

ETUDE DE LA DYNAMIQUE COMMUNAUTAIRE

NOM DU PROGRAMME: « *Renforcement de la sécurité nutritionnelle des populations vulnérables et affectées par les conflits dans les Territoires de Masisi et Kalehe, Nord et Sud Kivu, République Démocratique du Congo* »

ZONE: ZS Kirotshe, DS Masisi, RDC

DATE: 22 Novembre - 6 Décembre 2014

AUTEUR(S): Lenka Blanárová, Coverage Monitoring Network

TYPE DU PROGRAMME: Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë Sévère

ORGANISATION DE LA MISE EN OEUVRE: Action Contre la Faim





TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
ABREVIATIONS	3
RESUME	4
INTRODUCTION	6
A. OBJECTIF	6
B. METHODOLOGIE	6
▪ EQUIPE ET OUTILS D'INVESTIGATION	6
▪ ECHANTILLONAGE	6
▪ DEFIS ET LIMITATIONS	7
RESULTATS ET ANALYSES	8
A. PROFIL DEMOGRAPHIQUE	8
B. PROFIL SOCIOCULTUREL	10
C. ORGANISATION SOCIALE & ACTEURS COMMUNAUTAIRES CLES	17
D. CANAUX DE COMMUNICATION FORMELS ET INFORMELS	18
E. COMPREHENSION LOCALE DE LA MALNUTRITION	19
F. PERCEPTIONS DU PROGRAMME PCIMA	23
G. STRATEGIES DE LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE	26
PLAN D'ACTION	29
ANNEX 1: EQUIPE D'INVESTIGATION	38
ANNEX 2: CHRONOGRAMME D'ACTIVITES	39
ANNEX 3: MATRICE D'ECHANTILLONAGE	40
ANNEX 4: SOMMAIRE DES INFORMATEURS CLES	41
ANNEX 5: GUIDES D'ENTRETIEN	42
ANNEX 6 : RESUME DES OBSERVATIONS AUX CENTRES DE SANTÉ	43



REMERCIEMENTS

Coverage Monitoring Network (CMN) et *Action Contre La Faim (ACF)* adressent leurs remerciements à toute l'équipe d'investigation pour leur enthousiasme et dévouement pendant la réalisation de cette étude aussi qu'à tous représentants communautaires qui ont enrichi nos découvertes grâce à leurs connaissances et observations du milieu.

Merci à **Dr. Freddy Nitu**, Adjoint Responsable Département Nutrition Santé ACF et à **M. Fabien Kibukila**, Responsable Volet Nutrition ACF à Minova, pour avoir assuré la réalisation et le suivi des activités sur le terrain aussi que leurs réflexions et interprétations des données.

Un remerciement spécial à **M. Hugh Lort Phillips**, Assistant Coordinateur de CMN, pour son intérêt de découvrir des eaux profondes de la mobilisation communautaires et son soutien allant au-delà des hauteurs des montagnes.

ABREVIATIONS

ACF	Action Contre la Faim
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ATPE	Alimentation Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CODESA	Comité de Développement de l'Aire de Santé
COOPI	Cooperazione Internazionale
CPN	Consultation Périnatale
CPS	Consultation Préscolaire
DS	District Sanitaire
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
PCIMA	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition
PB	Périmètre Brachial
ReCo	Relais communautaire
SQUEAC	Evaluation Semi-Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture
VAD	Visite à Domicile



RESUME

La ZS de Kirotshe, faisant l'objet de cette enquête, se trouve dans le territoire de Masisi à 34 Km de la ville de Goma, chef-lieu de la province du Nord Kivu. Elle fait frontière avec 5 zones de santé: la ZS de Masisi vers le nord; les ZS de Minova et Walikalé au sud; les ZS de Goma et Katoyi à l'est et celle de Karisimbi à l'ouest.

Le relief de la ZS est dominé par les chaînes de montagne de Mitumba, avec un sol volcanique, un climat tempéré et une hydrographie composée de cours d'eau et de rivières. La ZS est traversé par le Lac Kivu dans sa partie sud-est qui la divise ainsi en deux parties: la partie littorale et celle montagneuse. La zone bénéficie de deux saisons culturales dont l'une va de septembre à janvier (saison A) et l'autre de février à juillet (saison B).

La population totale de ZS dénombrée actuellement est de 438 036 habitants pour une superficie d'environ 100 Km² soit une densité de 438 habitants au km².

La ZS de Kirotshe compte 25 aires de santé dont 9 sur l'axe littoral et 16 sur l'axe montagneux. Elle compte un Hôpital Général de Référence, au niveau de Kirotshe, deux Centres de Santé de Référence, 23 centres de santé, 21 postes de santé, et 2 écoles de formation médicale dont une pour la formation d'infirmiers A2 (Niveau d'Enseignement Secondaire) et une autre pour ceux de niveau A1 (Enseignement Supérieur Niveau de Graduat).

Sur le plan nutritionnel, la ZS bénéficie de l'appui de 3 partenaires dans le cadre de la prévention et la prise en charge de la malnutrition aiguë: ACF appui 13 UNTA et 1 UNTI; COOPI appui 4 UNTA et 2 UNTI; PRONANUT appui 3 UNTA; 8^{ème} CEPAC appui 2 UNS. Avec l'appui de ces partenaires la couverture géographique de la ZS sur le traitement de la malnutrition aiguë sévère est de 80%.

ACF, en collaboration du BCZS de Kirotshe et du PRONANUT Nord-Kivu, assure la prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère dans 14 UNT: 1 UNTI de l'HGR Kirotshe et 13 UNTA: CS Bitonga, CS Bishange, CS Bukuba, CS Buroha-Kingi, CS Karuba-Rushoga, CS Katuunda, CS Kausa, CS Matanda, CS Murambi, CS Ruhegeri, CS Sake-Afya, CS Shasha et CS Ufamandu.

L'équipe de supervision ACF travaille au quotidien avec le personnel de l'Hôpital affecté en pédiatrie ainsi qu'avec ceux des centres de santé aussi bien pour le renforcement de leurs capacités que pour la prise en charge optimale des bénéficiaires selon le protocole national PCIMA en vigueur. Toutes ces structures avaient reçu des matériels anthropométriques, les outils de suivi et autres matériels pertinents permettant un bon fonctionnement. Afin d'assurer un traitement de qualité aux bénéficiaires, ACF approvisionne régulièrement ces structures en intrants nutritionnels (Plumpynut®, F75, F100 et Resomal) de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et les médicaments du traitement systématique.



RESULTATS PRINCIPAUX

Suite à l'analyse approfondie des données recueillies, les facteurs suivants ont été identifiés et confirmés comme ayant un impact sur l'accès aux soins et la couverture du programme de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère dans la ZS de Kirotshé.

Barrières (facteurs négatifs)	Boosters (facteurs positifs)
<i>Insuffisances dans la qualité du service PCIMA</i>	<i>Bonne collaboration & coopération entre les partenaires</i>
<i>Rupture du stock occasionnel</i>	<i>Appréciation du service PCIMA</i>
<i>Refus de référencement à UNTI</i>	<i>Bonne qualité du service PCIMA</i>
<i>Méconnaissance de la malnutrition</i>	<i>Bonne qualité des données quantitatives</i>
<i>Méconnaissance du programme</i>	<i>Efficacité du réseau des relais communautaires</i>
<i>Stigmatisation</i>	<i>Partage d'information au niveau communautaire</i>
<i>Itinéraires thérapeutiques</i>	<i>Certaines connaissances sur la malnutrition</i>
<i>Barrières géographiques</i>	<i>Bonne adhésion au traitement</i>
<i>Insuffisances du réseau des relais communautaires</i>	
<i>Insuffisances dans la sensibilisation communautaire</i>	
<i>Occupation des accompagnants</i>	
<i>Croyances et pratiques (traditionnelles)</i>	
<i>Problèmes liés à genre</i>	

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Renforcer la qualité du service de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère.

