont les bonnes/mauvaises pratiques d'hygiène appliquées dans cette communauté? Qu'est-ce que vous empêche d'appliquer les bonnes pratiques? Pouvez-vous définir les bonnes/mauvaises pratiques d'hygiène pour un enfant?
9. Avez-vous des animaux à la maison? Où dorment ces animaux? Ont-ils accès à l'intérieur de la maison? Que faites-vous des excréments des animaux? Est-ce que les excréments des humains et des animaux peuvent être un danger pour la santé des enfants?
10. Lavez-vous certains aliments avant de les consommer? Si oui, lesquels et comment? Comment conservez-vous vos aliments (aliments préparés vs. fruits du marché? Pour combien de temps? Quelles peuvent être les sources de contamination de l'eau ou le la nourriture?
11. Que faites-vous avec les déchets du ménage?
12. Est-ce que vous utilisez des biberons ou récipients traditionnels pour nourrir les jeunes enfants? Si oui, lesquels? Comment et quand sont-ils nettoyés? Ou est-ce que dorment/jouent vos enfants? Quels sont les risques environnementaux pour la santé des enfants?



GUIDE D'ENTRETIEN: NUTRITION

1. De quoi se constitue l'alimentation principale de vos ménages? Est-ce que cela change selon les saisons? Combien de fois mange-t-on par jour? Comment les repas sont-ils repartis entre les membres d'un ménage? Pensez-vous que la famille donne plus de nourriture aux garçons / filles /les deux pareil? Quels sont les aliments nutritifs pour les enfants et pour les parents? Quelle est la priorisation des aliments "nutritifs" à l'intérieur du ménage? Quels sont les aliments réservés à l'enfant? A la mère? Au père? Pensez-vous que la croissance ou le développement d'un enfant est différent si c'est une fille ou un garçon? Est qu'il y a des aliments spéciaux pour les enfants? Qui conseille sur ce que doit manger un enfant? Est-ce qu'il y a des aliments que vous ou autres membres de la famille ne peuvent pas manger? Lesquels? Pourquoi? Est-ce qu'il y a des aliments que les femmes ne peuvent pas manger quand elles sont enceintes/allaitantes? Lesquels? Pourquoi? Est-ce qu'il y a des aliments que les enfants ne peuvent pas manger? Lesquels? Pourquoi? A quel âge?
2. Quelle est la composition de vos repas? Combien de fois par semaine mangez-vous la viande/produits laitiers? Quels sont les fruits et légumes consommés par les ménages selon les saisons? Quel est le ratio produits consommés vs. aliments produits par le ménage? Quels types d'aliments sont préférés dans votre ménage? Quels types d'aliments sont habituellement consommés? Quel type d'aliments préférez-vous à donner à votre enfant? Qui choisit le type d'aliments à acheter? Quels sont les défis auxquels vous faites face en essayant de conserver les aliments?
3. Qui prépare les repas dans votre ménage? A quel moment de la journée? Ou sont entreposés les plats pendant la journée et la nuit? Quelles techniques de préparation des aliments utilisez-vous?
4. Quand un enfant a été né, qu'est-ce que vous avez lui donner à manger/boire en premier? Comment l'avez-vous nourri jusqu'à ses 6 mois? Et après? Jusqu'à quel âge et à quelle fréquence avez-vous allaité votre enfant? Quand et pourquoi avez-vous arrêté de l'allaiter? Est-ce que vous donnez des aliments spéciaux à votre enfant? Quels sont les aliments que vous pensez être importants pour nourrir votre enfant? Pourquoi? Est-ce que vous nourrissez votre enfant avec les mêmes aliments tout au long de l'année? Qui vous conseille sur l'alimentation/soins de votre enfant? Est-ce qu'il y a des aliments que votre enfant ne peut pas manger? Lesquels? Pourquoi? Jusqu'à quel âge?
5. Pourriez-vous me dire qu'est-ce que vous avez donné à manger à votre enfant hier? Comment savez-vous si votre enfant a faim? Que faites-vous si votre enfant ne veut pas manger? Quand vous êtes absente que mange/bois votre enfant? Qui lui donne à manger à boire?
6. Pourriez-vous me décrire ce que les enfants mangent depuis la naissance jusqu'à l'âge de deux ans (qualité, quantité, nombre de repas chaque jour)?
7. Comment décrivez-vous un enfant en bonne santé? Qu'est-ce qu'il faut faire pour le garder en bonne santé? Quelles pratiques considérez-vous les plus importantes pour le bon développement de l'enfant? Quels sont les signes (physiques, comportementaux, psychologiques) que l'enfant ne se développe pas normalement? Quels sont les principaux défis pour élever un enfant en bonne santé et pourquoi? Quelles sont les bonnes pratiques dans votre communauté qui aident un enfant et sa mère à être en bonne santé?

MALNUTRITION (montrez les images de marasme / kwashiorkor)

8. Est-ce que vous avez des enfants dans votre communauté qui ressemblent à ceux-ci? Si oui, quel type est plus courant? Est-ce que c'est une maladie comme les autres? Pourquoi (pas)? Quels termes locaux utilisez-vous pour la décrire? Comment est-elle aperçue dans la communauté? Est-ce que c'est une "nouveau-né" dans votre communauté? Si oui, depuis quand? Pourquoi pensez-vous cette condition est apparue dans votre communauté? Est-ce que vous pensez que cette condition est stigmatisée dans votre communauté? Pourquoi? Comment cette stigmatisation se dévoile-t-elle sur le comportement et/ou les relations dans la communauté? Pourriez-vous me décrire ses symptômes? Causes? Effets? Quels itinéraires thérapeutiques sont-ils disponibles pour traiter cette condition? Quels sont les plus fréquents? Pourquoi?
9. Existe-t-il des moyens pour que les enfants évitent de devenir malnutris? Comment les mères et les enfants qui ne sont pas malnutris font-ils pour rester en bonne santé? Est-ce qu'il y a des ménages pauvres qui ont des enfants en bonne santé et bien nourris? Comment le font-ils? A votre avis, quelles sont les contraintes des parents pour garder leur enfant en bonne santé? Quels



comportements sont soupçonnés de causer la malnutrition? Il y a-t-il causes perçues enracinées dans le surnaturel? Est-ce qu'il y a des enfants qui sont plus susceptibles de souffrir de malnutrition? Qui sont-ils et pourquoi?

10. Quel traitement utilisiez-vous au premier lieu au cas où votre enfant était dans l'état pareil? A qui demandiez-vous le conseil sur le traitement? Quels autres traitements tentiez-vous d'utiliser?

11. Est-ce que les mères peuvent souffrir de malnutrition? Lesquelles peuvent être plus vulnérables?



GUIDE D'ENTRETIEN: SANTÉ

1. Comment décrivez-vous un enfant en bonne santé? Qu'est-ce qu'il faut faire pour le garder en bonne santé? Quelles pratiques considérez-vous les plus importantes pour le bon développement de l'enfant? Quels sont les signes (physiques, comportementaux, psychologiques) que l'enfant ne se développe pas normalement? Quels sont les principaux défis pour élever un enfant en bonne santé et pourquoi? Quelles sont les bonnes pratiques dans votre communauté qui aident un enfant et sa mère à être en bonne santé?
2. Quels sont les principaux problèmes de santé dans ce village? Quelle sont les principales maladies qui affectent les enfants du village? Est-ce que cela varie selon les saisons? Est-ce qu'il y a certaines maladies qui ont disparu/apparu dans les dernières 10-15 années? Quelles sont les causes de ces maladies? Quel est leur impact sur la santé/vie des enfants?
3. Quel traitement vous avez habitude d'utiliser au premier lieu dans le cas d'une maladie? A qui demandez-vous des conseils? Quels autres traitements avez-vous habitude d'utiliser? Qu'est-ce que vous pensez de ces traitements, leurs avantages/désavantages? Quel coût est-il lié à ces types de traitement? Qui s'occupe d'un enfant malade? Que feriez-vous si l'enfant ne se sent pas mieux ou si son état de santé s'aggrave?
4. Quels sont les traitements traditionnels que vous utilisez pour soigner un enfant avec la fièvre, la diarrhée, la toux, la perte du poids? Est-ce que ces maladies ont été traitées différemment dans le passé? Pourquoi cela a-t-il changé? Qu'est-ce que le personnel de santé vous donne ou vous conseille pour cette maladie habituellement?
5. Est-ce que les maladies transmises par les moustiques sont répandues dans votre village? Utilisez-vous des moustiquaires pour vous et vos enfants pour dormir? Si il n'y a pas de moustiquaires pour tous les membres du ménages qui est priorisé?
6. Où est-ce que se trouve un centre de santé le plus proche? A quelle distance du village se trouve-t-il? Combien de temps faut-il prévoir pour le déplacement? Existont-ils des barrières d'accès (permanentes, saisonnières?) Quels moyens de transport pourrait-on utiliser pour s'y rendre? Quel est le prix standard de ce déplacement?
7. Quels services sont-ils disponibles dans ce centre de santé? Quelles sont ses heures d'ouverture? Est-ce que le personnel est disponible dans les cas d'urgence? Quels sont les frais standards pour les services offerts? Est-ce que le matériel et les médicaments sont normalement disponibles? Est-ce que le personnel a des capacités des soigner les maladies répandues dans votre village?
8. Que pensez-vous de la vaccination? Est-ce que vous avez fait vacciner vos enfants? Pourquoi (pas)?
9. Est-ce que vous avez fréquenté la CPN pendant votre dernière grossesse? A quelle fréquence? Quel type de services a été vous offert pendant la CPN? Existe-t-il les barrières (physiques, financières, idéologiques) à la CPN? Qui (au niveau de village) vous a conseillé pendant votre dernière grossesse? Qu'est-ce qu'ils ont vous conseillé? Est-ce que vous avez fait face aux difficultés pendant cette grossesse? Lesquelles? Quel rôle a joué le père pendant cette période? Est-ce que vous avez changé vos habitudes alimentaires quand vous étiez enceinte? Pourquoi? Est-ce qu'il y a des aliments que vous pouvais pas manger quand vous étiez enceinte/allaitante? Lesquels? Pourquoi?
10. Où est-ce que vous avez accouché? Quels soins avez-vous reçu après l'accouchement?
11. Avez-vous déjà entendu parler du VIH/ SIDA? Quand et par qui? Avez-vous déjà été dépisté pour le VIH/SIDA? Est-ce que cette maladie est-elle stigmatisée dans votre communauté? Comment sont traitées les personnes atteintes du VIH dans votre communauté?

MALNUTRITION (montrez les images de marasme / kwashiorkor)

12. Est-ce que vous avez des enfants dans votre communauté qui ressemblent à ceux-ci? Si oui, quel type est plus courant? Est-ce que c'est une maladie comme les autres? Pourquoi (pas)? Quels termes locaux utilisez-vous pour la décrire? Comment est-elle aperçue dans la communauté? Est-ce que c'est une " nouveauté " dans votre communauté? Si oui, depuis quand? Pourquoi pensez-vous cette condition est apparue dans votre communauté? Est-ce que vous pensez que cette condition est stigmatisée dans votre communauté? Pourquoi? Comment cette stigmatisation se dévoile-t-elle sur le comportement et/ou les relations dans la communauté? Pourriez-vous me



décrire ses symptômes? Causes? Effets? Quels itinéraires thérapeutiques sont-ils disponibles pour traiter cette condition? Quels sont les plus fréquents? Pourquoi?

13. Existe-t-il des moyens pour que les enfants évitent de devenir malnutris? Comment les mères et les enfants qui ne sont pas malnutris font-ils pour rester en bonne santé? Est-ce qu'il y a des ménages pauvres qui ont des enfants en bonne santé et bien nourris? Comment le font-ils? À votre avis, quelles sont les contraintes des parents pour garder leur enfant en bonne santé? Quels comportements sont soupçonnés de causer la malnutrition? Il y a-t-il des causes perçues enracinées dans le surnaturel? Est-ce qu'il y a des enfants qui sont plus susceptibles de souffrir de malnutrition? Qui sont-ils et pourquoi?
14. Est-ce que les mères peuvent souffrir de malnutrition? Lesquelles peuvent être plus vulnérables?
15. Si l'enfant de votre voisine devient malnutri, que lui conseillez-vous? Connaissez-vous l'existence du programme de prise en charge de la malnutrition dans les centres de santé? Est-ce que certaines d'entre vous ont déjà bénéficié de ce programme? Comment cela s'est-il passé?



GUIDE D'ENTRETIEN: SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS

1. Comment décririez-vous la charge de travail des femmes (ménage, champs, marché)? Pensez-vous que vous avez trop de travail à faire? Quel impact a votre charge de travail sur vos capacités de prendre soin de vos enfants? Est-ce que cela change au cours de l'année? Quelles sont les contraintes auxquelles vous faites face pour prendre soin de vos enfants? Est-ce que vous vous sentez parfois fatiguées par les soins de vos enfants? Comment vous sentez-vous si votre enfant est trop actif / pleure beaucoup? Si vous avez besoin d'arrêter de travailler pendant un certain temps, comment y parvenez-vous? Est-ce que les femmes allaitantes ou enceintes ont des charges/responsabilités différentes par rapport aux autres?
2. Qui s'occupe des enfants de moins de 5 ans dans votre ménage? Comment s'est repartie entre les membres d'un ménage au cours de la journée? Qui prend soin de votre enfant quand vous êtes absentes? Quel âge a le gardien de votre enfant? Est-ce que votre mari vous aide à vous occuper de vos enfants? Qu'est-ce qu'il fait? Qu'est-ce que vous voudriez qu'il fasse?
3. De quoi a besoin un enfant pour se sentir bien? Comment décririez-vous une mère qui prend le bon soin de son enfant? Que fait-elle pour prendre soin de son enfant? Quelles sont les pratiques de soins que vous considérez comme positives pour le développement physique et psychologique de l'enfant? Quelles sont les pratiques négatives? Combien de temps passez-vous par jour avec vos enfants? Est-ce que ça change selon les saisons? Avez-vous reçu des sensibilisations sur l'alimentation des enfants ou sur les pratiques d'hygiène? Est-ce que vous avez pu appliquer les mesures préconisées? Si non, pourquoi?
4. Y-at-il des aliments que les femmes enceintes/allaitent doivent manger ou éviter? Est-ce que la quantité ou la qualité de nourriture consommée change pendant la grossesse? Quelles sont les pratiques culturelles effectuées au cours de la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement? Ont-elles changées au fil du temps?
5. Y-at-il des aliments que les enfants doivent manger ou éviter? Est-ce que la quantité ou la qualité de nourriture consommée change avec l'âge? Comment? Est-ce qu'il y a des aliments spéciaux pour les enfants? Qui conseille sur ce que doit manger un enfant? Jusqu'à quel âge les enfants sont-ils allaités?
6. Combien de fois par semaine les enfants sont lavés? Ou sont-ils lavés? Qui les aide? A quelle fréquence lavez-vous les habits des enfants? Quels sont les enfants qui ne bénéficient pas de bons soins de leurs parents? Pourquoi?
7. Est-ce que les femmes peuvent allaiter lorsqu'elles sont enceintes? Que se passe-t-il quand deux naissances sont rapprochées, quelles sont les conséquences pour l'aîné?
8. Quelle est la taille idéale d'un ménage? Qui prend une décision à cet égard? Utilisez-vous des techniques modernes/traditionnelles pour espacer les naissances? Est-ce que l'espacement des naissances a changé au fil du temps? Pourquoi?
9. Est-ce que vos maris ont tendance de migrer vers les grandes villes/l'étranger? Comment vous sentez-vous dans leur absence? Est-ce qu'ils vous soutiennent à distance? Comment?
10. Qu'est-ce que vous avez l'habitude de faire si vous n'avez pas une quantité suffisante d'aliments dans votre foyer? Comment assurez-vous que votre famille est bien nourrie?