Recommandation 2

Renforcer la coordination et stimuler la participation active de tous les acteurs de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère.

Recommandation 3

Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par les relais communautaires afin d'assurer le dépistage et la sensibilisation de la population régulière et homogène.

Recommandation 4

Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par une variété des acteurs communautaires afin de compléter et enrichir le travail effectué par les relais communautaires.

Recommandation 5

Mettre en place un système efficace de suivi et évaluation de l'approche communautaire (sensibilisation, dépistage, suivi des cas d'abandon, etc.).



INTRODUCTION

A. OBJECTIFS

▪ OBJECTIF PRINCIPAL

Comprendre la dynamique communautaire, ses aspects positifs aussi bien que négatifs ayant une influence ou un impact sur l'accès aux soins et la couverture du programme de la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA) dans ZS Kirotshé, afin de développer des recommandations adaptées au contexte et améliorer la qualité du programme.

▪ OBJECTIFS SPECIFIQUES

- a. Définir un profil démographique des communautés de ZS Kirotshé;
- b. Définir un profil socioculturel incluant les normes, traditions, croyances, attitudes, perceptions et tabous liés directement ou indirectement à la malnutrition (marasme & kwashiorkor);
- c. Identifier les acteurs communautaires clés et leurs relations au sein des systèmes socio-politiques, spirituels, économiques et sanitaires;
- d. Identifier les canaux de communication formels et informels;
- e. Evaluer la compréhension locale de la malnutrition (marasme & kwashiorkor), ses causes, symptômes, effets et itinéraires thérapeutiques;
- f. Identifier les perceptions locales du programme PCIMA;
- g. Identifier les barrières et boosters à l'accès et à l'appropriation du programme PCIMA;
- h. Identifier et évaluer les stratégies de la mobilisation communautaire mises en œuvre dans ZS Kirotshé.

B. METHODOLOGIE

▪ EQUIPE ET OUTILS D'INVESTIGATION

L'équipe d'investigation s'est composée de 26 personnes, dont 6 femmes, représentant BCZS Kirotshé, personnel d'ACF basé à Minova, personnel de COOPI basé à Kirotshé ainsi que les enquêteurs recrutés localement (cf. Annexe 1).

La collecte des données qualitatives a été orientée par les guides d'entretien (cf. Annexe 5) développés préalablement pour chaque groupe d'informateurs clés (cf. Annexe 4). Ils visaient à mieux orienter les discussions et assurer l'intégralité et la complémentarité des données recueillies. Ces données ont ensuite été analysées par l'ensemble de l'équipe de l'investigation, répertoriées et mises en contexte.

▪ ECHANTILLONAGE

La collecte des données qualitatives a été organisée selon la « matrice d'échantillonnage qualitative » (cf. Annexe 3), développée en collaboration avec les membres clés de l'équipe de l'investigation. Afin d'assurer la représentativité des toutes les aires de santé (AdS) ainsi que la participation équitable de tous les informateurs clés, un outil unique a été développé permettant de prendre en compte tous les facteurs, de les visualiser et de les transcrire sur la grille de planification. Sur le plan journalier, chaque équipe, composée d'un superviseur et de deux enquêteurs, a réalisé en moyenne deux entretiens semi-directifs et/ou discussions en groupe, arrivant à un total de 76 entretiens avec 219 personnes interrogées sur l'ensemble de la zone de santé (ZS) de Kirotshé appuyée par ACF. L'utilisation de la matrice d'échantillonnage qualitative a permis d'achever l'exhaustivité des données aussi que leur triangulation par méthode, source et ethnie.

▪ DEFIS ET LIMITATIONS

RAS



RESULTATS ET ANALYSES

A. PROFIL DEMOGRAPHIQUE

Composition ethnique et linguistique

Ethnie	Abbr.	Langues parlées
Hutu	HT	Swahilli, Kinyarwanda/Kihutu
Hunde	HD	Swahili, Kihunde
Tembo	TB	Swahili, Kitembo
Tutsi	TU	Swahili, Kinyarwanda/Kihutu
Shi	SH	Swahili, Mashi
Rega	RG	Swahili, Kirega
Pygmées	PY	Swahili, Kinyarwanda/Kihutu, Kitembo, Kihunde

Cette variété linguistique peut avoir l'impact négatif sur la communication entre le personnel CdS et les patients qui ne maîtrisent pas toujours le swahili ou autres langues parlées dans la zone.

« Les populations à Ufamandu refusent d'aller à Ngungu pour la prise en charge et de Ngungu à Hôpital General à Kirotshe. »

(Personnel Nutrition, ACF Minova)

Affiliation religieuse

Christianisme (Catholiques, Protestants, Tempérants, Adventistes, etc.)

Les Tempérants représentent une branche des adventistes qui est présente surtout sur les Bas et Hauts Plateaux de ZS Kirotshe. Cette religion intègre la médecine traditionnelle, exploitant les plantes, feuilles ou racines, dans ses enseignements, ayant l'impact important sur le recours aux soins de ses fidèles. En cas de maladie, les Tempérants font appel à leur propres herboristes, consultant les centres de santé seulement en cas d'échec du traitement traditionnel.

Statut socioéconomique

Le niveau d'**instruction** de la population est généralement très bas avec un pourcentage d'analphabètes légèrement plus élevé dans les zones des Bas et Hauts Plateaux. Le même s'applique aux filles qui sont moins scolarisées que les garçons.

« Il y a des enfants qui vont à l'école mais aussi il y a ceux qui n'y vont pas et restent dans le quartier ou gardent le bétail. »

(Chef coutumier, AdS Bitonga)

Les principales sources de **revenu** de la population varient selon la zone. Tandis que les communautés du « littoral » vivent principalement de la pêche, petit commerce et petit élevage, les Bas Plateaux sont majoritairement agricoles (manioc, maïs, arachide) et les Hauts Plateaux réalisent les activités agricoles ainsi



que pastorales. Les métiers de forestiers et/ou de menuisiers sont également exercés, y compris la préparation et la vente du bois du chauffage. De plus, les (jeunes) hommes gagnent aussi leur vie grâce au transport de marchandises sur les vélos en bois autochtones appelés « *chikudu* ». La vente de main d'œuvre, spécialement dans le domaine de l'agriculture, est fréquente et représente une source de revenu importante, particulièrement pour les populations déplacées.

Les différences socioéconomiques retracent les lignes d'appartenance ethnique. Malgré leur arrivée assez récente sur le territoire, les Hutu sont mieux positionnés et scolarisés que les Hunde, les originaires de Masisi, qui souvent quittent leur milieu pour fuir les conflits inter-ethniques. Ainsi, les Hunde font plutôt de l'agriculture à la petite échelle pour subvenir aux besoins de leurs ménages pendant que les Hutu s'investissent dans l'exploitation minière et l'élevage.

Les **défis majeurs** des communautés de ZS Kirotshe, comme soulevés par les personnes interrogées, se concentrent autour de la pauvreté, les conflits inter-ethniques récurrents qui engendrent un sentiment d'insécurité, un mauvais état des communications, l'analphabétisme et le manque d'eau potable.



B. PROFIL SOCIOCULTUREL

Mariage et relations intergénérationnelles

La population locale **se marie** entre 18 et 30 ans, variant en fonction de leur statut socioéconomique et plus particulièrement des coutumes familiales et des moyens financiers disponibles. La coutume de dot, versée à la famille de la future mariée, est strictement observée.

Le **pouvoir décisionnel** au sein de la famille se repose sur les hommes en tant que chefs de ménage. Dans le meilleur des cas, l'homme consulte son épouse et/ou l'autorise de faire une décision au cas où il est absent.

« Le papa seul prend les décisions car il est le chef du ménage. Ce sont nos habitudes depuis nos grands-parents. En cas de son absence c'est le fils aîné qui prend la décision même si la mère ou une fille plus âgée est présente. »

(Chef coutumier, AdS Matanda)

« La femme ne peut pas faire ce que l'homme ne veut pas. »

(Autorité religieuse, AdS Ufamandu)

« C'est le papa qui décide pour la famille mais pour la maladie de l'enfant c'est la maman car papa est ignorant des maladies. »

(Relais communautaire, AdS Buroha)

En ce qui concerne **la charge de travail**, les inégalités s'approfondissent. Les femmes sont reconnues comme travaillant plus que les hommes, ayant des responsabilités au sein et en-dehors du foyer.