GUIDE D'ENTRETIEN: GENRE, ÉDUCATION ET PROTECTION

1. Comment décririez-vous la charge de travail des femmes (ménage, champs, marché)? Pensez-vous que vous avez trop de travail à faire? Quel impact à votre charge de travail sur vos capacités de prendre soin de vos enfants? Est-ce que vous vous sentez parfois fatiguées par les soins de vos enfants? Comment vous sentez vous si votre enfant est trop actif / pleure beaucoup? Si vous avez besoin d'arrêter de travailler pendant un certain temps, comment y parvenez-vous? Si vous aviez plus de temps libre, que feriez-vous?
2. Comment les responsabilités sont partagées au sein du ménage (enfants filles/garçons, femmes, hommes) au cours d'une journée typique/l'année/saison sèche vs. saison pluvieuse¹? Est-ce que les femmes travaillent en groupes dans leurs champs? Quel est le moment de l'année où vous sentez le plus occupée et fatiguée?
3. Est-ce que les femmes enceintes ou allaitantes réduisent leurs activités? Après un accouchement, combien de temps vous reposez vous? Pourquoi? Qui vous aide?
4. Qui prend la majorité des décisions? Vous sentez-vous libre de prendre vos propres décisions? Dans quel domaine? Au quel type de ressources avez-vous un accès indépendant? Est-ce que les femmes ont accès au crédit?
5. Dans votre communauté, est ce que le soutien social est important pour les femmes (par exemple la famille, les organisations, les systèmes d'aide mutuelle, etc.)? Où les femmes se regroupent pour discuter?
6. Est-ce que vous vous sentez supportée? Par qui? Quelles sont vos relations avec vos parents/beaux-parents? Si vous n'êtes pas d'accord avec eux, que se passe-t-il? Que se passe-t-il avec une femme si son mari meurt?
7. À quel âge une fille se marie? Y a-t-il beaucoup de mariages précoces? Pour quelle raison? Quels sont les critères de sélection de la future femme ou du futur mari? Qui prend la décision concernant le mariage? Est-ce que la dote est obligatoire? Quel est sa valeur habituelle? Est-ce que la polygamie/relations sexuelles extra conjugales est répandue dans le village ? Comment cela impacte la sécurité alimentaire des ménages et l'état nutritionnel des enfants?
8. A quel âge une fille est idéalement prête physiquement et mentalement à devenir mère ? Qui conseille une fille sur les relations sexuelles et la grossesse? Existe-t-il des enseignements sur les pratiques d'alimentation, d'hygiène à l'école? Qui conseille une fille sur les soins d'enfants? Quel est l'accès aux connaissances des mères sur les pratiques de soins et d'alimentation?
9. Est-ce que les adolescents ont des relations sexuelles sans être mariés? Utilise-t-il des moyens de protection ou de contraception? Qu'est ce qui arrive si la fille tombe enceinte?
10. Est-ce qu'il y a des hommes qui traitent bien leurs femmes et les hommes qui ne le font pas? Est-ce qu'il y a des femmes qui traitent leur mari bien et les femmes qui ne les traitent pas bien? Précisez. Quel type de violences physiques et psychologiques peut arriver? Pourquoi cela se produit? Y a-t-il des cas de viol dans votre communauté? Par qui? Comment sont-ils traités? Quelles sont les conséquences pour les protagonistes?
11. Dessiner une « bonne » femme et un « bon » homme. Discutez des qualités, des rôles et des comportements que la société attend de la femme ou l'homme. Qu'est ce qui se passe si la femme ou l'homme n'est pas comme la société attend. Décrivez un bon enfant. Est-ce que les qualités désirées changent entre les filles et les garçons?
12. Pensez-vous qu'il y a trop de violences dans votre communauté? Sentez-vous de l'insécurité dans votre communauté? Pourquoi?
13. Êtes-vous allées à l'école? Si non, pourquoi? Si oui, jusqu'à quelle classe? Pourquoi avez-vous arrêté? Qui a pris cette décision? Quels sont les avantages/inconvénients de l'inscription des filles à l'école? Quelles sont les raisons pour lesquelles la plupart des garçons/filles abandonnent l'école dans votre communauté? Où se situent l'école primaire, le collège, le lycée le plus proche? A



¹ Outil "Activités journalières" ou "Répartition de travail"



quelle distance du village se trouvent-ils? Combien de temps faut-il prévoir pour le déplacement? Existent-ils des barrières d'accès (permanentes, saisonnières?) Quels moyens de transport pourrait-on utiliser pour s'y rendre? Quel est le prix standard de ce déplacement? Quels sont les frais de scolarisation dans ces institutions?



GUIDE D'ENTRETIEN: MÈRES D'ENFANTS MALNUTRIS

1. Comment évaluez-vous l'état de votre enfant? Connaissez-vous le poids de votre enfant? Qu'est-ce que vous en pensez? Pensez-vous que votre enfant est trop mince/maigre? Pourquoi (pas)? Pensez-vous que votre enfant est malade? Si oui, pensez-vous que c'est une maladie comme les autres? Pourquoi (pas)? Quels mots utilise-t-on pour décrire cette condition dans votre village? Est-ce que le personnel au CdS utilise les mêmes mots? Si non, quels mots utilisent-ils? Est-ce que le personnel au CdS vous a expliqué la condition de votre enfant? Qu'est-ce qu'ils ont dit? Connaissez-vous ses causes/effets?
2. Combien enfants dans la même condition existent-ils dans votre village? Depuis quand cette condition existe-t-elle dans votre communauté? Pourquoi pensez-vous cette condition est apparue dans votre communauté? Pensez-vous que vous faites quelque chose de différent? Est-ce que vous pensez que cette condition est stigmatisée dans votre communauté? Comment cette stigmatisation se dévoile-t-elle sur le comportement et/ou les relations dans la communauté?
3. Comment avez-vous essayé de traiter cette condition? Pensez-vous qu'il y a quelque chose d'autre que vous pouvez faire pour améliorer l'état de votre enfant? Quels itinéraires thérapeutiques sont-ils disponibles pour traiter cette condition? Quels sont les plus fréquents? Pourquoi? Est-ce que vous avez reçu un traitement au CdS? Quel type de traitement?
4. A quel âge avez-vous marié? A quel âge avez-vous eu votre premier enfant? Combien d'enfants avez-vous en total? Combien de mois/années il y a entre vos enfants? Qui prend la décision sur le nombre d'enfants que vous mettez au monde? Quels moyens de contraception utilisez-vous? Avez-vous tombé enceinte précocement ou indésirablement? Qu'avez-vous fait à ce moment?
5. Est-ce que vous avez fréquenté la CPN pendant votre dernière grossesse? A quelle fréquence? Quel type de services a été vous offert pendant la CPN? Existe-t-il les barrières (physiques, financières, idéologiques) à la CPN? Qui (au niveau de village) vous a conseillé pendant votre dernière grossesse? Qu'est-ce qu'ils ont vous conseillé? Est-ce que vous avez fait face aux difficultés pendant cette grossesse? Lesquelles? Quel rôle a joué le père pendant cette période? Est-ce que vous avez changé vos habitudes alimentaires quand vous étiez enceinte? Pourquoi? Est-ce qu'il y a des aliments que vous pouviez pas manger quand vous étiez enceinte/allaitante? Lesquels? Pourquoi?
6. Où est-ce que vous avez accouché? Quels soins avez-vous reçu après l'accouchement? Qui vous a aidé après que l'enfant a été né? Pendant combien de temps après l'accouchement avez-vous reposé? Comment évaluez-vous votre charge de travail journalier? Pensez-vous que vous recevez assez de soutien pour soigner vos enfants? Qui garde vos enfants quand vous êtes absente? A quelle fréquence? Quel âge a le gardien de votre enfant? Quelle est la profession de votre mari? Est-il souvent absent?
7. Quand un enfant a été né, qu'est-ce que vous avez lui donner à manger/boire en premier? Comment l'avez-vous nourrit jusqu'à ses 6 mois? Et après? Jusqu'à quel âge et à quelle fréquence avez-vous allaité votre enfant? Quand et pourquoi avez-vous arrêté de l'allaiter? Est-ce que vous donnez des aliments spéciaux à votre enfant? Quels sont les aliments que vous pensez être important pour nourrir votre enfant? Pourquoi? Est-ce que vous nourrissez votre enfant avec les mêmes aliments tout au long de l'année? Qui vous conseille sur l'alimentation/soins de votre enfant? Est-ce qu'il y a des aliments que votre enfant ne peut pas manger? Lesquels? Pourquoi? Jusqu'à quel âge?
8. Pourriez-vous me dire qu'est-ce que vous avez donné à manger à votre enfant hier? Comment savez-vous si votre enfant a faim? Que faites-vous si votre enfant ne veut pas manger? Jouez-vous avec votre enfant? Quand vous êtes absente que mange/bois votre enfant? Qui lui donne à manger à boire?
9. Quelles vaccinations a reçu votre enfant? Est-ce qu'il a été vacciné au centre de santé ou dans le village? Comment sont les vaccinations perçues par les parents/autres membres de la communauté? A-t-il reçu une supplémentation en Vitamine A?
10. De quoi se constitue l'alimentation principale de votre ménage? Est-ce que cela change selon les saisons? Combien de fois mange-t-on par jour? Comment les repas sont-ils repartis entre les membres de votre ménage? Donnez-vous plus de nourriture aux garçons/filles/les deux pareil? Est-ce qu'il y a des aliments que vous ou autres membres de la famille ne peuvent pas manger? Lesquels? Pourquoi? Comment stockez-vous les aliments?



11. Comment votre ménage fait face à la période de soudure? Nourrissez-vous différemment pendant ce temps? Quels types de ressources agricoles avez-vous à votre disposition? Que consommez-vous et que vendez-vous? Que faites-vous avec le revenu des cultures et des bêtes que vous vendez?
12. Où est-ce que vous puisez l'eau? Est-ce que la source est aménagée? A quelle distance de votre maison se trouve-elle? Comment vous vous y rendez? Combien de temps faut-il prévoir pour le déplacement? Existente-ils des barrières d'accès (permanentes, saisonnières)? Quelle est la qualité de cette eau? Est-ce que les communautés utilisent la même source pour le bétail/l'agriculture? Si non, quelles sources d'eau sont-ils disponibles pour l'exploitation agricole et pastorale?
13. Comment stockez-vous l'eau dans votre ménage? Pourriez-vous me le montrer? Qu'est-ce que vous faites pour rendre votre eau plus sûre à boire?
14. Où est-ce que vous faites vos besoins? Comment vous débarrassez-vous des excréments de votre enfant? Après quelles activités lavez-vous vos mains? Qu'est-ce que vous utilisez pour laver vos mains?

Observations

Interaction enfant/accompagnant / Propreté de l'enfant / Propreté de l'environnement / Préparation des aliments / Conservation des aliments



GUIDE D'ENTRETIEN: MÈRES D'ENFANTS DÉVIANTS POSITIFS

1. Comment évaluez-vous l'état de votre enfant? Connaissez-vous le poids de votre enfant? Pensez-vous que votre enfant est en bonne santé? Qu'est-ce que vous faites pour le garder en bonne santé? Quelles pratiques considérez-vous les plus importantes pour le bon développement de votre enfant?
2. A quel âge avez-vous marié? A quel âge avez-vous eu votre premier enfant? Combien d'enfants avez-vous en total? Combien de mois/années il y a entre vos enfants? Qui prend la décision sur le nombre d'enfants que vous mettez au monde? Quels moyens de contraception utilisez-vous? Avez-vous tombé enceinte précocement ou indésirablement? Qu'avez-vous fait à ce moment?
3. Est-ce que vous avez fréquenté la CPN pendant votre dernière grossesse? A quelle fréquence? Quel type de services a été vous offert pendant la CPN? Existe-t-il les barrières (physiques, financières, idéologiques) à la CPN? Qui (au niveau de village) vous a conseillé pendant votre dernière grossesse? Qu'est-ce qu'ils ont vous conseillé? Est-ce que vous avez fait face aux difficultés pendant cette grossesse? Lesquelles? Quel rôle a joué le père pendant cette période? Est-ce que vous avez changé vos habitudes alimentaires quand vous étiez enceinte? Pourquoi? Est-ce qu'il y a des aliments que vous pouviez pas manger quand vous étiez enceinte/allaitante? Lesquels? Pourquoi?
4. Où est-ce que vous avez accouché? Quels soins avez-vous reçu après l'accouchement? Qui vous a aidé après que l'enfant a été né? Pendant combien de temps après l'accouchement avez-vous reposé? Comment évaluez-vous votre charge de travail journalier? Pensez-vous que vous recevez assez de soutien pour soigner vos enfants? Qui garde vos enfants quand vous êtes absente? A quelle fréquence? Quel âge a le gardien de votre enfant? Quelle est la profession de votre mari? Est-il souvent absent?
5. Quand un enfant a été né, qu'est-ce que vous avez lui donner à manger/boire en premier? Comment l'avez-vous nourri jusqu'à ses 6 mois? Et après? Jusqu'à quel âge et à quelle fréquence avez-vous allaité votre enfant? Quand et pourquoi avez-vous arrêté de l'allaiter? Est-ce que vous donnez des aliments spéciaux à votre enfant? Quels sont les aliments que vous pensez être important pour nourrir votre enfant? Pourquoi? Est-ce que vous nourrissez votre enfant avec les mêmes aliments tout au long de l'année? Qui vous conseille sur l'alimentation/soins de votre enfant? Est-ce qu'il y a des aliments que votre enfant ne peut pas manger? Lesquels? Pourquoi? Jusqu'à quel âge?
6. Pourriez-vous me dire qu'est-ce que vous avez donné à manger à votre enfant hier? Comment savez-vous si votre enfant a faim? Que faites-vous si votre enfant ne veut pas manger? Jouez-vous avec votre enfant? Quand vous êtes absente que mange/bois votre enfant? Qui lui donne à manger à boire?
7. Quelles vaccinations a reçu votre enfant? Est-ce qu'il a été vacciné au centre de santé ou dans le village? Comment sont les vaccinations perçues par les parents/autres membres de la communauté? A-t-il reçu une supplémentation en Vitamine A?
8. De quoi se constitue l'alimentation principale de votre ménage? Est-ce que cela change selon les saisons? Combien de fois mange-t-on par jour? Comment les repas sont-ils repartis entre les membres de votre ménage? Donnez-vous plus de nourriture aux garçons/filles/les deux pareil? Est-ce qu'il y a des aliments que vous ou autres membres de la famille ne peuvent pas manger? Lesquels? Pourquoi? Comment stockez-vous les aliments?
9. Comment votre ménage fait face à la période de soudure? Nourrissez-vous différemment pendant ce temps? Quels types de ressources agricoles avez-vous à votre disposition? Que consommez-vous et que vendez-vous? Que faites-vous avec le revenu des cultures et des bêtes que vous vendez?
10. Où est-ce que vous puisez l'eau? Est-ce que la source est aménagée? A quelle distance de votre maison se trouve-elle? Comment vous y rendez? Combien de temps faut-il prévoir pour le déplacement? Existence-t-il des barrières d'accès (permanentes, saisonnières)? Quelle est la qualité de cette eau? Est-ce que les communautés utilisent la même source pour le bétail/l'agriculture? Si non, quelles sources d'eau sont-ils disponibles pour l'exploitation agricole et pastorale?
11. Comment stockez-vous l'eau dans votre ménage? Pourriez-vous me le montrer? Qu'est-ce que vous faites pour rendre votre eau plus sûre à boire?



12. Où est-ce que vous faites vos besoins? Comment vous débarrassez-vous des excréments de votre enfant? Après quelles activités lavez-vous vos mains? Qu'est-ce que vous utilisez pour laver vos mains?

MALNUTRITION (montrez les images de marasme / kwashiorkor)

13. Est-ce que vous avez des enfants dans votre communauté qui ressemblent à ceux-ci? Si oui, quel type est plus courant? Est-ce que c'est une maladie comme les autres? Pourquoi (pas)? Quels termes locaux utilisez-vous pour la décrire? Comment est-elle aperçue dans la communauté? Est-ce que c'est une " nouveauté " dans votre communauté? Si oui, depuis quand? Pourquoi pensez-vous cette condition est apparue dans votre communauté? Est-ce que vous pensez que cette condition est stigmatisée dans votre communauté? Pourquoi? Comment cette stigmatisation se dévoile-t-elle sur le comportement et/ou les relations dans la communauté? Pourriez-vous me décrire ses symptômes? Causes? Effets? Quels itinéraires thérapeutiques sont-ils disponibles pour traiter cette condition? Quels sont les plus fréquents? Pourquoi?

14. Existe-t-il des moyens pour que les enfants évitent de devenir malnutris? Comment les mères et les enfants qui ne sont pas malnutris font-ils pour rester en bonne santé? A votre avis quelles sont les contraintes des parents pour garder leur enfant en bonne santé ? Quels comportements sont soupçonnés de causer la malnutrition? Il y a-t-il causes perçues enracinées dans le surnaturel? Est-ce que il y a des enfants qui sont plus susceptibles de souffrir de malnutrition? Qui sont-ils et pourquoi?

Observations

Interaction enfant/accompagnant / Propreté de l'enfant / Propreté de l'environnement / Préparation des aliments / Conservation des aliments



GUIDE D'ENTRETIEN: CALENDRIER SAISONNIER ET HISTORIQUE

Calendrier saisonnier

- Faire une liste des principaux facteurs de risque identifiés lors des discussions de groupe et des entretiens.
- Mettre en place un calendrier annuel des facteurs de risque de la malnutrition (risques long de l'axe Y et des mois le long de l'axe X), sur une grande feuille de papier.
- Citer chaque facteur de risque et demander aux participants de discuter des mois est ce facteur de risque est le plus important, et les causes précises de ces changements. Puis, quand un consensus est atteint, demandez à un volontaire de placer un caillou sur chaque mois lorsque le facteur de risque est considéré comme plus important.

Calendrier historique des facteurs de risques

- Faire une liste des principaux facteurs de risque identifiés lors des discussions de groupe et des entretiens.
 - Au-dessus de la ligne placer les facteurs de risque qui étaient très élevés et en dessous de la ligne placer les facteurs de risques qui étaient plus faible (s'aider du calendrier des évènements pour aider les participants se remémorer les événements historique clés).
 - Demander au groupe comment a été l'ampleur de la malnutrition dans le passé. Était-ce plus ou moins que maintenant? Au cours des 10 dernières années étaient là des moments où il était très élevé?
 - Citer chaque facteur de risque et poser des questions sur les 10 -15 dernières années – y-avait-il des moments où ce facteur de risque était très élevé/très faible? Ce facteur de risque a-t-il changé au cours des 10 dernières années? Comment? Y a-t-il des événements qui ont affecté ce facteur de risque?
1. Durant les 10 - 15 dernières années avez-vous eu des problèmes ponctuels ou chroniques pour cultiver? Quels étaient ces problèmes? Quand et pourquoi?
 2. Quand avez-vous eu un gros problème pour avoir de la nourriture dans le passé? Quelles étaient les causes?
 3. Avez-vous remarqué des fluctuations des productions agricoles? Quand et quels cultures?
 4. Avez-vous remarqué des fluctuations de la pluviométrie?
 5. Avez-vous remarqué un appauvrissement des sols?
 6. Avez-vous eu des périodes où il était difficile de trouver du travail journalier?
 7. Avez-vous remarqué des changements sur la manière dont les communautés gagnent de l'argent et se procurent de la nourriture?
 8. Avez-vous remarqué une évolution dans les migrations économiques des hommes? Cela a-t-il augmenté, diminué ou rester pareil? A quelle période partent(aient) ils? Pour combien de temps? Ou allaient/ vont-ils?
 9. Est ce qu'il y a eu une période où les prix sont devenus très élevés sur le marché? Quand et pourquoi?
 10. Avez-vous eu des problèmes pour vendre vos produits agricoles ou vos animaux?
 11. Avez-vous remarqué un pic de prévalence des maladies infantiles? Lesquels? Quand? Pourquoi?
 12. Avez-vous remarqué un pic de prévalence de la malnutrition? Quand était ce? Pourquoi?
 13. Avez-vous remarqué des changements dans les habitudes alimentaires des communautés?
 14. Avez-vous remarqué des changements sur la manière dont les communautés (hommes/femmes) dépensent l'argent du ménage? Qu'est ce qui a changé?
 15. Y-a-t-il eu un évènement qui a impacté l'accès à l'eau?



16. Avez-vous remarqué des changements dans la répartition des tâches hommes / femmes / enfants? Quels étaient ces changements? Pourquoi cela a changé selon vous?
17. Avez-vous remarqué des changements dans les pratiques d'allaitement? Quels étaient ces changements? Pourquoi cela a changé selon vous?
18. Avez-vous remarqué des changements dans les pratiques d'alimentation pendant la grossesse ou l'allaitement? Et dans les soins d'une femme pendant sa grossesse?
19. Avez-vous remarqué des changements dans la charge de travail des femmes? Quels étaient ces changements? Pourquoi cela a changé?
20. Avez-vous remarqué un changement dans la manière dont sont traitées les femmes? Leurs pouvoirs décisionnaires?
21. Ces dernières années se sont-ils passés des événements traumatiques pour les communautés? Lesquels? Comment cela a changé les comportements?
22. Avez-vous remarqué des violences / conflits?



1.4 ANNEXE 4: OUTILS D'ENQUÊTE QUANTITATIVE¹

QUESTIONNAIRE: CHEF DE MÉNAGE

IDENTIFICATION		
101	Numéro de la grappe	
102	Numéro du ménage	
103	Numéro de l'équipe	
104	Nom du père du ménage	
105	Nombre d'enfants < 5ans	
	Durée de l'entretien en min	

CONSENTEMENT ECLAIRE

Bonjour/Bonsoir, je m'appelle XXX et ensemble avec mon co-équipier nous travaillons pour Action Contre la Faim (ACF). Actuellement, ACF (sous l'autorisation du MSPP) mène une étude d'analyse causale de la sous-nutrition (Link NCA) dans l'arrondissement de Belle Anse dans le département du Sud-Est.

Nous aimerions vous poser des questions sur le fonctionnement de votre ménage, les pratiques d'alimentation et d'allaitement des enfants, l'accès à l'eau potable, l'accès aux soins de santé, etc. Nous croyons que votre participation à cette étude est cruciale pour apprécier les vrais enjeux auxquels les membres de votre communauté font face. Nous espérons que cette étude contribuera à améliorer la compréhension de la malnutrition dans votre communauté menant à sa réduction dans le futur.

Vous n'êtes pas obligé(e) de participer à cette étude. La décision de participer à cette étude est entièrement à vous. Votre participation ne sera pas rémunérée.

Est-ce que vous avez des questions que vous aimeriez nous poser sur le déroulement de notre



¹ Veuillez noter que tous les questionnaires dans cette section ont été déployés électroniquement en créole haïtien sur les appareils portables (tablettes) et ainsi la disposition des questions pourrait être légèrement différente.



étude? Nous serons heureux de vous répondre. Si toutes vos questions ont été satisfaites, est-ce que vous consentez à participer à cette étude?

Merci beaucoup de votre contribution.

106	Est-ce que le ménage accepte l'entretien?		
107	Si non, pour quelle raison? _____		

RENSEIGNEMENTS GENERALES		Oui	Non
108	Est-ce qu'un enfant de 0 à 59 mois est présent dans le ménage?	1	0 Terminer l'entretie n
109	Est-ce que le chef de ménage présent?	1	0
110	Est-ce que la mère ou l'accompagnant de ou des enfants de 0-59 mois est présente?	1	0
111	Quelle est la taille du ménage?	Nombre d'individu:	
112	Combien d'enfants âgés de 0 à 59 mois font partie de ce ménage?	Nombre:	
113	Quel est le sexe du chef du ménage?	Fem me	Homme
114	Quel est le statut marital du chef de ménage? Marié monogame (Passer à Q 116) Marié polygame Veuf / Veuve (Passer à Q 116) Séparé (Passer à Q 116) Divorcé (Passer à Q 116)	0 1 2 3 4	
115	Si le chef de ménage est marié polygame, Quel est le nombre d'épouses du chef de ménage?	Nombre	

SECURITE ALIMENTAIRE		
116	Quelle est la source de revenu principale du ménage? <i>Vente de produits agricoles, autoproduits</i>	A. Principale source de revenu



	<i>Vente des produits maraichers</i> <i>Vente d'animaux ou de produits d'élevage</i> <i>Vente de produits de la pêche</i> <i>Vente de produits de chasse, cueillette</i> <i>Commerce de produits alimentaires ou animaux</i> <i>Petit commerce de produits non alimentaires</i> <i>Artisanat, fabrication de brique, construction</i> <i>Travail journalier</i>	B. Source de revenu secondaire	
	<i>9. Salaire, pension</i> <i>10. Transport</i> <i>11. Aides, dons, transfert d'argent</i> <i>12. Tradipraticien/hougan</i> <i>13. Vente de produits agricoles, maraicher transformés</i> <i>14. Vente et collecte de bois de chauffe ou de fourrage</i> <i>15. Minier</i>	C. Source de revenu supplémentaire	
116a	Combien gagnez-vous par mois?		
		Oui	Non
116b	Est-ce vous recevez les transferts locaux ou de l'étranger?	1	0
	A quelle fréquence?		
	Chaque fois que j'en ai besoin	1	
	Chaque mois	2	
	Chaque trois mois	3	
	1 à 2 fois par année	4	
116c	Normalement quelle quantité de l'argent vous avez l'habitude de recevoir?	Quantité en HTG:	
116d	Quand vous recevez l'argent par transfert comment l'utilisez-vous?		
	Acheter de la nourriture	1	
	Acheter les provisions alimentaires	2	
	Acheter une maison ou un terrain	3	
	Location d'un terrain ou une maison	4	
	Payer l'écolage des enfants	5	
	Payer les dépenses d'hôpitaux	6	
	Payer les dettes	7	
	Mettre sur le carnet	8	
	Payer sol	9	
	Acheter des animaux	10	
116e	Est-ce que vous ou un membre de votre famille migre dans une autre ville ou	Oui	Non



	pays pour des raisons économiques?	1	0
116f	Pour combien de temps?		
	Une semaine	1	
	Un mois	2	
	Trois mois	3	
	Six mois	4	
	Une année	5	
	Plus qu'une année	6	
117	Votre ménage possède-t-il l'électricité?	1	0
118	Votre ménage possède-t-il une radio?	1	0
119	Votre ménage possède-t-il un téléphone?	1	0
120	Votre ménage a t'il pratiqué l'agriculture l'année passée?	1	0
121	Quelle est la superficie des terres que vous avez cultivées?	Taille en centièmes:	
122	Comment avez-vous procurez ces terres?		
	<i>Héritage</i>	0	
	<i>Hypothèque</i>	1	
	<i>Don</i>	2	
	<i>Achat</i>	3	
	<i>Demwatye</i>	4	
	Durant les 12 derniers mois, votre ménage a t'il cultivé:	Oui	Non
123	Céréales (petit mil, sorgho)	1	0
	Combien marmites avez-vous planté?	Quantité	
	Combien marmites avez-vous récolté ?	Quantité	
124	Tubercules (patates, manioc)	1	0
	Combien plantes avez-vous planté?	Quantité	
	Combien plantes avez-vous récolté ?	Quantité	
125	Légumes (tomates, kalalou)	1	0
	Combien plantes avez-vous planté?	Quantité	
	Combien plantes avez-vous récolté ?	Quantité	
126	Haricots	1	0
	Combien marmites avez-vous planté?	Quantité	
	Combien marmites avez-vous récolté ?	Quantité	



127	Café	1	0
	Combien marmites avez-vous planté?	Quantité	
	Combien marmites avez-vous récolté ?	Quantité	
128	Quelle quantité de la récolte vendez-vous? Moins de 25% 25-50% 50-75% Plus de 75% 100%		
129	Depuis la dernière récolte combien de mois a duré le stock pour nourrir le ménage? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12		
	Votre ménage possède-t-il:	Oui	Non
130	Vaches laitières	1	0
	Combien?		
131	Bœuf	1	0
	Combien?		
132	Volailles (poules, pintades)	1	0
	Combien?		
133	Petits ruminants (chèvres et moutons)	1	0
	Combien?		
134	Anes	1	0
	Combien?		



135	Chevaux	1	0	
	Combien?			
136	Si le ménage pratique l'agriculture: Depuis la dernière récolte, combien de mois ont duré vos stocks de céréales utilisés pour la consommation du ménage?		Nombre de mois (0-12)	
		Oui	Non	
137	Au cours des 6 derniers mois, votre ménage a-t-il subi un choc qui a impacté votre alimentation ou les sources de revenus de votre ménage?		1 0	
	Pouvez-vous me citer ces chocs?	Oui	Non	Impact du choc sur les sources de revenus ou alimentaires: de 1 (faible) à 5 (très élevé)
138	Attaques d'oiseaux	1	0	
139	Invasion de criquets	1	0	
140	Invasion de chenilles	1	0	
141	Maladie/ décès du chef du ménage ou d'un membre important	1	0	
142	Perte des stocks	1	0	
143	Perte de bétail (vol)	1	0	
144	Perte de bétail (épizooties)	1	0	
145	Faible pluviométrie / sécheresse	1	0	
146	Inondations	1	0	
147	Hausse des prix des produits alimentaires de base	1	0	
148	Maladies des cultures	1	0	
149	Autres, préciser _____			
	Pour faire face à ce(s) choc(s), quelles ont été les stratégies adoptées par votre ménage?		Oui	Non
150	Baisse de la quantité des rations des repas	1	0	
151	Baisse du nombre de repas par jour	1	0	
152	Baisse de la qualité (diversité) des repas	1	0	
153	Changement des habitudes alimentaires (aliments moins préférés)	1	0	
154	Emprunt d'argent	1	0	
155	Emprunt de nourriture	1	0	
156	Dépense de l'épargne monétaire	1	0	



157	Consommation des récoltes immatures	1	0
158	Consommation des semences restantes	1	0
159	Les enfants ont été déscolarisés	1	0
160	Diminution des dépenses pour les soins de santé	1	0
161	Vente de la parcelle	1	0
162	Vente d'animaux (petit ruminants, bœuf)	1	0
163	Vente des femelles reproductrice	1	0
164	Vente des chevaux, ânes, charrette, capital productif	1	0
165	Entraide communautaire	1	0
166	Protection du bétail et des cultures	1	0
167	Tontines communautaires	1	0
168	Autre, préciser _____		

ASSAINISSEMENT		O	
169	Avez-vous accès à des toilettes ou des latrines dans le ménage?	1	0
	Si oui, puis-je les voir, svp?		

170	INSTALLATION SANITAIRE AMELIOREES		
	Toilette à chasse d'eau	0	
	Latrine à fosse septique	1	
	Latrine a fosse simple	2	
	Latrines à fosse ventilée	3	
	Latrine a siphon	4	
	Latrine à compost	5	
	INSTALLATION SANITAIRE NON AMELIOREES		
	Chasse d'eau ouverte vers champs/ rivière		
	Latrines sans dalle		
	Seau		
	Latrines ou toilette suspendues		

71	1	INSPECTION DES INSTALLATIONS SANITAIRES		
		Est-ce que les selles sont bien isolées de leur environnement ?		



	(pas de fissure ou de fuites)		
	Est-ce que l'évacuation est protégée?		
	Pouvez-vous observer la présence de matériel ou d'ustensiles de lavage de l'anus? (papier, eau, etc.)		
	Est-ce que vous observez la présence d'un point de lavage des mains à l'intérieur des latrines ou très proche?		
	Est-ce que vous observez du savon, un détergent ou des cendres à ce point de lavage? (ne pas comptabiliser la présence de sable, boue ou autre)		
	Est-ce que vous observez la présence de mouches ou d'autres insectes entrer ou sortir du trou?		
	Est-ce que vous observez la présence de selles sur le sol ou autour du trou ou du siège?		
	SCORE TOTAL DE RISQUE (nombre de 1 comptabilisés)		

172	Système de collecte des eaux de pluie		
	Est-ce que l'aire de collection (toit) est sale?		
	Est-ce que les gouttières sont sales?		
	Est-ce que le filtre en entrée du réservoir du système est absent ou impropre?		
	Existe-t-il une autre ouverture du réservoir qui ne soit pas convenablement fermée?		
	Existe-t-il une autre ouverture du réservoir qui ne soit pas convenablement fermée?		
	Existe-t-il des fissures dans les murs du réservoir?		
	Est-ce que l'intérieur du réservoir est sale, non régulièrement nettoyé ou non désinfecté?		
	Est-ce que les robinets fuient?		
	Est-ce que la dalle située contre le réservoir est absente ou brisée ou improprement conçue?		
	Est-ce que le drainage est en mauvaise condition, inefficace et existe-t-il des zones d'eau stagnante?		
	Existe-t-il une source de pollution à proximité du réservoir ou de l'aire de collection de l'eau de pluie?		
	SCORE TOTAL DE RISQUE (nombre de oui comptabilisés)		



QUESTIONNAIRE: FEMME EN CHARGE

Identification		
201	Numéro de la grappe	
202	Numéro du ménage	
203	Numéro de l'équipe	
204	Nom de la mère du ménage	

HDDS				
J'aimerais vous demander quels sont les types d'aliments que vous ou quelqu'un d'autre dans le ménage avez mangés hier pendant la journée et la nuit: Consignes <i>Lire la liste des aliments, Entourer le "1" si une personne du ménage a consommé un de ces aliment, mettez un 0 si personne dans le ménage n'a consommé l'aliment en question.</i>				
				Origine de ce produit ▪ Marché ▪ Propre production ▪ Donné par les amis ou la famille ▪ Echange ou troc ▪ Récolté dans la nature / chasse ▪ Prêt
205	La boule, pain, nouilles, biscuits, gâteau sec ou tout aliment fait à partir de mil, sorgho, maïs, riz, blé ou autre graine disponible localement			
206	Racines et tubercules blanche (pommes de terre, manioc ou nourriture faite à partir de racines)			
207	Légumes et tubercules riche en vitamine A (citrouille/melon, carottes, ou patates douces de couleur orange)			
208	Légumes à feuilles vertes foncées (feuilles de patates douces, ou autres légumes à feuilles ou légumes verts, même les sauvages)			
209	Autres légumes (tomate, oignon, ail, gombo, salade, concombre)			