« Les mamans travaillent beaucoup plus que les papas. Elles s'occupent des champs, des travaux ménagers aussi bien que de la garde d'enfants. »

(Organisation communautaire de base, AdS Murambi)

« Les mamans travaillent énormément. Les papas les aident rarement. »

(Enseignant, AdS Bitonga)

« Le papa s'occupe de l'élevage et prépare le champ. La femme sème et fait le sarclage. Ils récoltent ensemble. Les travaux ménagers sont sous la seule responsabilité de la femme. »

(Chef coutumier, AdS Matanda)

« En cas d'empêchement de la maman, le papa refuse d'amener l'enfant au centre de santé. »

(Chef coutumier, AdS Bitonga)

La **garde d'enfants** est assurée par les femmes. Les hommes s'abstiennent déclarant que ce domaine est une *« habitude des femmes. »*

(Chef coutumier, AdS Matanda)

« Les hommes n'assistent pas à la garde d'enfants parce qu'ils rentrent du champ fatigués. »

(Jeunes femmes, AdS Kausa)

Par contre, un bon nombre des informateurs clés ont déclaré que les hommes devraient s'impliquer plus *« parce que l'enfant n'appartient pas seulement à la femme. »*

(Enseignant, AdS Bitonga)

et/ou *« l'implication des hommes contribuera au bon développement familial. »*

(Autorité religieuse, AdS Ufamandu)



Le transfert des connaissances sur les bonnes pratiques des soins des enfants se passe dans la cuisine où les femmes se réunissent chaque soir pour préparer les repas pour leurs maris. Ceux-ci se rassemblent dans les « *baraza* » ou « *pallotes* » qui représentent les comités des anciens où seulement les hommes ou jeunes garçons ont l'accès. Cette coutume encourage les **relations intergénérationnelles** harmonieuses issues des échanges journaliers entre les jeunes et leurs parents ou grands-parents. Les reproches des jeunes vis-à-vis des anciens sont rares et perçus comme « *un manque du respect ou des mœurs.* »

(Autorité religieuse, AdS Ufamandu)

« *Les grands-parents peuvent reprocher les jeunes facilement mais quant aux jeunes il faut l'intermédiaire des vieux sages du milieu.* »

(Chef coutumier, AdS Matanda)

« *Les relations entre générations sont bonnes car les jeunes et les vieux se parlent et se donnent des conseils. Elles sont basées sur le respect mutuel pour éviter la malédiction.* »

(Enseignant, AdS Bitonga)

« *Si les anciens reprochent les jeunes, c'est pour les recentrer sur leurs études et éviter la consommation de l'alcool ou les mariages précoces.* »

(Organisation communautaire de base, AdS Bukuba)

Planification familiale

Le **contact sexuel** entre les femmes et les hommes est régulier et continue jusqu'à le 6^{ème} – 7^{ème} mois de la grossesse selon les préférences individuelles. Les raisons citées sont majoritairement associées à la bonne santé du fœtus ou celle de la mère.

« *Pendant la grossesse, les hommes continuent de poursuivre des relations sexuelles avec leurs femmes pour élargir le vagin et ainsi faciliter l'accouchement.* »

(Hommes déplacés, AdS Sake)

« *Les relations sexuelles pendant la grossesse favorisent la bonne santé de l'enfant et facilitent ses mouvements dans le ventre.* »

(Hommes, AdS Bishange)

« *Les femmes enceintes font des relations sexuelles avec leurs maris pour que le fœtus puisse grandir et connaître son père.* »

(Jeunes femmes, AdS Kausa)

« *Les relations sexuelles pendant la grossesse visent à satisfaire les besoins des hommes et prévenir leur infidélité.* »

(Relais communautaire, AdS Rushoga)

La raison la plus citée pour l'arrêt des relations sexuelles au-delà de 7^{ème} mois est la fatigue des femmes enceintes et/ou la peur des complications lors de l'accouchement.

« *Si le contact sexuel continue au-delà de 7^{ème} mois, l'enfant peut naître avec du sperme dans ses yeux.* »

(Hommes, AdS Rushoga)

Après l'accouchement, le contact sexuel reprend « *après qu'il n'y ait plus de saignement* ». La durée varie selon les préférences entre 8 jours jusqu'à 2 mois avec une moyenne de 40 jours.



« La reprise de la relation sexuelle après l'accouchement dépend du sexe de l'enfant. Si l'enfant né est un garçon, le contact est rétabli après 4 mois. Si c'est une fille, le contact se fait après 3 mois. Ceci s'explique par le fait que la force^{*} d'un garçon n'est pas comme celle d'une fille. »

(Femmes Pygmées, AdS Ufamandu)

La population de ZS Kirotshé ne semble pas maîtriser les **moyens de contraception** facilitant l'espacement des naissances. Ni les hommes ni les femmes n'ont confirmé leur connaissance sur le sujet et/ou l'utilisation d'une méthode.

« Les femmes tombent enceintes sans le vouloir ou savoir. »

(Hommes, AdS Bishange)

« Nous n'utilisons pas un condom parce qu'il peut rester dans le vagin. »

(Jeunes femmes, AdS Buroha)

Par contre, les représentants des communautés ont confirmé que les grossesses rapprochées ne sont pas souhaitables et les hommes aussi bien que les femmes essaient de les éviter.

« Nous ne souhaitons pas que nos femmes tombent enceintes après l'accouchement pendant au moins deux ans. Ceci pour assurer que nos bébés grandissent bien et que leurs mamans ne vieillissent pas vite. »

(Hommes déplacés, AdS Sake)

« Les femmes n'aiment pas avoir une nouvelle grossesse rapidement car elles les affaiblissent, entraînent des maladies et pouvant générer la pauvreté à la maison. »

(Chef coutumier, AdS Bitonga)

Pratiques alimentaires

Principaux aliments

manioc, sombé (feuilles de manioc), patates douces, pommes de terre, tarot (colcasse), bananes, maïs, haricots, arachides, choux, amarante, sorgho, fretins, tomates, viande

Selon les déclarations de la majorité des personnes interrogées, les ménages se restreignent à deux repas par jour ou un seul repas si les difficultés d'approvisionnement adéquat se présentent. Les repas sont normalement inégalement répartis entre le papa qui consomme 40%, maman et ses filles qui consomment aussi 40% et les jeunes garçons qui doivent se contenter avec les 20% restants.

« Le papa reçoit toujours la plus grande quantité parce qu'il est le chef de ménage et nous voudrions qu'il nous aime plus et qu'il soit content. »

(Femmes déplacées, AdS Shasha)

« Le repas est divisé en deux parties – une destinée au papa et jeunes garçons qui mangent à baraza et l'autre pour la femme, filles et petits enfants qui mangent dans la cuisine. »

(Hommes, AdS Bukuba)

« Le papa mange seul et la maman avec ses enfants. C'est le papa qui consomme beaucoup car c'est lui qui achète à manger et il faut l'encourager. »

(Enseignant, AdS Buroha)

Dans le camp de déplacés, les femmes interrogées ont dévoilé l'existence d'un système de solidarité entre

^{*} Le terme "la force" réfère aux besoins énergétiques qui, selon les personnes interrogées, sont plus élevés chez les garçons. Ainsi, les femmes retardent le contact sexuel avec leurs maris pour préserver des énergies afin de nourrir les garçons adéquatement.



les ménages, partageant les repas avec les enfants dont les parents n'ont pas réussi à approvisionner le foyer.