210	Fruits riches en vitamines A (mangues, papaye, oranges, goyaves)			
211	Autres fruits, même les sauvages (pastèques, bananes, citrons)			
212	Abats (foie, rein, cœur, pancréas ou autres abats ou aliments à base de sang)			
213	Viande (bœuf, mouton, chèvre, poulet, gibier sauvage, criquets, frais ou séchés)			
214	Œufs			
215	Poisson (Frais et séchés)			
216	Pois, noix et graines (sésame, haricots, pois, lentilles, arachide, autres grains ou nourriture faites à partir de celles-ci)			
217	Lait et produit laitier (lait, lait caillé, yaourt, autres produits laitiers y compris le lait dans le thé)			
218	Huiles et graisses (huiles, graisses, beurre, beurre clarifié (mangé seul ou ajouté à la nourriture ou utilisé pour cuisiner)			
219	Sucreries (Sucre, canne à sucre, miel)			
220	Épices, condiments, boissons (Sel, piment, gingembre, café, thé, boissons alcoolisées ou non)			

HHS				
221	Combien de repas avez-vous pris hier?	Quantité		

222	Ces quatre dernières semaines, est-il arrivé que le ménage soit complètement sans nourriture parce qu'il n'y avait pas de ressources pour en acheter ?		
-----	--	--	--

223	Avec quelle fréquence cette situation s'est-elle présentée ?	R a r e m e n t 1		
-----	--	---	--	--



224	Ces quatre dernières semaines, est-ce que vous-même ou un membre de votre ménage est allé au lit en ayant faim parce qu'il n'y avait pas assez de nourriture?		
-----	---	--	--

225	Avec quelle fréquence cette situation s'est-elle présentée?	Rarement 1	
-----	---	---------------	--

226	Ces quatre dernières semaines, est-ce que vous-même ou un membre de votre ménage a passé toute une journée et toute une nuit sans manger parce qu'il n'y avait pas assez de nourriture ?		
-----	--	--	--

227	Avec quelle fréquence cette situation s'est-elle présentée ?	Rarement 1	
-----	--	---------------	--

ISAr						
Pendant les sept jours passés combien de jours avez-vous mangé une nourriture qui n'est pas chère et que vous n'aimez pas trop, parce que vous n'avez pas de nourriture chez vous ou bien vous n'avez pas assez d'argent pour en acheter.						
1	2	3	4	5	6	7
Pendant les sept jours passés combien de jours avez-vous prêté de la nourriture ou demandé d'aide parce que vous n'avez pas de nourriture chez vous ou vous n'avez pas de l'argent pour acheter.						
1	2	3	4	5	6	7
Pendant les sept jours passés combien de jours avez-vous diminué la quantité de nourriture parce que vous n'avez pas de nourriture chez vous ou bien vous n'avez pas de l'argent.						
1	2	3	4	5	6	7
Pendant les jours passés combien de jours avez-vous donné plus de nourriture aux enfants que les adultes parce que vous n'avez pas de nourriture chez vous ou bien vous avez de l'argent pour en acheter?						
1	2	3	4	5	6	7



Pendant les sept jours passés combien de jours avez-vous diminué le nombre de repas par jour parce que vous n'avez pas de l'argent pour en acheter.						
1	2	3	4	5	6	7

MAHFP			
A présent, j'aimerais vous interroger à propos de la nourriture dont disposait votre famille lors des différents mois de l'année. Lorsque vous répondrez à ces questions, je vous demande de réfléchir sur les 12 derniers mois, remontez-vous à cette même période de l'année dernière.			
240	Lors de ces douze derniers mois, existaient-ils des mois pendant lesquels vous n'aviez pas assez de nourriture pour satisfaire les besoins de votre famille?		
	Si la réponse est OUI, quels étaient les mois (lors de ces douze derniers mois) pendant lesquels vous n'aviez pas assez de nourriture pour répondre aux besoins de votre famille? <i>Il faut inclure tout type de nourriture peu importe d'ailleurs la source de la nourriture, telles que production, achat ou troc, aide alimentaire ou emprunts.</i> <i>Ne pas lire à voix haute la liste des mois. Prière de mettre 1 dans la case si la personne interrogée identifie ce mois comme un mois pendant lequel le ménage n'avait pas assez de nourriture pour répondre à leurs besoins. Si la personne interrogée n'identifie pas ce mois, prière de mettre 0 dans la case.</i> <i>En cas de besoin veuillez utiliser un calendrier indiquant les saisons afin d'aider la personne interrogée à se souvenir des différents mois.</i>		
241	Décembre 2016 Novembre 2016 Octobre 2016 Septembre 2016 Août 2016 Juillet 2016 Juin 2016 Mai 2016 Avril 2016 Mars 2016 Février 2016 Janvier 2016		
	Total (0-12)		



242	Etes-vous allée à l'école?		
243	Quel est le plus au niveau d'étude que vous avez réussi/ complété? Maternel Primaire Secondaire Université Aucune		
244	Vous sentez supportée/ aidée/ entourée ? (Par votre famille, la communauté, vos amis...) Extrêmement Plutôt supporté Pas vraiment Pas du tout		

WH05							
245	Durant les deux dernières semaines:	Tout le temps (100%)	La plupart du temps (80%)	Plus de la moitié du temps (60%)	Moins de la moitié du temps (40%)	Parfois (20%)	Jamais (0%)
Je me suis senti(e) calme et tranquille		5	4	3	2	1	0
Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur		5	4	3	2	1	0
Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et		5	4	3	2	1	0



vigoureuse.						
Je me suis réveillé(e) en me sentant fraîche et disposée.	5	4	3	2	1	0
Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes.	5	4	3	2	1	0
Total						

246	A quel âge vous êtes-vous mariée?	Age	
247	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez donné naissance pour la première fois ?	Age	
248	Certains couples utilisent différents moyens ou méthodes pour retarder ou éviter une grossesse. Êtes-vous en train de faire quelque chose en utilisant n'importe quelle méthode pour retarder ou éviter une grossesse?		
249	Si oui, "Que faites-vous pour retarder ou éviter une grossesse?" Stérilisation Injections Implants Comprimés Condom Lactation Method de calendrier Retrait Médecine traditionnelle Abstinence Autre chose		
250	Avez-vous discuté avec votre mari si ou quand vous voulez d'autres enfants?		
251	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (nom), vouliez-vous devenir enceinte alors, vouliez-vous attendre à plus tard, ou vouliez-vous pas (plus) d'enfants du tout? " Je voudrais plus d'enfants Je voudrais attendre Je voudrais être enceinte		



252	Avez-vous pris un peu de temps pour vous reposer après votre dernier accouchement?		
253	Si oui, combien de jours? Moins de 40 jours Plus de 40 jours		
254	Lorsque que vous êtes enceinte ou que vous allaitez, est ce que vous mangez plus/ moins ou pareil que d'habitude? Plus Moins Pareil		
255	Pensez-vous que vous avez trop de travail/ que vous êtes trop occupée pour vous occuper de vos enfants?		
256	Dans votre ménage qui décide comment dépenser l'argent du ménage? La mère Le père Les deux Autre		



257	Dans votre ménage qui décide comment dépenser l'argent pour l'alimentation du ménage? La mère Le père Les deux Autre		
258	Qui dans le ménage prend les décisions concernant les dépenses relatives aux soins de santé des enfants ? La mère Le père Les deux Autre		
259	Qui décide si l'enfant doit aller à l'école? La mère Le père Les deux D'autres		
260	Avez-vous été consulté quelqu'un durant votre dernière grossesse?		



261	Si oui, qui avez-vous vu? <i>Demander pour chaque type de personne:</i> Professionnel de santé Femme sage Un/une ami Tradipraticien Hougan Vendeur ambulant Aucune personne Autre, <i>expliquez</i>		
262	Combien de fois êtes-vous allée à la CPN lors de votre dernière grossesse ?	Quantité	
263	Où s'est déroulé votre dernier accouchement? Maison Centre de santé Autre		
264	Qui vous a assisté lors de votre dernier accouchement? Infirmière Médecin Femme sage Tradipraticien Un/une ami/un membre de la famille/un agent de santé communautaire Pas d'assistance Autres explications		
265	A quelle distance se trouve le centre de santé le plus proche?	Distance en minutes Distance en kilomètres	
266 267 268	Quelles sont les principales barrières pour aller consulter au centre de santé lorsque quelqu'un est malade? Par ordre d'importance	Principale barrière	



	- Prix/ cout des soins - Le manque de temps - Le manque de moyen de transport - Longue distance - Pouvoir de décisionnaire - Service n'est pas bon (centre non fonctionnel, manque de personnel, mauvais accueil, manque de médicaments...) - Inaccessibilité (inondation, conflits) - Autres (spécifier)	Deuxième barrière	
		Troisième barrière	
269 270	Combien de temps mettez-vous pour aller à la source, récolter l'eau et revenir: Eau disponible dans la parcelle 30 minutes ou moins Entre 31 minutes et 60 minutes Entre 61 minutes et 180 minutes Plus de 3 heures Ne sais pas = 8		
	D'où provient l'eau que le ménage utilise généralement? Eaux souterraines, puits ouverts, puits à pompe, puits a moteur Source protégée Système de collecte de l'eau de pluie Camion d'eau Réseau (DINEPA) Source non-protégée		



271	En saison sèche		
272	En saison des pluies		
273	Quel type de récipients utilisez-vous pour aller chercher de l'eau? Petit galon Gros galon Seau ouvert Seau fermé Bouteille		
274	Combien d'eau collectez-vous chaque jour pour la maison? Capacité du récipient Quantité des récipients Combien de fois déplacez-vous à la source par jour? Total litres de l'eau		
	Comment utilisez-vous cette eau? Combien de litre utilisez-vous pour:		
275	L'eau de boisson?		
276	La préparation des repas?		



277	le bain/ se laver		
278	L'hygiène et l'assainissement		
279	Que faites-vous d'habitude pour traiter l'eau de boisson? (ne pas citer) Ebullition Clorox Tissu Filtre à l'eau Désinfection solaire Laisser reposer Autre, expliquez Ne sait pas		
280	Quand vous l'avez-vous les mains? (ne pas citer) Après être allé à la toilette Après avoir changé un enfant qui a fait ses selles Avant de préparer à manger Avant le repas Avant d'allaiter et de donner à manger aux enfants		
	Valeur totale total (0-5)		
281	Pouvez-vous m'expliquez en me montrant comment vous vous l'avez les mains, s'il vous plait. Utilise de l'eau Utilise du savon ou de la cendre Se lave les deux mains Se frotte les mains ensemble au moins trois fois Se sèche les mains en utilisant un tissus propre ou à l'air libre		
	Valeur totale (0-5)		
282	Avez-vous du savon dans la maison? Puis-je le voir? Seulement si vous observez le savon entourez "1"		

283	SCORE DE LA GESTION DE L'EAU		
	Est-ce que le seau ou le bidon utilisé pour transportée l'eau est laissé ouvert pendant le transport?		



	Est-ce que le seau ou le bidon utilisé pour transporter l'eau est sale?		
	Est-ce que le seau ou le bidon utilisé pour garder l'eau à la maison est non recouvert/ non fermé?		
	Est-ce qu'une méthode de traitement de l'eau est visible (filtre, bouilloire, aquatab)?		
	Lorsque que l'on sert l'eau à boire, existe-t-il un risque de contamination? (est ce que les doigts touchent l'eau, ou que le verre/la tasse est sale)		
	SCORE TOTAL DE RISQUE (nombre de 1 comptabilisés)		
284	OBSERVATION DECHETS ANIMAUX		
	Est-ce qu'il y a des excréments d'origine animale dans ou près de l'enceinte/de la zone de jeu/dans le voisinage?		
285	OBSERVATION HYGIENE ALIMENTAIRE		
	Est-ce qu'il y des ustensiles de cuisine ou des restes alimentaires non couverts ou sur le sol?		



QUESTIONNAIRE: ENFANT

Identification		
301	Numéro de la grappe	
302	Numéro du ménage	
303	Numéro de l'équipe	
304	Nom de l'enfant	
305	Date de naissance de l'enfant Vérification par ordre d'importance: Certificat de naissance Livret de famille Calendrier d'évènement	
306	Age en mois	
307	Sexe	

ALIMENTATION DU NOURISSON ET DU JEUNE ENFANT (ANJE)			Oui	
308	Est-ce que l'enfant à entre 0 et 23 mois?		1	
309	Est-ce que (Nom de l'enfant) a déjà été allaité?	Je ne sais pas 8	1	
310	Combien de temps après l'accouchement avez-vous mis (nom de l'enfant) au sein?			



	Quand il était né Combien de temps Combien de jours	0 1 2	
311	Est-ce que (nom) a été allaité hier pendant la Journée ou la nuit?	Je ne sais pas 8	Oui 1
<i>Parfois, les bébés sont nourris du lait maternel de différentes manières. Parfois, les bébés sont allaités par une autre femme, ou on peut leur donner du lait maternel d'une autre femme, à la cuillère, dans une tasse ou dans une bouteille ou d'une autre manière. Cela peut se produire si une mère ne peut pas allaiter son bébé.</i>			
312	Est-ce que (nom) a consommé du lait d'une de ces manières hier pendant la Journée ou la nuit?	Je ne sais pas 8	Oui 1
Maintenant je voudrais vous demander quel liquide a bu (nom) hier dans la journée ou la nuit? Est-ce que (nom) a bu:			Oui 1
313	l'eau		Oui 1
314	lait artificiel pour bébé (Alaska,...)		Oui 1
315	lait tels qu'en brique, en poudre ou le lait animal frais		Oui 1
316	jus de fruit		Oui 1



317	bouillon	Oui 1	
318	lait caillé ou yaourt	Oui 1	
319	la bouillie	Oui 1	
320	autre liquide (thé, loque ; sérum)	Oui 1	
321	autre type de liquide	Oui 1	
Combien de fois hier pendant la journée ou la nuit ne (nom) consommer les éléments suivants:			
322	Lait artificiel	Quantité	
323	Lait en poudre ou animal	Quantité	
324	bouillie/lait caillé avec du sucre	Quantité	
<i>Décrivez s'il vous plaît tout ce que (nom) a mangé hier pendant la journée ou la nuit, que ce soit à la maison ou à l'extérieur de la maison.</i> <i>Pensez quand (nom) s'est réveillé hier. Est-ce que (nom) à manger à ce moment-là? Si oui, s'il vous plaît me dire tout ce que (nom) a mangé? Autre chose? Poser la question jusqu'à ce que le répondant dise non. Ensuite passer à la question b.</i> <i>Qu'est-ce que (nom) a fait après cela? (nom) a t'il mangé quelque chose pendant qu'il faisait ça? Si oui, s'il vous plaît me dire tout ce que (nom) a mangé à ce moment. Autre chose? SI NON, passez à la question C.</i> <i>Quels sont les ingrédients étaient dans ce plat ? Autre chose? Jusqu'à ce que le répondant ne dise « RIEN D'AUTRE. »</i>			
325	mil, sorgho, maïs, pain, riz, spaghetti, tout aliment à base de céréales, beignets	Oui 1	Non 0 Je ne sais p 8
326	courges ou autre Vit A		
327	ignames, manioc ou d'autres aliments à base de racines		



328	tous les légumes vert foncé (feuilles)			
329	fruits riche (goyaves, mangues..) en vitamine A			
330	autre fruits et légume			
331	foie, des reins, du cœur ou d'autres abats			
332	toute viande, comme le bœuf, porc, agneau, chèvre, poule...			
333	Œufs			
334	poissons frais ou séchés			
335	les aliments à base des haricots, sésames, arachides, noix...			
336	produits laitiers, lait animal			
337	matières grasse huile végétale margarine			
338	les aliments sucrés comme les chocolats, bonbons, friandises, pâtisseries, gâteaux, biscuits, sucre miel			
339	condiments, sel, cubes maggi, épices			
340	Est-ce que (nom) a mangé quelque chose de solide, semi solide, ou mou hier pendant la journée ou la nuit? (Si oui, demander ce qu'il a mangé est corriger les réponses à la question ci-dessus)	Oui 1	Non 0	
341	Combien de fois est ce que (nom) ont mangé des aliments solides, semi-solides ou mous tels que de la purée ou bouillie hier pendant la journée ou la nuit?	Quantité	Je ne sais pas 8	
342	Est-ce que (nom) a un grand frère ou sœur?	Oui 1	Non 0 ale nan Q 344	
343	Quelle est la différence d'âge entre (nom) et son frère / sa sœur directe? (si plusieurs prendre le plus rapproché) Moins de 18 mois Entre 18 et 24 mois Entre 24 et 36 mois Depasse 36 mois	0 1 2 3		
344	Est-ce que quelqu'un aide/ surveille (nom) à manger?	Oui 1	Non 0	Je ne sais pas 8
345	Que faites-vous ou la personne qui l'aide, quand (nom) refuse de manger Rien		0	