Pratiques alimentaires des femmes enceintes/allaitantes

Dans le passé, les femmes étaient généralement privées de beaucoup d'aliments, tels que la viande de poulet, chèvre, poisson, œufs ou lait. Aujourd'hui cette coutume n'est plus respectée, permettant aux femmes de manger des aliments de qualité spécialement pendant la grossesse ou la période d'allaitement maternel. Certains « interdits », comme soulevés par les personnes interrogées, s'alignent avec les conseils médicaux prénatals valables même en dehors de RDC.

« Les femmes enceintes/allaitantes ne peuvent pas consommer les boissons alcooliques parce qu'elles peuvent tomber et causer des problèmes à un bébé. D'ailleurs, les boissons alcooliques sont mauvaises pour la santé d'un bébé. »

(Enseignant, AdS Bitonga)

« Les femmes enceintes ne peuvent pas manger le piment et boire le café parce que c'est mauvais pour la respiration de l'enfant. »

(Jeunes femmes, AdS Buroha)

« Si la maman mange le piment pendant la grossesse, le bébé aura des yeux rouges et gonflés. »

(Groupe de soutien ANJE, AdS Ruhegeri)

« Pendant la grossesse les femmes ne mangent pas les haricots ou la patte de maïs parce que ça diminue la production du lait maternel. Il faut les remplacer par la viande ou les légumes. »

(Femmes déplacées, AdS Shasha)

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Suite à la forte sensibilisation sur le sujet, les mamans semblent accompagner l'allaitement maternel avec une variété d'aliments et/ou boissons à partir de 6^{ème} ou 7^{ème} mois. Dans la plupart des cas, elles donnent aux bébés la bouillie à base de maïs, sorgho ou soja, les courges, les fruits ou la sauce de poisson.

Par contre, certaines personnes interrogées ont mentionné l'ajout alimentaire même avant le 6^{ème} mois.

« C'est notre coutume de donner du lait et de l'eau sucrée aux bébés d'une semaine. »

(Jeunes femmes, AdS Kausa)

« A partir de deux mois, on peut donner aux bébés de l'eau et des petites aubergines sauvages appelées ndakala pour traiter des vers intestinaux. A partir de 7^{ème} mois on leur donne d'autres aliments parce que le lait maternel ne suffit plus »

(Hommes, AdS Bukuba)

« A partir de quatre moi, on donne aux bébés d'autres types d'aliments comme la bouillie légère appelée nchimba à base de bananes plantains. »

(Jeunes femmes, AdS Buroha)

Tabous alimentaires

Une bonne partie des personnes interrogées n'a pas confirmé l'existence de tabous alimentaires applicables aux membres de leurs familles ou communautés. Par contre, les fidèles de l'église adventiste ont cité un verset biblique (Esaïe 66 – 17) pour justifier l'interdit de manger « la viande de porc, chien, chat, canard, lapin, poisson sans écailles. »

(Jeunes femmes, AdS Buroha)



« *La Bible nous interdit de manger tout ce qui vient du lac, l'huile et les boissons alcooliques.* »

(Jeunes hommes, AdS Kausa)

« *Les habitudes alimentaires de Hunde ne nous permettent pas de manger la viande de mouton ou les chenilles. Ce n'est pas notre coutume.* »

(Hommes, AdS Bishange)

« *Les beaux fils et les belles filles ne peuvent pas partager la viande du poulet ou poisson sans écailles entre eux et les beaux-parents. Les femmes ne peuvent jamais manger la viande du serpent ou corbeau. Les fretins sec sèchent du sang et causent l'anémie.* »

(Guérisseur traditionnel, AdS Bitonga)

Grossesse

Pour certains informateurs clés la grossesse représente un état normal de la femme, pour les autres c'est un état qui les indispose à effectuer certains travaux.

« *La grossesse n'est pas une maladie mais elle rend nos femmes plus fragiles. Pour cela nous diminuons les travaux lourds aux femmes enceintes mais ceux du ménage restent toujours à leur charge.* »

(Hommes, AdS Bishange)

« *Les mamans changent leur physique à partir de quatre mois, à sept mois elles sont déconseillées de faire des travaux lourds qui peuvent les fatiguer et provoquer la mort du fœtus.* »

(Hommes déplacés, AdS Sake)

« *Les hommes n'aident pas leurs femmes pendant la période de la grossesse. Les travaux ménagers n'appartiennent qu'aux femmes.* »

(Femmes déplacées, AdS Shasha)

La voix de la communauté s'est levée à l'unanimité pour soulever la non-implication des pères ni pendant la grossesse ni après la naissance de leur progéniture.

« *Les hommes devraient s'impliquer plus pendant l'évolution de la grossesse.* »

(Hommes déplacés, AdS Sake)

« *Il fallait que les IT invitent les papas au centre de santé et les demandent d'aider les femmes pendant la grossesse.* »

(Jeunes femmes, AdS Buroha)

En ce qui concerne les soins prénatals, les femmes fréquentent souvent les centres de santé pour la consultation prénatale. Par contre, un bon nombre d'entre elles n'étaient pas en mesure de dire quels soins leurs avaient été administrés. Chez les guérisseurs traditionnels, les femmes enceintes reçoivent la poussière d'argile verte pour la préparation de la bouillie enrichie.

Accouchement

Les femmes ont tendance à accoucher au centre de santé où les frais varient entre 10 USD pour l'accouchement simple et 22 USD pour l'accouchement avec complications. Les personnes interrogées ont dévoilé la peur d'être arrêté par la police si elles tentent d'accoucher à la maison. Par contre, selon ces mêmes personnes, en raison des distances considérables entre certains villages et le centre de santé ainsi que la fatigue des femmes engendré par le travail, certaines femmes accouchent en route ou à domicile. A ce moment, il est nécessaire de faire appel à l'accoucheuse traditionnelle.



« Pendant l'accouchement la matrone n'assiste qu'à l'enlèvement du placenta. La femme ne reçoit rien comme médicament. Après l'accouchement, la matrone l'aide à se laver et lessiver ses vêtements. »

(Accoucheuse traditionnelle, AdS Shasha)

« Après l'accouchement les femmes ne reçoivent aucun médicament. La matrone coupe le cordon ombilical avec une lame de rasoir. L'enfant se lave après un jour. »

(Accoucheuse traditionnelle, AdS Murambi)

« Si l'accoucheuse traditionnelle échoue, la maman est transférée sur un brancard au centre de santé où elle peut recevoir des soins appropriés. »

(Accoucheuse traditionnelle, AdS Ruhegeri)

Les soins reçus au centre de santé comprennent les comprimés ou les injections en cas d'hémorragie. De manière générale, ni les hommes ni les femmes interrogées n'étaient en mesure de préciser le type de soins administrés aux femmes lors de l'accouchement.

Allaitement maternel & sevrage

Les pratiques d'allaitement maternel varient en fonction du lieu d'accouchement. Si les femmes accouchent à la maison, le « **premier lait** » ou *colostrum* n'est pas souvent donné.

« Après la naissance on donne de l'eau aux bébés parce qu'ils ont la soif. »

(Femmes Pygmées, AdS Ufamandu)

« Le colostrum est un lait chaud et n'est pas bon pour les bébés. »

(Hommes, AdS Bukuba)

« Nos femmes jettent le colostrum parce que c'est un lait souillé ; ça contient des microbes et du sang. Il est difficile pour l'enfant de le digérer. »

(Hommes déplacés, AdS Sake)

Les mamans qui accouchent au centre de santé suivent les consignes du personnel soignant et donnent le premier lait aux bébés.

« Nous donnons le colostrum aux bébés parce qu'il les protège contre les maladies. Il contient des vitamines. »

(Femmes déplacées, AdS Shasha)

Les femmes allaitent leurs enfants jusqu'au moins 6 mois mais la période de deux ans est le plus souvent citée. La majorité des personnes interrogées affirment que les bébés sont allaités à la demande; parfois 10 fois par jour.

« Les enfants sont allaités dès l'accouchement jusqu'à 2 ou 3 ans chaque fois qu'ils pleurent. »

(Enseignant, AdS Bitonga)

L'allaitement maternel **pendant la grossesse** est largement accepté « pour assurer la bonne croissance de l'enfant » ou « éviter la malnutrition. »

(Hommes, AdS Bishange)

Par contre certaines communautés le refusent parce que « lait est sale et donne la diarrhée. »

(Jeunes femmes, AdS Buroha)

« Pendant la grossesse la femme ne donne plus du lait maternel au bébé parce que ça peut le rendre malade. Le lait est abimé. »

(Relais communautaire, AdS Rushoga)



Les femmes font face à des **problèmes d'allaitement**, tels que l'absence de lait causée par la maladie ou la mauvaise alimentation de la mère, les plaies au niveau des seins ou douleur pendant l'allaitement, mais ces derniers ne sont pas très fréquents. Généralement, les femmes augmentent la consommation des feuilles de sorgho ou manioc pendant la période d'allaitement pour stimuler l'activité des glandes lactaires.



C. ORGANISATION SOCIALE ET ACTEURS COMMUNAUTAIRES

L'organisation administrative et coutumière dans ZS de Kirotshe est très riche. Les communautés sont coiffées par l'**administrateur de territoire** (AT) qui dirige les **chefs de chefferie** (CC) et ceux-ci les **chefs de groupement** (CG), **chefs de localité** (CL) et **chefs de village** (CV). Le dernier élément sur l'échelle est « **nyumba kumi** » ou le chef de dix maisons.

« *Le pouvoir est partagé entre les autorités (chef de groupement, chef de localité, chef du village, chef de colline, chef de dix maisons). Chacun prend les décisions selon ses limites.* »

(Chef coutumier, AdS Matanda)

Les réunions communautaires sont organisées régulièrement mais les décisions prises par vote de l'ensemble de la population sont plutôt rares. Les chefs les prennent seuls et/ou suivant le conseil de leur entourage.

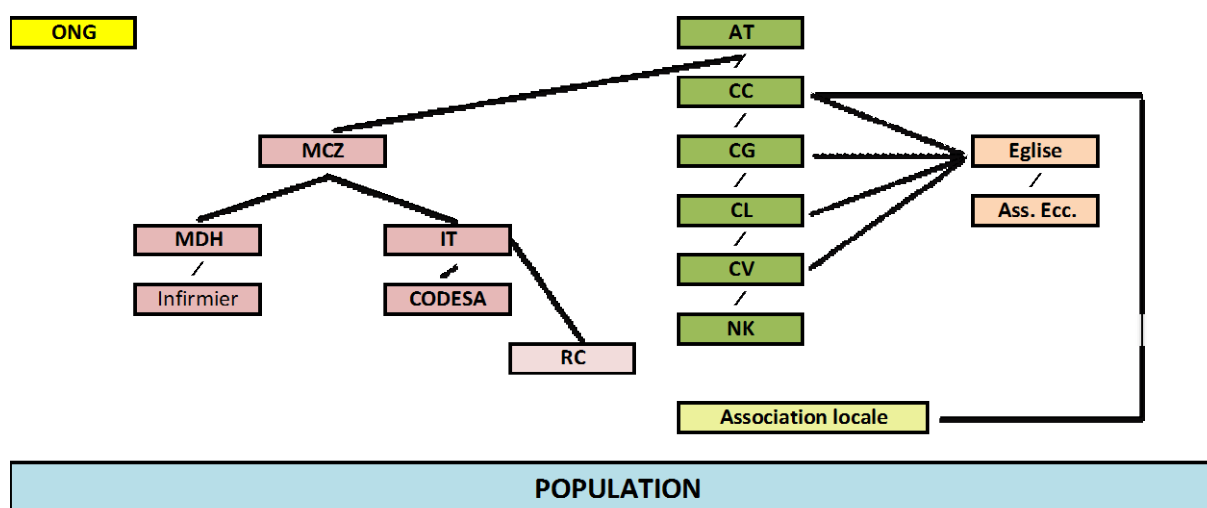
« *Les membres de notre communauté se réunissent au moins deux fois par mois. Les chefs annoncent leurs décisions basées sur les idées récoltées auprès de chaque couche sociale* »

(Chef coutumier, AdS Bitonga)

La diffusion des décisions est faite à travers les communiqués administratifs et/ou réunions. Souvent les relais communautaires ou chefs de dix maisons assurent la communication avec tous les habitants du milieu.

Les **instances ecclésiastiques** suivent leur propre hiérarchisation qui diffère d'une religion à l'autre mais les leaders religieux demeurent des références fortes et les lieux de culte des espaces d'échanges et d'information centraux pour la population.

Sur le **plan sanitaire**, Médecin Chef de Zone (MCZ) est à la tête de Zone de Santé (ZS) et préside le Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS). Il supervise toutes les structures sanitaires sur l'ensemble de ZS à travers le Médecin Directeur de l'Hôpital (MDH) et les Infirmiers Titulaires (IT) qui assurent le fonctionnement des structures sanitaires dans chaque aire de santé (AdS). Les IT sont assistés par les CODESA, Comités de Santé, constitués des relais communautaires, qui gèrent les services de santé communautaires.



La vie associative est variée et fortement développée. Les communautés s'organisent dans les associations agricoles, pastorales, forestières ou autres pour créer des synergies et augmenter l'efficacité de leurs efforts. Elles sont souvent gérées par un président, un vice-président, un secrétaire, un trésorier et un conseiller qui décident en réunion restreinte, puis communiquent les décisions aux autres membres lors des réunions hebdomadaires.



D. CANAUX DE COMMUNICATION FORMELS ET INFORMELS

Les communautés de la ZS de Kirotsho utilisent une variété de canaux de communication formels et informels, entre autres la radio locale, mégaphones, crieurs publics, bouche à oreille et rassemblements autour des chefs coutumiers ou autorités religieuses. Les téléphones portables sont aussi utilisés mais certaines zones ne bénéficient pas de la couverture des réseaux disponibles (Airtel, Tigo, Vodacom).

« Le canal de communication le plus efficace est le mégaphone. Mais le partage d'information se passe aussi au niveau personnel lors des jours de marché ou des travaux champêtres. »

(Coopérative agricole, AdS Buroha)

En ce qui concerne le programme PCIMA, les canaux de communication utilisés pour la sensibilisation de la population sur ses aspects clés sont assez limités. La diffusion de messages se passe seulement au niveau des ménages où les relais communautaires effectuent le dépistage des enfants de moins de cinq ans ou par les émissions de la radio locale. L'influence des leaders d'opinion (chefs coutumiers, autorités religieuses, etc.) n'est pas exploitée pendant que l'implication des « mères modèles » n'est qu'informelle. En autres mots, les mères partagent leur expérience avec les voisines de leur propre volonté dès que l'opportunité se présente mais elles ne sont pas incluses dans les activités de sensibilisation formelles comme témoin ou facilitateur. Les discussions communautaires ou les événements spéciaux, tels que les démonstrations culinaires, visent à offrir un espace d'échange sur les barrières ou solutions mais leur fréquence ou leur suivi de qualité est plutôt irrégulier.

Canaux de communication	Diffusion de messages	« Leader d'opinion » encourage l'action	« Modèle » démontre la lutte et le succès	Engagement communautaire	Dialogue sur les barrières et solutions
« Peer à Peer »	x	x	✓	x	x
« Porte à Porte »	✓	x	x	x	x
Discussions communautaires	x	x	x	x	✓
Théâtre communautaire / Evénements spéciaux	x	x	x	x	✓
Mass médias	✓	x	x	x	x

* Dans le tableau au-dessus, les carrés orange représentent les canaux de communication utilisés dans le cadre du programme PCIMA. Les carrés en bleu représentent les activités complémentaires recommandées afin de renforcer la sensibilisation et stimuler le changement de comportement. Ils représentent aussi l'approche de la communication participative qui prend ses racines dans les médias et s'affine vers le dialogue sur les barrières et solutions au niveau « peer 2 peer ».