	Force l'enfant à manger	1	
	Attitude positive (joue avec, change la nourriture)	2	
346	Dans les 3 derniers jours, avez-vous ou un membre du ménage de plus de 15 ans qui a raconté une histoire, chanter ou jouer avec (nom)?	Oui 1	Non 0
347	Cette semaine, avez-vous laissé (nom), seul ou sous la garde d'autres enfants de moins de 12 ans?	Oui 1	Non 0 ale nan Q 349
348	Si oui, à quelle fréquence? Tous les jours Plusieurs fois par semaine moins d'une fois par semaine	3 2 1	
349	Est-ce que l'enfant a eu un certificat de naissance quand il est né? Si oui est ce que je peux le voir? Oui Non	Poids 1 0	
350	Quand (nom) est né était-il très gros, plus gros que la normal, normal, plus petit que la normale, ou très petit? Très gros Plus gros que la normale Normal Plus petit que la normal Très petit Ne sais pas	0 1 2 3 4 8	
350a	Est-ce que vous avez utilisé la technique kangourou?	Oui 1	Non 0
351	Est-ce que (nom) a une carte de vaccination?	Oui 1	Non 0
352	Est-ce que l'enfant a reçu le vaccin DTP3 ? Oui vérifié sur la carte Oui mais non vérifié sur carte Non Ne sait pas	1 2 0 4	
353	Est-ce que l'enfant a reçu un déparasitant au cours des 6 dernier mois (Montrer la capsule au répondant)	Oui 1	Non 0 Je ne sais pas



				8
354	Est-ce que (nom) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines? (plus de 3 selles molles ou liquide un délai de 24 heures)	Oui 1	Non 0	ale nan Q 357
355	Avez recherché un traitement à ce moment-là ?	Oui 1	Non 0	ale nan Q 357
356	Si oui, ou êtes-vous allé chercher un traitement en premier? Centre de sante Tradipraticien Vendeur ambulant Amis/Famille Autre	1 2 3 4 5		
357	Quelle sont les causes de la diarrhée, <i>ne pas citer</i> . réponses acceptés: Infections Empoisonnement alimentaires ou médicamenteux Eau de boisson contaminée Mauvaises Pratiques d'hygiène	Oui 1	Non 0	
358	Est-ce que (nom) a souffert de la toux (difficultés à respirer ou respire plus vite que d'habitude avec souffle court et rapide) dans les deux dernières semaines	Oui 1	Non 0	Je ne sais pas 8
359	Est-ce que (nom) a eu de la fièvre les 14 derniers jours?	Oui 1	Non 0	Je ne sais pas 8
360	La dernière fois que (nom) a fait les selles, ou a t'il/elle déféqué? Dans un pot pour enfant Dans une couche lavable Dans une couche jetable Dans ses vêtements Dans la maison ou le jardin En dehors de la parcelle Dans les latrines du ménage Dans les latrines publiques Autres, spécifiez	1 2 3 4 5 6 7 8 9		ale nan Q 362



	Je ne sais pas	10	
361	La dernière fois que (nom) a fat les selles où avez-vous mis ses selles?		
	Jetés dans une latrine	1	
	Enterrés	2	
	Dans la poubelle	3	
	Dans le jardin	4	
	En dehors de la parcelle	5	
	Dans les latrines publiques	6	
	Dans le levier	7	
	Dans la rivière	8	
	Dans le puits	9	
	Autre; spécifiez	10	
	Rincées	11	
	Ne sait pas	12	
363	<i>OBSERVATION DE L'ENFANT</i>		
	<i>Regarder la propreté de l'enfant</i>		
	L'enfant est propre (récemment changé et lavé)	1	
	Propreté intermédiaire (les mains et / ou des vêtements de l'enfant sont sales, mais les excréments ne sont pas visibles)	2	
	Très sale (des selles sont visibles sur le corps ou les vêtements)	3	
364	<i>OBSERVATION DE L'ATTITUDE DE LA MERE ENVERS L'ENFANT</i>		
	La mère (ou l'accompagnant) a tendance à garder l'enfant dans son champs visuel et regarde l'enfant assez souvent	Oui 1	Non 0
	La mère (ou l'accompagnant) parle à l'enfant au cours de l'entretien	Oui 1	Non 0
	La mère (ou l'accompagnant) interagit avec l'enfant pour promouvoir son développement et ses capacités à apprendre	Oui 1	Non 0
	La mère (ou l'accompagnant) sourit à l'enfant, rit avec l'enfant, le caresse, l'embrasse ou le prend dans ses bras	Oui 1	Non 0
	La mère (ou l'accompagnant) donne une fessée ou bat l'enfant pendant la visite ou lui cri dessus	Oui 1	Non 0



OBSERVATIONS

Identification		
401	Numéro de la grappe	
402	Numéro du ménage	

INSPECTION SANITAIRE DES SOURCES D'EAU			
403	Eaux souterraines, puits ouvert, puits ou forage équipé d'une pompe à main, puits ou forage équipé d'un système de pompe motorisé		
	Existe-t-il une latrine ou une quelconque source de pollution à une distance inférieure à 30 m du puits ?		
	Est-ce que l'absence ou la déficience de la clôture autorise la fréquentation du site par des animaux ?		
	Est-ce que le canal de drainage est inférieur en distance à 2 m, sale ou défectueux?		
	Est-ce qu'il y a de l'eau stagnante près de l'ouvrage?		
	Est-ce que la dalle de l'ouvrage présente une largeur minimale inférieure à 1m/ouvrage?		
	La dalle ou la margelle de l'ouvrage présente-t-elle des craquelures ou des fentes?		
	Est-ce que le puits est-il insalubre/mal fermé?		
	L'ouvrage présente-t-il une isolation (étanchéité) médiocre ou insuffisante ou inexistante sur les 3 m en-dessous du niveau du sol?		
	Est-ce que le point d'eau est sale?		
	Est-ce que le système d'exhaure (corde, seau) est en mauvaise condition ou sale ou impropre?		
	SCORE TOTAL DE RISQUE (nombre de oui comptabilisés)		
404	Source protégée		
	Existe-t-il une latrine ou une quelconque source de pollution à une distance inférieure à 30 m du site?		
	Est-ce que l'absence ou la déficience de la clôture autorise la fréquentation du site par des animaux?		
	Est-ce que le système de drainage perturbe l'écoulement et favorise la présence d'eau stagnante?		



	Est-ce que la source est susceptible d'une contamination de surface?		
	Est-ce que la boîte de captage est fissurée?		
	Est-ce que la trappe de visite est fissurée ou mal remplacée?		
	Est-ce que le tuyau de trop plein est manquant?		
	Est-ce que le caniveau disposé en amont du site est manquant ou improprement entretenu?		
	Est-ce que le site est sale?		
	Est-ce qu'il a de l'eau stagnante au point de distribution (robinet?)		
	SCORE TOTAL DE RISQUE (nombre de oui comptabilisés)		
405	Transport d'eau par camion-citerne		
	Est-ce que le point d'eau utilisé pour remplir la citerne est impropre du point de vue sanitaire?		
	Est-ce qu'il a une absence de chloration ou une non-conformité de la chloration de l'eau transportée?		
	Est-ce que le tuyau utilisé pour vider et remplir la citerne est sale ou non approprié ou impropre d'un point de vue sanitaire?		
	Est-ce que le camion-citerne a été utilisé pour d'autres fonctions que le transport d'eau?		
	Est-ce que le bouchon associé à l'orifice de remplissage du réservoir est absent, impropre ou sale?		
	Est-ce que différents éléments du système (réservoir du camion, réservoir au niveau communautaire, point de distribution) sont soit non régulièrement nettoyés, soit non régulièrement désinfectés?		
	Est-ce que le réservoir/point de distribution est sale ou impropre?		
	Est-ce que l'eau du réservoir de stockage et du point de distribution n'est pas chlorée?		
	Est-ce que le réservoir de stockage de l'eau au point de distribution est ouvert ou improprement couvert?		
	Existe-t-il de l'eau stagnante autour du réservoir ou du point de distribution de l'eau?		
	SCORE TOTAL DE RISQUE (nombre de oui comptabilisés)		
406	Distribution par réseau		
	Est-ce que la source est mal protégée?		
	Existe-t-il des points de fuite entre la source et le réservoir?		



	Dans le cas où le réseau comporte des réservoirs de brise-charge, ceux-ci sont-ils mal ou non couverts?		
	Est-ce que le réservoir présente des fuites, des fissures, une absence de prise d'air ou des conditions sanitaires impropres?		
	Est-ce que le réservoir de stockage est sale ou non nettoyé régulièrement?		
	Existe-t-il des points de fuite dans le réseau de distribution?		
	Est-ce que les zones autour des bornes fontaines sont non protégées et ouvertes à la fréquentation des animaux?		
	Existe-t-il un drainage non adéquat ou des traces d'eau stagnante auprès des bornes fontaines?		
	Est-ce que l'environnement immédiat des bornes fontaines présente un risque de contamination (décharge, présence d'excréta, etc.)?		
	Est-ce que l'eau distribuée n'est pas chlorée?		
	SCORE TOTAL DE RISQUE (nombre de oui comptabilisés)		



1.5 ANNEXE 5: RAPPORT DES RESULTATS DE L'ENQUETE QUANTITATIVE PAR INDICATEUR

QUESTIONNAIRE: CHEF DE MÉNAGE

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
RENSEIGNEMENTS GENERAUX				
TAILLE MOYENNE DE MENAGE	468	6,6	6,4	6,9
MENAGES SANS ENFANTS < 5 ANS	714	246		
MENAGES AVEC ENFANTS < 5 ANS	714	468		
NO. MOYEN D'ENFANTS < 5 ANS PAR MENAGE	468	1,5	1,4	1,5
CHEF DE MENAGE (HOMME)	468	77,6	73,5	81,6
CHEF DE MENAGE (FEMME)	468	22,4	18,4	26,5
CHEF DE MENAGE MARIE, MONOGAME	468	83,1	78,9	87,4
CHEF DE MENAGE MARIE, POLYGAME	468	4,7	2,7	6,7



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
▪ NO. MOYEN D'EPOUSES	21	2,1		
CHEF DE MENAGE VEUF	468	7,7	4,3	11,1
CHEF DE MENAGE SEPRE	468	4,5	2,6	6,3
CHEF DE MENAGE DIVORCE	468	0	0	0
REVENU DU MENAGE				
REVENU MOYEN MENSUEL (EN HTG)	468	3800,0	3308,8	4291,2
PRINCIPALES SOURCES DE REVENU DU MENAGE				
VENTE DE PRODUITS AGRICOLES, AUTOPRODUITS	468	36,3		
PETIT COMMERCE DE PRODUITS NON-ALIMENTAIRES	468	13		
TRAVAIL JOURNALIER	468	12,4		
COMMERCE DE PRODUITS ALIMENTAIRES OU ANIMAUX	468	12,4		
VENTE DES PRODUITS MARAICHERS	468	10,5		
VENTE ET COLLECTE DE BOIS DE CHAUFFE OU DE FOURRAGE	468	4,5		
VENTE DE PRODUITS DE CHASSE, CUEILLETTE	468	4,5		



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
ARTISANAT, FABRICATION DE BRIQUE, CONSTRUCTION	468	3		
SALAIRE, PENSION	468	3		
AIDES, DONNS, TRANSFERT D'ARGENT	468	1,9		
TRANSPORT	468	1,5		
VENTE D'ANIMAUX OU DE PRODUITS D'ELEVAGE	468	1,1		
VENTE DE PRODUITS AGRICOLES/MARAICHERS TRANSFORMES	468	1,1		
TRADIPRATICIEN/HOUGAN	468	1,1		
VENTE DE PRODUITS DE LA PECHE	468	0,6		
SOURCES DE REVENU DU MENAGE SECONDAIRES				
▪ % MENAGES AYANT DEUX SOURCES DE REVENU	468	97,6		
TRAVAIL JOURNALIER	457	16,8		
VENTE DE PRODUITS AGRICOLES, AUTOPRODUITS	457	15,3		
PETIT COMMERCE DE PRODUITS NON-ALIMENTAIRES	457	10,7		
COMMERCE DE PRODUITS ALIMENTAIRES OU ANIMAUX	457	10,1		



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
VENTE DES PRODUITS MARAICHERS	457	9,8		
VENTE D'ANIMAUX OU DE PRODUITS D'ELEVAGE	457	9,4		
VENTE ET COLLECTE DE BOIS DE CHAUFFE OU DE FOURRAGE	457	8,8		
SOURCES DE REVENU DU MENAGE COMPLEMENTAIRES				
▪ % MENAGES AYANT TROIS SOURCES DE REVENU	468	47,0		
TRAVAIL JOURNALIER	220	22,7		
VENTE D'ANIMAUX OU DE PRODUITS D'ELEVAGE	220	13,2		
AIDES, DONNS, TRANSFERT D'ARGENT	220	10,0		
VENTE ET COLLECTE DE BOIS DE CHAUFFE OU DE FOURRAGE	220	9,0		
RECEPTION DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS				
% MENAGES RECEVANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR COUVRIR LEURS BESOINS FAMILIAUX	468	17,3	13,0	21,6
▪ % MENAGES RECEVANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS EN CAS DE BESOIN	81	16,0	9,8	22,3



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
▪ % MENAGES RECEVANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS CHAQUE MOIS	81	34,6	21,6	47,5
▪ % MENAGES RECEVANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS CHAQUE 3 MOIS	81	13,6	5,6	21,5
▪ % MENAGES RECEVANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS 1-2 FOIS PAR ANNEE	81	35,8	23,8	47,9
VALEUR MOYENNE (EN HTG) DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS REÇUS	81	2375,9	1700,6	3051,3
UTILISATION DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS				
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR L'ACHAT DE LA NOURRITURE	81	90,1	83,2	97,1
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR L'ACHAT DES PRODUITS NON-ALIMENTAIRES	81	70,4	59,0	81,8
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR L'ACHAT DES ANIMAUX	81	17,3	8,1	26,5
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR L'ACHAT DE LA MAISON/TERRE	81	0	0	0
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR LA LOCATION DE LA MAISON/TERRE	81	0	0	0
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR LA SCOLARISATION DES ENFANTS	81	43,2	30,6	55,8



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR LES DEPENSES DE SANTE	81	38,3	27,6	49,0
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR LE REMBOURSEMENT DES DETTES	81	60,5	48,8	72,2
% MENAGES DEPOSANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS SUR LEUR CARNET DE BANQUE	81	2,5	1,0	6,0
% MENAGES UTILISANT DES TRANSFERTS LOCAUX OU ETRANGERS POUR PARTICIPER AU SOL	81	12,3	4,5	20,2
MIGRATION				
% MENAGES DONT UN MEMBRE MIGRE POUR DES RAISONS ECONOMIQUES VERS AUTRES VILLES EN HAITI ET/OU LA REPUBLIQUE DOMINICAINE	468	33,3	26,8	39,9
DUREE HABITUELLE D'ABSENCE				
▪ 1 SEMAINE	156	14,1	8,2	20,0
▪ 1 MOIS	156	25,0	13,0	37,0
▪ 3 MOIS	156	11,5	6,0	17,1
▪ 6 MOIS	156	10,9	5,7	16,1
▪ 1 ANNEE	156	11,5	4,5	18,5
▪ PLUS DE 1 ANNEE	156	26,9	15,7	38,1



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
ELECTRICITE				
% MENAGES QUI ONT L'ACCES A L'ELECTRICITE DANS LEUR MENAGE	468	5,3	2,7	8,0
RADIO				
% MENAGES QUI ONT L'ACCES A LA RADIO DANS LEUR MENAGE	468	31,4	25,0	37,0
TELEPHONE				
% MENAGES QUI ONT L'ACCES AU TELEPHONE DANS LEUR MENAGE	468	73,7	68,0	79,4
POSSESSION DES ANIMAUX				
% MENAGES QUI POSSEDENT DES VACHES LAITIERES	468	7,9	5,5	10,3
▪ NO. MOYEN DES VACHES LAITIERES POSSEDEES	37	1,3		
% MENAGES QUI POSSEDENT DES BŒUFS	468	13,7	9,7	17,6
▪ NO. MOYEN DES BŒUFS POSSEDES	64	1,5		
% MENAGES QUI POSSEDENT DE LA VOLAILLE	468	77,6	73,1	82,0
▪ NO. MOYEN DE LA VOLAILLE POSSEDEE	363	6,7		