E. COMPREHENSION LOCALE DE LA MALNUTRITION

Termes locaux

Les personnes interrogées se sont référés à la malnutrition en utilisant douze termes locaux, dont *bwaki*, le plus couramment utilisé, fait référence aux deux types de malnutrition. Le terme se traduit comme « enfant qui présente les signes de la malnutrition », parmi lesquels les cheveux défrisés/décolorés, gonflement du corps (œdèmes) et changement de la couleur de la peau sont les plus souvent cités. Les symptômes du marasme étaient rarement donnés même si les personnes interrogées reconnaissent que le terme *bwaki* le couvre. A cet égard il est important à noter que 60% des enfants malnutris aigües sévères dans la ZS de Kirotshé souffrent de kwashiorkor, plutôt que de marasme.

Terme local	Langue	Signification
bwaki	SW	« enfant qui présente les signes de la malnutrition* (marasme & kwashiorkor) », « le sang devient mousseux »
manchakala	HD	« enfant qui a des gonflements du corps, cheveux défrisés, manque d'appétit, diarrhée »
ncheru	HD	« amaigrissement du corps » (marasme)
yushe	HT	« maladie dû aux grossesses rapprochées »
kilonda tumbu	SW	« candidose », « plaies intestinales » (entraîne la malnutrition)
kivubo	HT	Idem.
ngonga	HD	« blessure au niveau de la tête à la naissance », (enfant ne mange pas bien, entraîne la malnutrition)
lukunga	SW	Idem.
ndjeru	TB	« enfant qui présente les signes de la malnutrition* (marasme & kwashiorkor) »
utapia mulo	SW	Idem.
kuhya kubi	HD	« manger mauvais »
malisho mubaya	SW	Idem.

* « cheveux décolorés/défrisés, gonflement du corps, œdèmes, changement de la couleur de la peau (couleur d'une banane mure)

Compréhension locale des causes de la malnutrition

La pauvreté est la cause la plus citées parmi la liste des causes de malnutrition, et associe un manque de ressources financières avec un manque de nourriture dans le foyer, une mauvaise alimentation (manque d'aliments de qualité) ou encore la monotonie alimentaire (faible diversification alimentaire). Les personnes interrogées ont souvent associé la pauvreté avec le conflit inter-ethnique et les déplacements de la population en conséquence. Les autres ont parlé de l'infertilité des champs ou de la vente de tous les produits de récolte et de leur rareté pendant la période de soudure.

« Malnutrition est une maladie des pauvres. »

(IT, AdS Buroha)

« La nourriture produite localement, comme les récoltes champêtres, ne sont pas consommées localement car tout est déployé à Goma et à Bukavu. »

(Coopération agricole, AdS Buroha)



Parmi les accompagnants MAS, 6 sur 14 personnes/groupes ont lié la malnutrition à la mauvaise alimentation ou la monotonie alimentaire, 4 sur 14 à la pauvreté et seulement deux aux autres maladies.

Dans quelques cas, les vers intestinaux, grossesses précoces, l'infidélité des partenaires ou la répétition d'épisodes de paludisme ont aussi été mentionnés.

« *La malnutrition apparaît quand la mère est enceinte et a connue des relations sexuelles pendant que l'enfant était encore petit.* »

(Femmes, AdS Ufamandu)

« *La malnutrition est perçue comme une malédiction ou une conséquence du « mauvais » comportement des parents, soit sexuel ou alimentaire.* »

(Relais communautaire, AdS Bukuba)

D'ailleurs, les croyances en sorcellerie, connu comme « karuho » (« poison »), motivée par la jalousie de l'entourage (famille, voisins, etc.) semblent accompagner toutes les causes mentionnées ci-dessus. 50% des accompagnants MAS interviewés ont affirmé qu'ils ont pensé que leur enfant pouvait être « empoisonné », ce que s'est traduit directement par un recours aux soins chez les tradipraticiens, seul ou parallèlement à celui du CdS. Parmi les autres informateurs clés, 27% ont admis avoir des croyances en sorcellerie pendant que 37% ont confirmé le recours aux tradipraticiens. Ainsi, ces tendances mettent en cause la bonne compréhension de la malnutrition par les peuples qui semblent mélanger les origines de la maladie avec les actes de malfaisance fréquemment pratiqués dans le milieu. Ceci est particulièrement pertinent pour le cas de marasme qui n'est pas très répandu dans la zone et il est plus souvent confondu avec la poliomyélite ou « empoisonnement ».

« *L'enfant maigre[†] n'est pas malnutri. Il paraît avoir la poliomyélite ou il a été empoisonné. Nous n'avons pas les enfants pareils dans notre milieu.* »

(Femmes déplacées, AdS Shasha)

Compréhension locale des symptômes de la malnutrition

Les symptômes de kwashiorkor sont généralement connus et cités sans hésitation. Entre eux, le gonflement des membres inférieurs, ballonnement du ventre, cheveux défrisés et décolorés et le changement de la couleur de la peau apparaissent le plus souvent. Quelques informateurs clés ont aussi fait l'allusion à l'apathie et manque d'appétit, diarrhée et vomissement.

« *L'enfant malnutri devient capricieux. Il ne mange pas tous les aliments.* »

(Femmes déplacées, AdS Shasha)

Les accompagnants MAS n'ont dévoilé aucun problème pour citer les symptômes de la malnutrition. La perte du poids à 57% a été la plus souvent citée, suivie par le manque d'appétit ou œdèmes à 43% et la fièvre ou changement de la couleur des cheveux à 29%.

Compréhension locale des effets de la malnutrition

Selon les témoignages des informateurs clés, la malnutrition résulte en une fatigue constante de l'enfant, diminution de ses capacités intellectuelles, mauvais développement physique et/ou déformation du corps. Il a été aussi reconnu que la malnutrition peut aboutir à la mort « *comme toutes autres maladies graves.* »

(Accompagnante MAS, AdS Murambi)

Certaines personnes interrogées ont également lié la malnutrition à la pauvreté, en tant que son effet,

[†] Marasmique.



argumentant que « *la malnutrition réduit les activités génératrices de revenu des parents car ils s'occupent des malades et ainsi contribue à la pauvreté du foyer.* »

(Autorité religieuse, AdS Ruhegeri)

Compréhension locale du traitement de la malnutrition

L'utilisation de PlumpyNut®, en tant que traitement moderne de la malnutrition, est bien acceptée. La population perçoit le changement positif de l'état de l'enfant qui par la suite motive l'adhésion au traitement jusqu'à la guérison. Aucun accompagnant MAS ni autre informateur clé n'a confirmé d'avoir connu le cas d'abandon. Selon les témoignages récoltés, l'arrêt du traitement est mal perçu par l'ensemble de la communauté, ce qui peut jouer sur la détermination des parents de continuer le traitement malgré certaines barrières. Egalement, les accompagnants affirment d'être concernés par l'état de leurs enfants et souhaitent leur rétablissement afin de réintégrer la vie communautaire.

« *Biskwi aide à guérir nos enfants. Si on suit le traitement comme conseillé par le personnel soignant, nos enfants ne mourront pas.* »

(Femmes déplacées, AdS Shasha)

Un autre avantage considérable s'appuie sur la compréhension que « *biskwi* », comme PlumpyNut® est connu localement, est un « *médicament destiné aux enfants malades* », plutôt que la nourriture.

(Accompagnante MAS, AdS Murambi)

Ainsi, les parents observent strictement le stock reçu et ne le partagent jamais avec les autres membres de la famille. Le parent qui n'arrive pas d'assurer que son enfant consomme tous les paquets est généralement classé comme irresponsable et négligent.

Itinéraires thérapeutiques

La voix de la communauté était particulièrement claire en ce qui concerne les itinéraires thérapeutiques. Une majorité surprenante a signalé qu'en cas de maladie, les tradipraticiens sont consultés d'abord et le centre de santé suit seulement si le premier recours échoue.

« *En cas de la maladie, on amène l'enfant chez le tradi-praticien. Si la maladie persiste, on consulte le centre de santé.* »

(Chef coutumier, AdS Bukuba)

« *Si l'enfant est malade, on l'amène d'abord chez le tradi-praticien. Parfois il y a des enfants empoisonnés et ils sont facilement confondus avec ceux souffrant de malnutrition. C'est pourquoi il faut commencer avec le tradipraticien et puis aller au centre de santé pour le traitement moderne.* »

(Enseignant, AdS Buroha)

En ce qui concerne le traitement traditionnel, même les personnes concernées ont hésité de partager les détails. Par contre, le lavage digestif a été cité à plusieurs reprises.

« *Pour soigner la malnutrition, on pense au lavage digestif et après on donne des aliments riches en protéines et vitamines.* »

(Guérisseur traditionnel, AdS Katuunda)

« *Le traitement traditionnel de la malnutrition consiste en un lavage digestif. Parfois on donne de la viande et du sang de cochon ou de dinde.* »

(Accoucheuse traditionnelle, AdS Shasha)

Il va sans dire que l'automédication ou le recours aux tradipraticiens en première intention engendre un référencement tardif au centre de santé qui, entre autres, prolonge la durée du traitement.



« L'approche des tradipraticiens n'est pas bonne car cela ne donne pas de bons résultats et parfois leur traitement provoque d'autres maladies. »

(Enseignant, AdS Buroha)

Parmi les accompagnants MAS, 8 sur 14 ont admis le recours à la médecine traditionnelle. Même en ayant entamé le traitement au centre de santé, 7 parents, c'est-à-dire 50% des enquêtés, ont continué le traitement parallèle chez le guérisseur.

Compréhension globale de la malnutrition

La compréhension globale de la malnutrition entre les personnes interrogées varie considérablement. Pourtant seulement 3 sur 14 accompagnants MAS ont révélé les connaissances étendues de la maladie, y compris ses causes, symptômes et effets. Les réponses des autres informateurs clés reflètent les mêmes tendances, avec 3 sur 49 personnes présentant de bonnes connaissances dans tous les domaines et 20% ayant démontré des connaissances satisfaisantes tout en se référant à la médecine traditionnelle en première instance ou recours parallèle. Une majorité renversante de 53% d'informateurs clés n'a pas pu témoigner des bonnes connaissances de la maladie, ne citant que quelques éléments isolés.

Malgré ces différences, les répondants ont dévoilé de manière écrasante (78%) que la malnutrition est souvent **stigmatisée** même si les motifs varient et reflètent toutes sortes de croyances sous-jacentes.

« La malnutrition est une maladie honteuse parce que les parents sont considérés comme irresponsables et négligents. »

(IT, AdS Bishange)

« [La malnutrition] est une maladie honteuse parce qu'elle provient de la mauvaise alimentation et les gens pensent qu'elle s'attrape chez les enfants des familles pauvres. »

(Autorité religieuse, AdS Ufamandu)

« La malnutrition est vue comme une malédiction. On écarte les malnutris, parfois même dans leurs propres familles. »

(Chef coutumier, AdS Bukuba)

« Certaines mamans pensent que la malnutrition est contagieuse. Elles refusent que leurs enfants jouent avec mon enfant parce qu'il peut contaminer les autres. »

(Accompagnante MAS, AdS Shasha)

« Les enfants malnutris sont rejetés de la société, injuriés avec tant de qualifications, tant de moqueries. »

(Hommes déplacés, AdS Sake)



F. PERCEPTION DU PROGRAMME PCIMA

Compréhension locale du programme PCIMA, sa population cible et critères d'admission

« Le programme pour les enfants malnutris » est généralement connu et estimé très favorablement par les accompagnants MAS aussi bien que par les autres informateurs clés. Entre autres, ils apprécient sa gratuité et le rétablissement rapide des enfants.

« Nous avons entendu parler du programme PCIMA au centre de santé. Les enfants cibles sont ceux souffrant de la malnutrition. Ils reçoivent « biskwi » comme traitement et guérissent rapidement. »

(Accompagnant MAS, AdS Rushoga)

« Le service est très bon. Il est gratuit et il nous aide à améliorer la santé de nos enfants. »

(Accompagnant MAS, AdS Murambi)

« Le service évite beaucoup de décès dans notre communauté. »

(CODESA, AdS Katuunda)

« J'apprécie la possibilité d'être dans le programme. Mon enfant reprend le poids et mange avec appétit. »

(Accompagnant MAS, AdS Ufamandu)

Selon les témoignages, cette appréciation se traduit en bon accueil des relais communautaires qui réalisent les mesures anthropométriques (« kipimo ») de tous les enfants entre 6 à 59 mois. La population comprend que seulement les enfants « qui tombent dans les critères » peuvent accéder aux soins. Les rejets ne semblent pas être fréquents.

BARRIERES ET BOOSTERS

ou facteurs positifs et négatifs ayant un impact sur l'accès aux soins et la couverture du programme PCIMA

Suite à l'analyse approfondie des données recueillies, les facteurs suivants ont été identifiés et confirmés comme ayant un impact sur l'accès aux soins et la couverture du programme de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère dans la ZS de Kirotshe. Conséquemment, ils ont été restitués aux membres de la communauté choisis de façon ponctuelle afin de recevoir un retour sur les résultats préliminaires et les « pondérer » en fonction de leur importance pour la population locale.

Barrières	Poids BBQ C	Poids BBQ C	Boosters
Insuffisances dans la qualité du service PCIMA	5	7	Bonne collaboration & coopération entre les partenaires
Rupture du stock occasionnel	3	5	Appréciation du service PCIMA
Refus de référencement à UNTI	4	6	Bonne qualité du service PCIMA
Méconnaissance de la malnutrition	5	5	Bonne qualité des données quantitatives
Méconnaissance du programme	5	7	Efficacité du réseau des relais communautaires
Stigmatisation	4	7	Partage d'information au niveau communautaire
Itinéraires thérapeutiques	5	4	Certaines connaissances sur la malnutrition
Barrières géographiques	5	6	Bonne adhésion au traitement
Insuffisances du réseau des relais communautaires	3		
Insuffisances dans la sensibilisation communautaire	7		
Occupation des accompagnants	7		
Croyances et pratiques (traditionnelles)	6		
Problèmes liés à genre	6		



Sur une note positive, les personnes interrogées ont reconnu la **qualité du service PCIMA**. Entre autres, le bon accueil, la bonne communication entre le personnel soignant et les accompagnants des enfants malnutris, le temps d'attente raisonnable (entre 20 et 180 minutes, la moyenne étant de 30 à 60 minutes et n'entraînant pas des pertes journalières), le bon approvisionnement en ATPE aussi que le taux de guérison élevé a été mentionné. Du côté technique, l'équipe d'investigation était en mesure de reconnaître à sa juste valeur la formation et l'implication du personnel soignant dans les activités du programme, la bonne tenue de la documentation, accompagnée par la **bonne qualité des données quantitatives** permettant le suivi régulier. Les critères d'admission et de sortie ont été visiblement respectés et le système du référencement et du contre-référencement pleinement opérationnel. Les équipes d'ACF jouissent de bonnes relations avec le personnel soignant et tous les autres représentants de la ZS de Kirotshé grâce à leur contact régulier avec les structures sanitaires et le soutien approprié. En conséquence, la **bonne collaboration et coopération entre les partenaires**, y compris l'intégration du service PCIMA dans les structures existantes, a été repéré comme un booster propre.

Malgré ces points forts, certaines **insuffisances dans la qualité du service PCIMA** ont été soulevées et nécessitent que les démarches adéquates soient entamées. Les personnes interrogées ont signalé que certains personnels (soignant ou accueil) ne sont pas formés, ce qui peut entraîner des insuffisances lors de la consultation médicale. Souvent, le temps de consultation ne paraissait pas suffisant, si l'on tient compte de l'importance de la sensibilisation des accompagnants sur les aspects clés de la malnutrition à cette occasion. D'ailleurs, la sensibilisation ne s'est pas prouvée systématique et régulière dans tous les centres de santé concernés. Certaines structures sanitaires ont été aussi épinglées pour le mauvais accueil, le dépistage non-intégré à la consultation médicale, la mauvaise prise des mesures anthropométriques ainsi que pour des registres VAD non actualisés. Dans ces cas, les insuffisances dans la qualité du service PCIMA a été régulièrement juxtaposées avec la démotivation du personnel soignant dû à l'insuffisance d'une enveloppe de soutien.