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% MENAGES QUI POSSEDENT DES PETITS RUMINANTS	468	35,5	29,3	41,6
▪ NO. MOYEN DES PETITS RUMINANTS POSSEDES	166	3,2		
% MENAGES QUI POSSEDENT DES ANES	468	15,4	10,3	20,5
▪ NO. MOYEN DES ANES POSSEDES	72	1,2		
% MENAGES QUI POSSEDENT DES CHEVAUX	468	6,8	3,7	10,0
▪ NO. MOYEN DES CHEVAUX POSSEDES	32	1,1		
AGRICULTURE PENDANT 12 DERNIERS MOIS				
% MENAGES QUI ONT PRATIQUE L'AGRICULTURE PENDANT 12 DERNIERS MOIS	468	88,5	84,8	92,2
▪ % MENAGES QUI NE VENDENT LEUR RECOLTE DU TOUT (0% DE LA RECOLTE DESTINEE A LA VENTE)	414	69,3		
▪ % MENAGES QUI VENDENT <25% DE LEUR RECOLTE	414	13,3		
▪ % MENAGES QUI VENDENT 25% - 50% DE LEUR RECOLTE	414	11,6		
▪ % MENAGES QUI VENDENT 50 - 75% DE LEUR RECOLTE	414	2,2		
▪ % MENAGES QUI VENDENT >75% DE LEUR RECOLTE	414	3,1		



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
DUREE MOYENNE (EN MOIS) DES STOCKS DESTINES A LA CONSOMMATION DU MENAGE	414	1,65		
TAILLE MOYENNE DES PARCELLES CULTIVEES	414	4601,42 m ²		
▪ % MENAGES QUI ONT HERITE LEUR PARCELLE	414	49,5	41,2	57,8
▪ % MENAGES QUI ONT ACHETE LEUR PARCELLE	414	16,2	9,5	22,8
▪ % MENAGES QUI ONT LOUE LEUR PARCELLE (DEMWATYE)	414	21,5	15,5	27,5
▪ % MENAGES QUI ONT HYPOTHEQUE LEUR PARCELLE	414	10,1	7,0	13,2
▪ % MENAGES QUI ONT REÇU LEUR PARCELLE COMME DON	414	2,7	0,0	5,4
CULTURES PLANTEES				
% MENAGES QUI ONT PLANTE DES CEREALES	414	89,1	83,9	94,4
▪ QUANTITE MOYENNE DES CEREALES PLANTEES	369	3,2	2,4	4,0
▪ RENDEMENT MOYEN DE LA RECOLTE	369	9,0	5,7	12,3
% MENAGES QUI ONT PLANTE DES HARICOTS	414	79,7	72,7	86,7



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
▪ QUANTITE MOYENNE DES HARICOTS PLANTES	330	7,1	5,6	8,5
▪ RENDEMENT MOYEN DE LA RECOLTE	330	6,3	0,2	12,4
% MENAGES QUI ONT PLANTE DES TUBERCULES	414	37,7	28,7	46,7
▪ QUANTITE MOYENNE DES TUBERCULES PLANTES	156	307,5	151,8	463,3
▪ RENDEMENT MOYEN DE LA RECOLTE	156	106,7	1,3	212,2
% MENAGES QUI ONT PLANTE DES LEGUMES	414	18,8	7,5	30,2
▪ QUANTITE MOYENNE DES LEGUMES PLANTES	78	164,7		
▪ RENDEMENT MOYEN DE LA RECOLTE	78	863,4		
% MENAGES QUI ONT PLANTE DU CAFE	414	6,3	1,9	10,7
▪ QUANTITE MOYENNE DU CAFE PLANTE	26	481,6		
▪ RENDEMENT MOYEN DE LA RECOLTE	26	77,2		
CHOCs PENDANT 6 DERNIERS MOIS				
% MENAGES AYANT SUBI UN CHOC AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS	468	92,3	87,8	96,9
▪ % MENAGES AYANT SUBI DES ATTAQUES D'OISEAUX	432	6,3	1,9	10,7



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
▪ IMPACT MOYEN	37	3,2		
▪ % MENAGES AYANT SUBI DES INVASIONS DES CRIQUETS	432	10,0	4,2	15,7
▪ IMPACT MOYEN	43	3,0		
▪ % MENAGES AYANT SUBI DES INVASIONS DES CHENILLES	432	22,7	15,4	30,0
▪ IMPACT MOYEN	98	3,1	2,9	3,3
▪ % MENAGES AYANT SUBI DES MALADIES DES CULTURES	432	38,2	30,8	45,5
▪ IMPACT MOYEN	165	3,6	3,4	3,8
▪ % MENAGES AYANT SUBI DES PERTES DES STOCKS	432	33,3	21,6	45,0
▪ IMPACT MOYEN	144	4,1		
▪ % MENAGES AYANT SUBI UNE FAIBLE PLUVIOMETRIE/SECHERESSE	432	44,2	31,4	57,0
▪ IMPACT MOYEN	191	3,8	3,6	4,0
▪ % MENAGES AYANT SUBI DES INONDATIONS	432	65,3	53,0	77,5
▪ IMPACT MOYEN	191	3,8		
▪ % MENAGES AYANT SUBI DES PERTES DE BETAIL (EPIZOOTIES)	432	29,6	23,8	35,4



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
▪ IMPACT MOYEN	128	3,6		
▪ % MENAGES AYANT SUBI DES PERTES DE BETAIL (VOL)	432	29,6	23,8	35,4
▪ IMPACT MOYEN	59	3,1		
▪ % MENAGES AYANT SUBI UNE HAUSSE DES PRODUITS ALIMENTAIRES DE BASE	432	38,7	28,8	48,5
▪ IMPACT MOYEN	167	4,1		
▪ % MENAGES AYANT SUBI UNE MALADIE/DECES DU CHEF DU MENAGE OU D'UN MEMBRE IMPORTANT	432	38,4	31,7	45,1
▪ IMPACT MOYEN	166	3,8		
STRATEGIES DE SURVIE ADOPTEES				
▪ BAISSSE DE LA QUANTITE DES RATIONS	432	83,3	78,1	88,6
▪ BAISSSE DU NOMBRE DE REPAS PAR JOUR	432	77,3	72,3	82,3
▪ BAISSSE DE LA QUALITE (DIVERSITE) DES REPAS	432	81,7	76,0	87,5
▪ CHANGEMENT DES HABITUDES ALIMENTAIRES (ALIMENTS MOINS PREFERES)	432	79,9	73,0	86,6
▪ EMPRUNT D'ARGENT	432	50,9	46,2	55,6



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
▪ EMPRUNT DE NOURRITURE	432	26,2	18,2	34,1
▪ DEPENSE DE L'EPARGNE MONETAIRE	432	7,4	2,7	12,1
▪ CONSOMMATION DES RECOLTES IMMATURES	432	42,4	34,8	50,0
▪ CONSOMMATION DES SEMENCES RESTANTES	432	35,9	24,9	46,9
▪ DESCOLARISATION DES ENFANTS	432	21,8	15,0	28,4
▪ DIMINUTION DES DEPENSES POUR LES SOINS DE SANTE	432	24,3	15,0	33,6
▪ VENTE DE LA PARCELLE	432	5,1	2,4	7,7
▪ VENTE D'ANIMAUX	432	19,9	15,0	24,8
▪ VENTE DES FEMELLES REPRODUCTRICES	432	6,7	4,3	9,2
▪ VENTE DES CHEVAUX, ANES, CHARRETTE, CAPITAL PRODUCTIF	432	2,1	0,4	3,8
▪ ENTRAIDE ENTRE VOISINS	432	28,7	22,2	35,2
▪ PROTECTION DES BETAILES ET DES CULTURES	432	7,9	3,6	12,2
ACCES AUX INSTALLATIONS SANITAIRES				
% MENAGES AYANT L'ACCES AUX INSTALLATIONS SANITAIRES	468	47,7	38,0	57,3



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
▪ % MENAGES AYANT L'ACCES AUX INSTALLATIONS SANITAIRES AMELIOREES	223	76,7	68,9	84,4
OBSERVATIONS: INSTALLATIONS SANITAIRES				
% MENAGES AYANT L'ACCES AUX INSTALLATIONS SANITAIRES QUI NE PRESENTENT PAS DES RISQUES D'UTILISATION (« INSTALLATIONS SURES »)	223	0	0	0
OBSERVATIONS: DECHETS				
% MENAGES OU L'EXCRETA HUMAIN ET/OU ANIMALE ETAIT OBSERVE DANS LA COUR, LIEU DE JEUX OU VOISINAGE	468	42,5	34,3	50,8
OBSERVATIONS: COLLECTE DES EAUX DE PLUIE				
% MENAGES AYANT L'ACCES AUX SYSTEMES DE COLLECTE DES EAUX DE PLUIE QUI NE PRESENTENT PAS DES RISQUES D'UTILISATION	174	13,2		
% MENAGES AYANT L'ACCES AUX SYSTEMES DE COLLECTE DES EAUX DE PLUIE QUI PRESENTENT UN FAIBLE RISQUE D'UTILISATION	174	42,5		
% MENAGES AYANT L'ACCES AUX SYSTEMES DE COLLECTE DES EAUX DE PLUIE QUI PRESENTENT UN RISQUE D'UTILISATION MODERE	174	19,5		
% MENAGES AYANT L'ACCES AUX SYSTEMES DE COLLECTE DES EAUX DE PLUIE QUI PRESENTENT UN	174	24,7		



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
RISQUE D'UTILISATION SEVERE				



QUESTIONNAIRE: FEMME EN CHARGE

INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
SDAM				
HDDS INFÉRIEUR OU ÉGAL À 3	488	17,6	12,3	23,0
HDDS 4-5	488	43,9	37,8	49,9
HDDS ÉGAL OU SUPÉRIEUR À 6	488	38,5	28,9	48,2
% MENAGES AYANT CONSOMMÉS DES CÉRÉALES LA VIEILLE DE L'ENQUÊTE	488	87,3	84,3	90,3
% MENAGES AYANT CONSOMMÉS DES RACINES OU TUBERCULES BLANCHES LA VIEILLE DE L'ENQUÊTE	488	22,5	15,9	29,2
% MENAGES AYANT CONSOMMÉS DES LÉGUMES OU TUBERCULES RICHES EN VITAMINE A LA VIEILLE DE L'ENQUÊTE	488	29,2	19,0	31,8
% MENAGES AYANT CONSOMMÉS DES LÉGUMES À FEUILLES VERTES FONCÉES LA VIEILLE DE L'ENQUÊTE	488	28,7	20,9	36,5
% MENAGES AYANT CONSOMMÉS D'AUTRES LÉGUMES LA VIEILLE DE L'ENQUÊTE	488	34,2	22,8	45,6
% MENAGES AYANT CONSOMMÉS DES FRUITS RICHES EN VITAMINE A LA VIEILLE DE L'ENQUÊTE	488	4,1	2,0	6,2
% MENAGES AYANT CONSOMMÉS D'AUTRES FRUITS LA VIEILLE DE L'ENQUÊTE	488	19,5	14,0	24,9
% MENAGES AYANT CONSOMMÉS DES ABATS LA VIEILLE DE L'ENQUÊTE	488	0,8	0,0	1,6



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% MENAGES AYANT CONSOMMES DE LA VIANDE LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	7,2	4,0	10,4
% MENAGES AYANT CONSOMMES DES ŒUFS LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	3,5	1,7	5,2
% MENAGES AYANT CONSOMMES DU POISSON OU DES FRUITS DE MER LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	20,5	14,2	26,8
% MENAGES AYANT CONSOMMES DES LEGUMES A GOUSSE, LEGUMINEUSES ET NOIX LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	60,9	52,5	69,2
% MENAGES AYANT CONSOMMES DU LAIT OU DES PRODUITS LAITIERS LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	6,8	4,0	9,6
% MENAGES AYANT CONSOMMES DES MATIERES GRASSES LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	84,6	80,2	89,1
% MENAGES AYANT CONSOMMES DU SUCRE LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	43,4	34,9	52,0
% MENAGES AYANT CONSOMMES DES CONDIMENTS LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	82,0	77,0	86,9
ORIGINE DES PRODUITS ALIMENTAIRES CONSOMMES				
MARCHE	488	96,9		
PROPRE PRODUCTION	488	78,7		
AMIS/FAMILLE	488	21,5		
ECHANGE OU TROC	488	5,1		



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
RECOLTE DANS LA NATURE/CHASSE	488	13,5		
ASSISTANCE HUMANITAIRE	488	0,8		
PRET	488	7,6		
DAMF				
DAMF INFÉRIEUR OU ÉGAL À 5	488	95,1	92,2	97,9
DAMF ÉGAL OU SUPÉRIEUR À 5	488	4,9	2,1	7,8
% FEMMES AYANT CONSOMMÉES DES CÉRÉALES, TUBERCULES BLANCS, RACINES BLANCHES ET PLANTAINS LA VIEILLE DE L'ENQUÊTE	488	93,6	91,6	95,7
% FEMMES AYANT CONSOMMÉES DES LÉGUMINEUSES (HARICOTS, POIS, LENTILLES) LA VIEILLE DE L'ENQUÊTE	488	60,9	52,5	69,2
% FEMMES AYANT CONSOMMÉES DES NOIX ET GRAINES LA VIEILLE DE L'ENQUÊTE	488	2,5	0,9	4,0
% FEMMES AYANT CONSOMMÉES DES PRODUITS LAITIERS LA VIEILLE DE L'ENQUÊTE	488	6,8	4,0	9,6
% FEMMES AYANT CONSOMMÉES DES VIANDES, VOLAILLES ET POISSONS LA VIEILLE DE L'ENQUÊTE	488	25,6	18,3	32,9
% FEMMES AYANT CONSOMMÉES DES ŒUFS LA VIEILLE DE L'ENQUÊTE	488	3,5	1,7	5,2



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% FEMMES AYANT CONSOMMEES DES LEGUMES AUX FEUILLES VERTES FONCEES LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	28,7	20,9	36,5
% FEMMES AYANT CONSOMMEES D'AUTRES LEGUMES ET FRUITS RICHES EN VITAMINE A LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	28,3	22,1	34,5
% FEMMES AYANT CONSOMMEES D'AUTRES LEGUMES LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	34,2	22,8	45,6
% FEMMES AYANT CONSOMMEES D'AUTRES FRUITS LA VIELLE DE L'ENQUETE	488	19,5	14,0	24,9
NO. REPAS	488	1,760	1,685	1,835
HHS				
HHS 1-2 (PEU OU PAS DE FAIM DANS LE MENAGE)	488	14,5	9,7	19,4
HHS 2-3 (FAIM MODEREE DANS LE MENAGE)	488	51,6	44,7	58,6
HHS 4-6 (FAIM SEVERE DANS LE MENAGE)	488	33,8	25,9	41,7
MEDIANE HHS	488	5		
ISAR	488	25		



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% MENAGES UTILISANT DES STRATEGIES D'ADAPTATION AU COURS DE LA SEMAINE	488	100,0		
% MENAGES UTILISANT DES STRATEGIES D'ADAPTATION DE GRAVITE UNIVERSELLE 1-21 1-2 FOIS PAR SEMAINE	488	32,1		
% MENAGES UTILISANT DES STRATEGIES D'ADAPTATION DE GRAVITE UNIVERSELLE 1-21 3-4 FOIS PAR SEMAINE	488	42,0		
% MENAGES UTILISANT DES STRATEGIES D'ADAPTATION DE GRAVITE UNIVERSELLE 1-21 ≥5 FOIS PAR SEMAINE	488	25,9		
% MENAGES LIMITANT LA CONSOMMATION DES ADULTES EN FAVEUR DE JEUNES ENFANTS ≥5 FOIS PAR SEMAINE	488	21,7		
MAHFP	488	8,6	8,1	9,0
% MENAGES AYANT SOUFFERT D'UN MANQUE DE NOURRITURE POUR SATISFAIRE LES BESOINS DE LEUR FAMILLE DURANT LES 12 DERNIERS MOIS	488	97,3	95,6	99,1
NOMBRE MOYEN DE MOIS PENDANT LESQUELS LES MENAGES ONT SOUFFERT D'UN MANQUE DE NOURRITURE DURANT LES 12 MOIS QUI ONT PRECEDES L'ENQUETE	488	3,4	3,0	3,9



¹ Q1, Q2, Q3 et Q5



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
ENSEIGNEMENT DES ACCOMPAGNANTS				
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS N'AYANT JAMAIS ETE SCOLARISEES	488	46,3	40,5	52,1
ANNEES COMPLETES DE L'ENSEIGNEMENT DES ACCOMPAGNANTS				
ECOLE MATERNELLE	262	5,7	1,0	10,5
ECOLE PRIMAIRE	262	64,5	56,9	72,1
ECOLE SECONDAIRE	262	27,9	21,0	34,8
ECOLE PROFESSIONNELLE	262	0,0	0,0	0,0
UNIVERSITE	262	1,2	0,6	2,9
PERCEPTION DU CAPITAL SOCIAL				
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS SE SENTANT EXTREMEMENT SUPPORTEES (FINANCIEREMENT ET SOCIALEMENT) PAR SON ENTOURAGE	488	23,4	18,3	28,4
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS SE SENTANT PLUTOT SUPPORTEES (FINANCIEREMENT ET SOCIALEMENT) PAR SON ENTOURAGE	488	39,8	34,2	45,3
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS NE SE SENTANT PAS VRAIMENT SUPPORTEES (FINANCIEREMENT ET SOCIALEMENT) PAR SON ENTOURAGE	488	9,6	6,9	12,4



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS NE SE SENTANT PAS DU TOUT SUPPORTEES (FINANCIEREMENT ET SOCIALEMENT) PAR SON ENTOURAGE	488	27,3	20,1	34,4
WHO5				
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS PRESENTANT UN RISQUE DE DEPRESSION	488	90,6	88,1	93,0
AGE MOYEN AU MOMENT DU MARIAGE	488	20,8	20,2	21,4
AGE MOYEN AU MOMENT DU PREMIER ACCOUCHEMENT	488	20,5	20,1	20,9
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS ETANT A L'AGE ≤18 ANS AU MOMENT DU PREMIER ACCOUCHEMENT	488	32,8	27,8	37,8
UTILISATION DES MOYENS DE CONTRACEPTION				
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS UTILISANT DES MOYENS DE CONTRACEPTION, DONT	488	41,8	34,4	49,2
INJECTIONS	204	63,7	52,4	75,0
IMPLANT	204	16,2	5,6	26,7
COMPRIMES	204	14,2	8,7	19,7



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
PRESERVATIF	204	3,4	0,9	5,9
COMPTAGE DES JOURS	204	2,5	0,1	5,0
RETRAIT	204	2,5	0,5	5,4
STERILISATION	204	1,0	0,4	2,4
MEDICINE TRADITIONNELLE	204	0,5	0	1,5
ABSTINENCE	204	0,5	0	1,5
LACTATION	204	0,5	0	1,5
% DES FEMMES QUI PRENNENT LA DECISION SUR L'ESPACEMENT DES NAISSANCES AVEC LEUR MARI	488	38,9	34,2	43,7
% DES FEMMES QUI ONT SOUHAITE D'ETRE ENCEINTES LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE (GROSSESSE SOUHAITEE)	488	35,0	28,1	42,0
% DES FEMMES QUI N'ONT PAS SOUHAITE D'ETRE ENCEINTES AU MOMENT DONNE (DERNIERE GROSSESSE PREMATUREE)	488	47,7	41,0	54,5
% DES FEMMES QUI N'ONT PAS SOUHAITE D'AVOIR PLUS D'ENFANT LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE (DERNIERE GROSSESSE NON-SOUHAITEE)	488	17,2	12,5	22,0
CONSULTATION PRENATALE LORS D'UNE DERNIERE GROSSESSE				



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% FEMMES AYANT CONSULTE UN PROFESSIONNEL DE SANTE LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	441	83,2	77,7	88,7
% FEMMES AYANT CONSULTE UNE FEMME-SAGE (MATRONE) LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	441	21,3	11,6	31,0
% FEMMES AYANT CONSULTE UN MEDSEN FEY LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	441	29,3	16,1	42,4
% FEMMES AYANT CONSULTE UN HOUGAN LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	441	0,2	0	0,7
% FEMMES AYANT CONSULTE UN VENDEUR AMBULANT DES MEDICAMENTS LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	441	5,4	0,6	10,3
% FEMMES AYANT CONSULTE UN AMI/MEMBRE DE FAMILLE LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	441	26,5	18,0	35,0
% FEMMES N'AYANT CONSULTE PERSONNE LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	488	9,6	5,8	13,4
NO. MOYEN DES VISITES A LA CONSULTATION PRENATALE (CPN) AU CDS	367	4,0	3,4	4,5
% FEMMES AYANT ASSISTE AU MINIMUM 4 CONSULTATIONS PRENATALES AU CDS LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	367	54,7	43,8	65,6
LIEU DU DERNIER ACCOUCHEMENT				
% FEMMES AYANT ACCOUCHE AU CDS LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	488	8,0	5,2	10,8



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% FEMMES AYANT ACCOUCHE A LA MAISON LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	488	91,2	88,4	94,0
% FEMMES AYANT ACCOUCHE CHEZ MEDSEN FEY LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	488	0,8	0	1m8
ACCOMPAGNEE PAR UN MEDECIN	488	4,5	2,5	6,5
ACCOMPAGNEE PAR UNE INFIRMIERE	488	5,1	2,6	7,6
ACCOMPAGNEE PAR UNE FEMME-SAGE (MATRONE)	488	59,4	52,2	66,7
ACCOMPAGNEE PAR UN MEDSEN FEY	488	21,31	13,8	28,8
ACCOMPAGNEE PAR UN AMI/MEMBRE DE FAMILLE	488	59,4	52,2	66,7
NON-ACCOMPAGNEE	488	1,8	0,7	3,0
REPOS APRES L'ACCOUCHEMENT				
% FEMMES QUI N'ONT PAS PRIS DU REPOS APRES LEUR DERNIER ACCOUCHEMENT	488	8,0	4,1	11,9
% FEMMES QUI ONT PRIS MOINS DE 40 JOURS DU REPOS APRES LEUR DERNIER ACCOUCHEMENT	449	31,4	22,9	39,9
% FEMMES QUI ONT PRIS PLUS DE 40 JOURS DU REPOS APRES LEUR DERNIER ACCOUCHEMENT	449	68,6	60,1	77,1



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
CHANGEMENT DU REGIME ALIMENTAIRE				
% FEMMES QUI ONT DIMINUE LEURS APPORTS ALIMENTAIRES LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	488	52,3	46,1	58,4
% FEMMES QUI N'ONT PAS CHANGE LEURS APPORTS ALIMENTAIRES LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	488	12,9	8,5	17,3
% FEMMES QUI ONT AUGMENTE LEURS APPORTS ALIMENTAIRES LORS DE LEUR DERNIERE GROSSESSE	488	34,8	29,3	40,4
% FEMMES QUI ONT DIMINUE LEURS APPORTS ALIMENTAIRES LORS DE LA PERIODE D'ALLAITEMENT	488	7,8	4,9	10,7
% FEMMES QUI N'ONT PAS CHANGE LEURS APPORTS ALIMENTAIRES LORS DE LA PERIODE D'ALLAITEMENT	488	10,0	5,5	14,6
% FEMMES QUI ONT AUGMENTE LEURS APPORTS ALIMENTAIRES LORS DE LA PERIODE D'ALLAITEMENT	488	82,2	77,5	86,8
ACCES AU CDS				
DISTANCE MOYENNE AU CDS LE PLUS PROCHE EN MINUTES	488	77,2	60,9	93,4
DISTANCE MOYENNE AU CDS LE PLUS PROCHE EN KM	488	6,3	4,9	7,6



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% DE MENAGES VIVANT A MOINS D'UNE HEURE D'UN CDS	488	58,4	44,3	72,5
% DE MENAGES VIVANT A MOINS DE 5 KM D'UN CDS	488	60,9	47,3	74,5
BARRIERES D'ACCES AU CDS				
PRIX DES SOINS	488	66,6		
MANQUE DE MOYEN DE TRANSPORT	488	58,8		
LONGUE DISTANCE	488	49,4		
INACCESSIBILITE	488	13,7		
MANQUE DE TEMPS	488	23,8		
MANQUE DE POUVOIR DECISIONNAIRE	488	11,3		
SERVICE N'EST PAS BON	488	35,0		
CHARGE DE TRAVAIL D'UN ACCOMPAGNANT				
% FEMMES EN CHARGE D'UN ENFANT <5 ANS QUI PENSENT QU'ELLES ONT TROP DE TRAVAIL POUR BIEN S'OCCUPER DE LEURS ENFANTS	488	17,6	13,1	22,2



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
POUVOIR DECISIONNAIRE				
% FEMMES QUI PRENNENT DECISIONS SUR L'UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES DANS LEURS MENAGES	488	24,2	19,4	28,9
% FEMMES QUI PRENNENT DECISIONS SUR L'UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES DANS LEURS MENAGES ENSEMBLE AVEC LEURS CONJOINTS	488	44,7	39,0	50,3
% FEMMES QUI PRENNENT DECISIONS SUR L'UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES POUR L'ALIMENTATION DANS LEURS MENAGES	488	40,6	35,7	45,4
% FEMMES QUI PRENNENT DECISIONS SUR L'UTILISATION DES RESSOURCES FINANCIERES POUR L'ALIMENTATION DANS LEURS MENAGES ENSEMBLE AVEC LEURS CONJOINTS	488	40,6	35,7	45,4
% FEMMES QUI PRENNENT DECISIONS SUR LES DEPENSES POUR LA SANTE DES ENFANTS	488	24,2	19,5	28,9
% FEMMES QUI PRENNENT DECISIONS SUR LES DEPENSES POUR LA SANTE DES ENFANTS ENSEMBLE AVEC LEURS CONJOINTS	488	53,3	45,8	60,8
% FEMMES QUI PRENNENT DECISIONS SUR LES DEPENSES POUR LA SCOLARISATION DES ENFANTS	488	21,9	17,5	26,4
% FEMMES QUI PRENNENT DECISIONS SUR LES DEPENSES POUR LA SCOLARISATION DES ENFANTS ENSEMBLE AVEC LEURS CONJOINTS	488	57,2	50,1	64,3
EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE				
DISTANCE A LA SOURCE D'EAU EN SAISON SECHE				



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
EAU DISPONIBLE DANS LA COUR	488	3,5	0,3	6,6
EAU DISPONIBLE A < 30 MIN	488	29,1	16,9	41,3
EAU DISPONIBLE A < 60 MIN	488	23,2	14,0	32,3
EAU DISPONIBLE A < 3H	488	31,1	19,9	42,4
EAU DISPONIBLE A > 3H	488	13,1	6,8	19,4
DISTANCE A LA SOURCE D'EAU EN SAISON PLUVIEUSE				
EAU DISPONIBLE DANS LA COUR	488	45,1	32,4	57,8
EAU DISPONIBLE A < 30 MIN	488	36,7	26,3	47,1
EAU DISPONIBLE A < 60 MIN	488	10,3	5,3	15,2
EAU DISPONIBLE A < 3H	488	7,2	0	14,5
EAU DISPONIBLE A > 3H	488	0,8	0	1,8
SOURCE D'EAU EN SAISON SECHE				
EAUX SOUTERRAINES, PUIITS OUVERT, PUIITS OU FORAGE EQUIPE D'UNE POMPE A MAIN OU D'UN SYSTEME DE POMPE MOTORISE	488	5,1	0,6	9,7
SOURCE PROTEGEE	488	22,7	13,2	32,3



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
SYSTEME DE COLLECTE DES EAUX DE PLUIE	488	6,6	0,8	12,3
TRANSPORT D'EAU PAR CAMION-CITERNE	488	0	0	0
DISTRIBUTION PAR RESEAU	488	32,1	17,9	46,4
SOURCES NON PROTEGEE	488	33,4	20,9	45,9
SOURCE D'EAU EN SAISON PLUVIEUSE				
EAUX SOUTERRAINES, PUIS OUVERT, PUIS OU FORAGE EQUIPE D'UNE POMPE A MAIN OU D'UN SYSTEME DE POMPE MOTORISE	488	3,9	0,3	7,5
SOURCE PROTEGEE	488	11,7	5,2	18,2
SYSTEME DE COLLECTE DES EAUX DE PLUIE	488	51,6	38,6	64,7
TRANSPORT D'EAU PAR CAMION-CITERNE	488	2,3	1,2	0,5
DISTRIBUTION PAR RESEAU	488	4,0	11,4	36,6
SOURCES NON PROTEGEE	488	6,1	1,2	11,1
RISQUE DE CONTAMINATION DE L'EAU A LA SOURCE				
% MENAGES PRESENTANT UN RISQUE SEVERE DE CONTAMINATION DE L'EAU A LA SOURCE	205	25,4	17,2	33,5
% MENAGES PRESENTANT UN RISQUE MODERE DE CONTAMINATION DE L'EAU A LA SOURCE	205	22,4	16,5	28,4



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% MENAGES PRESENTANT UN RISQUE LEGER DE CONTAMINATION DE L'EAU A LA SOURCE	205	40,5	31,4	49,6
% MENAGES NE PRESENTANT AUCUN RISQUE DE CONTAMINATION DE L'EAU A LA SOURCE	205	11,7	5,4	18,0
NOMBRE MOYEN DE DEPLACEMENTS POUR LA COLLECTE D'EAU PAR JOUR	488	2,4	2,1	2,7
CONSOMMATION JOURNALIERE PAR MENAGE	488	79,2	71,1	87,2
CONSOMMATION JOURNALIERE PER CAPITA	488	11,8	10,6	13,0
CONSOMMATION JOURNALIERE PER CAPITA POUR LA BOISSON	488	1,2	0,9	1,4
CONSOMMATION JOURNALIERE PER CAPITA POUR LA PREPARATION DE REPAS	488	1,7	1,4	2,0
CONSOMMATION JOURNALIERE PER CAPITA POUR L'HYGIENE PERSONNELLE	488	3,2	2,7	3,6
CONSOMMATION JOURNALIERE PER CAPITA POUR L'ASSAINISSEMENT	488	1,9	1,4	2,3
TRAITEMENT DE L'EAU DE BOISSON				
AUCUN TRAITEMENT (EAU DEJA CHLOREE)	488	25,8	20,5	31,1



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
CHLORATION (EX. AQUA TABS)	488	82,0	77,5	83,4
EBULLITION	488	2,5	0,9	4,0
FILTRAGE A TRAVERS UN TISSU	488	0,2	0	0,6
FILTRE A L'EAU	488	2,7	1,2	4,1
DESINFECTION SOLAIRE	488	0,4	0	1,0
LAISSER REPOSER	488	1,2	0	2,5
RISQUE DE CONTAMINATION DE L'EAU				
% MENAGES PRESENTANT UN RISQUE SEVERE DE CONTAMINATION ASSOCIE A LA GESTION DE L'EAU DURING LE TRANSPORT OU DANS LE MENAGE JUSQU'A CONSOMMATION	488	44,1	34,5	53,6
% MENAGES PRESENTANT UN RISQUE MODERE DE CONTAMINATION ASSOCIE A LA GESTION DE L'EAU DURING LE TRANSPORT OU DANS LE MENAGE JUSQU'A CONSOMMATION	488	36,9	31,1	42,7
% MENAGES PRESENTANT UN RISQUE LEGER DE CONTAMINATION ASSOCIE A LA GESTION DE L'EAU DURING LE TRANSPORT OU DANS LE MENAGE JUSQU'A CONSOMMATION	488	18,2	12,6	23,9
LAVAGE DES MAINS				



INDICATEUR / FACTEUR DE RISQUE	ECHANTILLON (N)	PROPORTION OU MOYENNE	INTERVALLE DE CONFIANCE BAS A 95%	INTERVALLE DE CONFIANCE HAUT A 95%
% DE FEMMES QUI RAPPORTE ET MONTRENT DES PRATIQUES APPROPRIÉES DE LAVAGES DE MAINS	488	35,0	29,9	46,1
% DE FEMMES QUI RAPPORTE ET MONTRENT DES PRATIQUES INAPPROPRIÉES DE LAVAGES DE MAINS	488	65,0	53,9	76,1
PRESENCE DU SAVON				
% DE MENAGES QUI POSSEDAIT DU SAVON AU MOMENT DE L'ENQUETE	488	60,9	52,8	68,9
HYGIENE ALIMENTAIRE				
% DE MENAGES OU DES USTENSILES ET RESTES ALIMENTAIRES SONT OBSERVES NON COUVERTS OU SUR LE SOL	488	48,0	40,3	55,6



QUESTIONNAIRE: ENFANT

Indicateur / Facteur de risque	Echantillon (N)	Proportion ou moyenne	Intervalle de confiance bas à 95%	Intervalle de confiance haut à 95%
% filles	695	53,0	48,1	57,8
% garçons	695	47,1	42,3	51,9
Allaitement maternel				
% enfants 0-23 mois mis au sein dans la première heure après l'accouchement (<i>initiation précoce d'allaitement maternel</i>)	271 ¹	61,2	52,2	70,3
% enfants 0-5mois ayant reçu uniquement du lait maternel la veille de l'enquête (<i>allaitement maternel exclusif avant l'âge de 6 mois</i>)	81 ¹	39,5	26,1	52,9
% enfants 0-5 mois ayant reçu du lait maternel et de l'eau la veille de l'enquête (<i>allaitement maternel prédominant avant l'âge de 6 mois</i>)	81 ¹	66,7	55,0	78,3
% enfants 12-15 mois ayant été allaités la veille de l'enquête (<i>poursuite d'allaitement à 1 an</i>)	54 ¹	74,1	61,8	86,3
% enfants 20-23 mois ayant été allaités la veille de l'enquête (<i>poursuite d'allaitement à 2 ans</i>)	35 ¹	11,4	0,4	22,3
% enfants 6-8 mois ayant reçu des aliments solides, semi solides ou mous la veille de l'enquête (<i>introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous</i>)	20 ¹	45	21,2	68,7
IDDS				
% enfants 6-23 mois ayant consommé des céréales, racines ou tubercules	194 ¹	78,9	74,1	83,7
% enfants 6-23 mois ayant consommé des légumineuses, noix ou arachides	194 ¹	37,6	28,3	47,0
% enfants 6-23 mois ayant consommé des produits laitiers	194 ¹	12,9	6,3	19,5
% enfants 6-23 mois ayant de la viande, poisson, volaille, ou organes de la viande	194 ¹	17,0	9,3	24,7
% enfants 6-23 mois ayant consommé des œufs	194 ¹	0,5	0	1,5



¹ Taille d'échantillon très petite.



Indicateur / Facteur de risque	Echantillon (N)	Proportion ou moyenne	Intervalle de confiance bas à 95%	Intervalle de confiance haut à 95%
% enfants 6-23 mois ayant consommé des fruits ou légumes riche en vitamine A	194 ¹	29,9	23,0	36,8
% enfants 6-23 mois ayant consommé des autres fruits ou légumes	194 ¹	26,8	18,3	35,3
% enfants 6-23 mois qui ont été nourris avec 4 groupes ou plus d'aliments la veille de l'enquête	194 ¹	13,9	6,6	21,2
% enfants 6-11 mois qui ont été nourris avec 4 groupes ou plus d'aliments la veille de l'enquête	53 ¹	9,4	0,1	18,8
% enfants 12-17 mois qui ont été nourris avec 4 groupes ou plus d'aliments la veille de l'enquête	84 ¹	20,2	7,9	32,6
% enfants 18-23 mois qui ont été nourris avec 4 groupes ou plus d'aliments la veille de l'enquête	55 ¹	9,1	0,1	18,3
% enfants 6-23 mois non-allaités ayant reçu le nombre adéquat de repas (4) la veille de l'enquête	20 ¹	0	0	0
% enfants 6-8 mois toujours allaités ayant reçu le nombre adéquat de repas (2) la veille de l'enquête	18 ¹	27,8	3,4	52,1
% enfants 9-23 mois toujours allaités ayant reçu le nombre adéquat de repas (3) la veille de l'enquête	104 ¹	11,5	4,4	18,6
Alimentation réactive				
% enfants 9-36 mois dont l'accompagnant a une attitude positive pour stimuler l'enfant quand il refuse de manger	332 ¹	30,4	22,9	37,9
% enfants 9-36 mois dont l'accompagnant ne fait rien ou a une attitude négative pour stimuler l'enfant quand il refuse de manger	332 ¹	69,6	62,1	77,1
% enfants dont l'accompagnant ou une personne de plus de 15 ans a joué avec, raconté une histoire ou chanté	695	71,4	61,9	80,8
% enfants ayant été gardé par un autre enfant de moins de 12 ans la semaine précédant l'enquête	695	53,0	45,8	60,1
chaque jour	368	7,1	2,9	11,2
plusieurs fois par semaine	368	70,9	64,6	77,3



Indicateur / Facteur de risque	Echantillon (N)	Proportion ou moyenne	Intervalle de confiance bas à 95%	Intervalle de confiance haut à 95%
une fois par semaine	368	22,0	17,3	26,7
Espacement des naissances				
% enfants ayant un grand frère/ sœur	695	75,7	71,2	80,2
différence d'âge de moins de 24 mois avec le grand frère/ sœur	526	19,2	13,0	25,4
Poids à la naissance				
% enfants 0-59 mois nés <2,5 kg (<i>faible poids à la naissance</i>)	480	34,6	23,2	46,0
% enfants 0-59 mois dont poids à la naissance n'est pas connu	695	30,9	19,6	42,3
Perception d'une taille à la naissance				
% enfants perçus «plus petits que normal» ou «très petits» à la naissance	695	40,4	31,9	48,9
Vaccination				
% enfants ayant une carte de vaccination	695	61,3	50,7	71,9
% des cartes de vaccination vérifiées	426	55,9	46,6	65,2
% enfants 12-23 mois n'ayant pas reçu une vaccination DPT3	137 ¹	42,3	30,8	53,9
Santé				
% enfants 0-59 mois qui ont pris les produits de déparasitage au cours de derniers 6 mois	695	33,2	29,0	37,4
% enfants 0-59 mois qui ont eu la fièvre au cours de 2 dernières semaines	695	70,6	65,0	76,3
% enfants 0-59 mois qui ont eu la toux ou des difficultés respiratoires au cours de 2 dernières semaines	695	85,2	80,1	90,2
% enfants 0-59 mois qui ont eu la diarrhée au cours les 2 dernières semaines	695	32,8	28,6	37,0
% enfants pour lesquels un traitement a été recherché	228	60,1	49,3	70,9
% enfants pour lesquels un traitement a été recherché au	137	28,5	20,2	36,8



Indicateur / Facteur de risque	Echantillon (N)	Proportion ou moyenne	Intervalle de confiance bas à 95%	Intervalle de confiance haut à 95%
centre de santé				
% enfants pour lesquels un traitement a été recherché chez <i>medsen fèy</i>	137	30,7	20,0	41,4
% enfants pour lesquels un traitement a été recherché chez les amis/famille	137	31,4	17,0	45,8
% enfants pour lesquels un traitement a été recherché chez le vendeur ambulant	137	9,5	3,2	15,8
% mères qui ne connaissent aucune cause de la diarrhée	695	25,6	19,9	31,3
% mères qui connaissent au moins une des causes de la diarrhée	695	74,5	68,8	80,3
Gestion des selles				
% enfants 0-23 mois dont les des selles ont été gérées de manière appropriée	695	40,3	35,7	44,9
OBSERVATION: Propreté				
% enfants jugés propres (récemment changés et lavés)	695	18,1	14,2	22,1
Filles	369	19,5	14,5	24,6
Garçons	327	16,5	11,7	21,3
% enfants dont l'état de propreté a été jugé intermédiaire (mains et vêtements sales mais excréments non visibles)	695	66,0	58,9	73,2
Filles	369	66,9	58,5	75,4
Garçons	327	65,1	57,4	72,9
Enfants dont l'état de propreté a été jugé très sale (des selles sont visibles sur le corps ou les vêtements)	695	15,8	10,1	21,5
Filles	369	13,6	7,7	19,4
Garçons	327	18,3	11,1	25,6
OBSERVATION: Interactions mère-enfant				
% enfants ayant une relation appropriée avec leur accompagnant	695	0	0	0



Indicateur / Facteur de risque	Echantillon (N)	Proportion ou moyenne	Intervalle de confiance bas à 95%	Intervalle de confiance haut à 95%
% enfants ayant une relation moyennement appropriée avec leur accompagnant	695	7,9	5,0	10,9
% enfants ayant une relation inappropriée avec leur accompagnant	695	92,1	89,1	95,0

1.6 ANNEXE 6 : GRILLE DE CATEGORISATION DES FACTEURS DE RISQUE

Sources d'information	Notes
Prévalence du facteur de risque d'après les données secondaires	[N/A] Données pas disponibles [-] Inférieure à la prévalence dans les régions où il est vu comme un problème de nutrition/santé publique [+] Similaire à la prévalence dans les régions où il est vu comme un problème de nutrition/santé publique [++] Supérieure à la prévalence dans les régions où il est vu comme un problème de nutrition/santé publique [+++] Nettement supérieure à la prévalence dans les régions où il est vu comme un problème de nutrition/santé publique
Prévalence du facteur de risque d'après l'enquête sur les facteurs de risque	[-] Inférieure à la prévalence dans les régions où il est vu comme un problème de nutrition/santé publique [+] Similaire à la prévalence dans les régions où il est vu comme un problème de nutrition/santé publique [++] Supérieure à la prévalence dans les régions où il est vu comme un problème de nutrition/santé publique [+++] Nettement supérieure à la prévalence dans les régions où il est vu comme un problème de nutrition/santé publique
Force et cohérence de l'association entre le facteur de risque et la sous-nutrition dans la littérature scientifique	[N/A] Association n'a pas été démontrée (ne figure pas) dans le module « <i>Pathways to Undernutrition</i> » [-] Faible association démontrée dans beaucoup ou quelques contextes [+] Association moyenne démontrée dans quelques contextes [++] Association moyenne démontrée dans la plupart des contextes OU association forte démontrée dans quelques contextes [+++] Association forte démontrée dans la plupart des contextes OU une association démontrée dans le contexte particulier de la Link NCA
Tendances saisonnières et à moyen terme des facteurs de risque par rapport aux tendances saisonnières et à moyen terme de la sous-nutrition	[-] Les tendances de variations saisonnières et à moyen terme du facteur de risque ne correspondent pas avec les variations saisonnières ou à moyen terme de la sous-nutrition [+] Pas de variation saisonnière OU pas de contradiction observée [++] Variations saisonnières des facteurs de risque et de la sous-nutrition se comportent comme attendu [+++] Pic saisonnier de la prévalence du facteur de risque correspondent au pic saisonnier de la sous-



Sources d'information	Notes
	nutrition
Exercice d'évaluation participatif avec la communauté	[-] Le facteur de risque est rarement ou jamais mentionné [+] Le facteur de risque est mentionné de façon irrégulière dans le top 5 des contributeurs [++] Le facteur de risque est mentionné de façon régulière dans le top 5 des contributeurs [+++] Le facteur de risque est mentionné de façon constant dans le top 3 des contributeurs

Catégories	Critères
Facteur de risque majeur	Pas d'informations contradictoires ET Force de l'association avec la revue de littérature classifiée comme [++] ou [+++] ET Majorité de [++] ou de [+++] pour toutes les autres sources d'information
Facteur de risque important	Quantité d'informations contradictoires minime ET Force de l'association avec la revue de littérature classifiée comme [++] ou [+++] ET Majorité de [++] ou de [+++] pour toutes les autres sources d'information
Facteur de risque mineur	Quantité d'informations contradictoires modérée ET Force de l'association avec la revue de littérature classifiée comme [+] ou [++] ET Majorité de [+] pour toutes les autres sources d'information
Facteur de risque rejeté	Informations non contradictoires ET Majorité de [-] ou [+] pour toutes les autres sources d'information
Facteur de risque non-testé	Informations contradictoires ET/OU Informations collectées incomplètes ou manquantes



1.7 ANNEXE 7: RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

1. *Population totale, population de 18 ans et plus, ménages et densités estimés en 2015*, Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique, Mars 2015.
2. *Fiche communale d'Anse-à-Pitres: Analyse des statistiques locales*, ≈ 2014.
3. *Fiche communale de Grand Gosier: Analyse des statistiques locales*, ≈ 2014.
4. *Fiche communale de Thiotte: Analyse des statistiques locales*, ≈ 2014.
5. *Enquête socio-économique Kore Fanmi dans 3 communes du Département du Sud-est, Grand Gosier, Thiotte et Anse-à-Pitres*, UNICEF, Mars 2014.
6. *Evaluation des vulnérabilités et des capacités de la localité de Bois Chadèque*, Handicap International, Novembre 2014.
7. *Evaluation des vulnérabilités et des capacités de la localité de Palmiste*, Handicap International, Novembre 2014.
8. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS V)*, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Avril 2013.
9. *Rapport de la carte sanitaire du Département Sud-Est*, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Septembre 2011.
10. *Rapport de l'enquête nutritionnelle nationale avec la méthodologie SMART*, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Mars 2012.
11. *Rapport de l'enquête nutritionnelle nationale avec la méthodologie SMART*, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Juin 2016.
12. *Rapport de l'Evaluation Nutritionnelle Rapide dans 20 communes frappées par la sécheresse en Haïti*, SHASSMEPPE, 2015.
13. Laterra A et al. H. *Infant and young child feeding in four departments in Haiti: mixed-method study on prevalence of recommended practices and related attitudes, beliefs, and other determinants*. Rev Panam Salud Publica. 2014;36(5):306–13.
14. Dörnemann J, Kelly AH. *It is me who eats, to nourish him: a mixed-method study of breastfeeding in post-earthquake Haiti*, Maternal and Child Nutrition (2013), 9, pp. 74–89.
15. Ayoya MA et al. *Child malnutrition in Haiti: progress despite disasters*, Global Health: Science and Practice, 2013, Volume 1, Number 3.
16. Ayoya MA et al. *Précis of nutrition of children and women in Haiti: analyses of data from 1995 to 2012*, Ann. N.Y. Acad. Sci. 1309 (2014) 37–62.
17. *Croyances et représentations culturelles en Haïti*, Action Contre La Faim, Aout 2011.
18. *Rapport de la recherche formative*, Kore Lavi, Mai 2015.
19. *L'enfant à l'épreuve de la réalité haïtienne: quelles actions pour lutter contre la séparation familiale et l'abandon?*, Secours Islamique France, Janvier 2013.
20. Timothy T. Schwartz. *Sex, family and fertility in Haiti*, Janvier 2011.
21. *Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti*, Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique, 2001.
22. Herrera, J et al. *L'Évolution des conditions de vie en Haïti entre 2007 et 2012. La réplique sociale du séisme*. IHSI, DIAL, Paris, Port-au-Prince, 2014.
23. *Carte Nationale des zones de moyens d'existence*, Coordination Nationale de la Sécurité Alimentaire, Mars 2015.
24. *Zones agro-écologiques, calendrier agricole et carte des saisons agricoles d'Haïti*, Coordination Nationale de la Sécurité Alimentaire, Janvier 2013.



25. *Perspectives sur la Sécurité Alimentaire*, Coordination Nationale de la Sécurité Alimentaire, Janvier 2014 - Décembre 2016.
26. *Evaluation de la sécurité alimentaire en situation d'urgence (ESASU)*, World Food Programme, Avril 2016.
27. *Haiti market analysis*, World Food Programme, Avril 2016.
28. *Food availability and market assessment mission to Haiti*, Food and Agriculture Organisation, Mai 2016.
29. *Rapport d'évaluation approfondie de la sécurité alimentaire dans le contexte de la sécheresse basée sur l'Approche de l'Economie de Ménages (AEM)*, Oxfam, Février 2016.
30. *Rapport d'enquête CAP initiale: Volet bétail*, Solidarités International, Juillet 2016.
31. *Rapport d'enquête CAP initiale: Volet semences*, Solidarités International, Juin 2016.
32. *Rapport d'enquête PDM Foires alimentaires*, Solidarités International, Juillet 2016.
33. *Rapport d'évaluation SAME après le passage de l'ouragan Matthew dans le Département du Sud-Est d'Haïti*, Solidarités International, Octobre 2016.
34. *Recensement général de l'Agriculture: Résultats provisoires du Département Sud-Est*, Ministère de l'Agriculture, des Ressources Naturelles et du Développement Rural, Septembre 2011.
35. *Résultats des Enquêtes Nationales de la Production Agricole*, Ministère de l'Agriculture, des Ressources Naturelles et du Développement Rural, 2014.
36. *Migration en Haïti: Profil Migratoire National*, Organisation Internationale pour les Migrations, 2015.
37. *Étude-Diagnostic des systèmes de culture de quatre zones de production du Morne des Commissaires*, Ministère de l'Agriculture, des Ressources Naturelles et du Développement Rural, Décembre 2012.
38. *Rapport d'enquête CAP initiale EHA*, Solidarités International, Juin 2016.
39. *Rapport d'enquête CAP initiale EHA*, ACTED, Juin 2016.

Link NCA

SAL ANALYSIS



La méthodologie Link NCA a été développée par Action Contre la Faim (ACF) sous la supervision d'un comité scientifique regroupant des experts multisectoriels d'ACF ainsi que d'éminents chercheurs membres de la TUFTS University de Medford-Somerville de l'Institut de Recherche pour le Développement et du Programme Alimentaire Mondial.

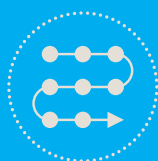
Son développement a été permis par les financements apportés par :



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



En savoir plus sur www.linknca.org



**link
nca**

NUTRITION CAUSAL ANALYSIS



Auteur : **Lenka Blanárová**, *Expert Link NCA*



Pour plus d'informations concernant la
conception ou la mise en œuvre d'une Link NCA,
visitez notre site internet :
www.linknca.org

Pour prendre contact avec un expert
concernant toute question sur la Link NCA :
linknca@actioncontrelafaim.org