Du côté des accompagnants, la non-disponibilité de la bouillie en tant que complément du traitement (ou plutôt son suivi une fois l'enfant est déchargé guéri) a été régulièrement mentionné comme un facteur se reflétant négativement sur la qualité du programme et/ou la « durabilité » de la guérison.

*« Il faudrait mettre la bouillie de **masoso**[‡] dans le programme. Ainsi nos enfants seraient encore plus forts et moins vulnérables de rechuter. »*

(Accompagnant MAS, AdS Bishange)

Contrairement à d'autres contextes, les accompagnants MAS dans la ZS de Kirotshé ont dévoilé un haut niveau de la préoccupation pour la santé de leurs enfants ainsi que la compréhension de l'importance de l'**adhésion au traitement** afin d'assurer la guérison et prévenir la rechute.

« Une fois dans le programme il faut continuer jusqu'à la décharge. L'enfant risque de rechuter si on ne le termine pas. »

(Accompagnant MAS, AdS Katuunda)

Ainsi, les cas d'abandon sont rares. Au cas où ils se produisent, ils sont provoqués par les **barrières géographiques**, tels que la mauvaise accessibilité dans la zone montagneuse et les bas plateaux ou encore l'inaccessibilité de ceux-ci pendant la saison pluvieuse, l'insécurité pendant le trajet, y compris le risque de viol et banditisme et/ou le coût de transport élevé. Ces mêmes barrières jouent sur la motivation des accompagnants des enfants MAS à entamer le traitement au centre de santé aussi bien que sur la capacité des personnels à sensibiliser les populations sur la malnutrition ou l'existence même du service. Par conséquent, le plus grand défi dans ZS Kirotshé reste ancré dans le méli-mélo des **croyances et pratiques locales**. Elles constituent non seulement des croyances en sorcellerie ou autres en essor (cf. section « Compréhension locale de la malnutrition » ci-dessus) mais sont aussi accompagnées par un mélange de

[‡] Abbr. MAis, SOrgo, SOja



pratiques nuisibles à la santé des enfants. Il a été noté que certains peuples sèvent leurs enfants lors d'une nouvelle grossesse, jettent le colostrum perçu comme mauvais lait ou préparent des repas non-équilibrés par manque d'aliments diversifié. Suite aux échanges avec les informateurs clés, il est devenu évident que **la dynamique de genre** régit ces circonstances. L'inégalité de charge de travail entre les hommes et les femmes est largement répandue, le garde d'enfants étant uniquement une affaire des femmes. Celles-ci peuvent se sentir « sous pression » et refuser le référencement à l'UNTI/UNTA si l'homme n'approuve pas leur absence (prolongée) du foyer et/ou n'assiste pas à la garde des autres enfants.



G. STRATEGIES DE LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

Réseaux des bénévoles (couverture, capacité, aptitude)

La ZS de Kirotshe dispose d'un réseau de **relais communautaires (ReCo)** qui s'étend sur la majorité de sa superficie. Leur couverture et répartition géospatiale suit la formule d'un ReCo par 1000 habitants en ligne avec le protocole national. Par contre, ils existent des localités où les ReCos ne sont pas présents et/ou actifs, ce qui conduit naturellement aux insuffisances ou même absences du dépistage et de la sensibilisation.

« Les ReCos ne couvrent pas toute la zone car elle est vaste et leur nombre est insuffisant pour atteindre toutes les couches de la communauté. »

(Hommes, AdS Bishange)

« Il faut augmenter l'effectif des ReCos dans nos communautés parce qu'il n'y a pas d'autres personnes pour mesurer nos enfants. »

(Chef coutumier, AdS Bitonga)

L'implication des ReCos dépend de leur motivation (financière, matérielle ou autre) aussi que la supervision des IT. Les ReCos qui bénéficient d'une bonne relation avec le personnel soignant et/ou d'une reconnaissance de leurs efforts par ces derniers ou par les membres de la communauté sont généralement plus dynamiques que les ReCos qui sont privés de ce soutien.

« Nous travaillons pour la communauté comme des bénévoles. Nous ne recevons rien pour nos activités, pourtant les ReCos dans la zone avoisinante[§] sont rémunérés. Ca nous démotive énormément. »

(Relais communautaire, AdS Rushoga)

« Parfois nous sommes méprisés par les membres de notre communauté qui disent que nous cherchons l'argent au nom de leurs enfants. »

(Relais communautaire, AdS Kausa)

D'un autre côté, les ReCos actifs sont reconnus pour leur aptitude et une forte capacité de travail. Selon un témoignage, certains ReCos se prêtent des MUACs afin de réaliser le dépistage dans leurs communautés comme prévu. Ils se réunissent mensuellement pour relever les difficultés qu'ils rencontrent dans les communautés.

« Nous sommes supervisés par l'IT et l'agent d'ACF. Nous nous rencontrons une fois par mois. »

(Relais communautaire, AdS Bukuba)

Leur niveau de formation varie considérablement. Environ 210 relais communautaires ont été formés par ACF en partenariat avec BCZS, les autres n'ont reçu des informations qu'indirectement ou lors des réunions mensuelles.

« Nous n'étions pas suffisamment formés. Le recyclage par l'IT est plutôt superficiel et il nous manque du matériel pour effectuer nos devoirs. »

(Relais communautaire, AdS Shasha)

Certaines aires de santé bénéficient d'une présence des **groupes de soutien ANJE** qui réunissent des femmes influentes ayant des capacités ou un intérêt à contribuer à la diffusion des messages clés liés à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Les groupes de soutien ANJE se rencontrent hebdomadairement afin de partager des informations ou planifier les séances de sensibilisation.

[§] soutenue par un autre partenaire.



Malheureusement, ces efforts ne sont pas coordonnés avec les activités des relais communautaires.

« *Nous nous sentons respectées mais notre formation ou supervision n'est pas suffisante.* »

(Groupe de soutien ANJE, AdS Bishange)

Dépistage actif & passif (acteurs, outils, fréquence, planification et suivi)

Le réseau des relais communautaires a été identifié comme l'unique acteur du dépistage/référencement actif dans la ZS de Kirotshe, complété par le dépistage passif de tous les enfants <5 ans lors des consultations médicales au centre de santé.

Lors de référencement, les relais communautaires distribuent les jetons (« fiches de référencement ») et demandent aux accompagnants d'organiser un déplacement au centre de santé. Un doublon de jeton est livré au centre de santé de l'AdS concernée afin de contrôler l'inscription de l'enfant dans le programme. Au cas où l'enfant ne se présente pas, l'IT notifie le relais communautaire qui effectue une visite à domicile afin de motiver les accompagnants de commencer le traitement.

La régularité et la systématisation du dépistage dépendent fortement de la motivation des relais communautaires. Pendant que certaines localités ont rapporté une fréquence d'une semaine, les autres d'un mois, quelques endroits (Katuunda, Matanda, Sake) présente une absence complète de dépistage. A Buroha-Kingi le dépistage est réalisé par l'IT suite au conflit entre le personnel soignant et les membres de CODESA dont le mandat a expiré.

Les rejets des enfants référés par les ReCos sont peu fréquents sauf pour les cas de MAM qui ne sont pas prises en charge par le programme PCIMA. Ceci n'exclut pas leur inscription lors d'une détérioration de l'état de l'enfant, et sujet au fait que l'accompagnant comprenne le fonctionnement du programme et ne se sente pas découragé par le rejet précédent.

Le référencement par d'autres bénéficiaires du service PCIMA a été mentionné à un petit degré. Même si quelques mères avouent référer « l'enfant qui ressemble à sien », la pratique n'est pas répandue et la sensibilisation à cet égard doit être renforcée.

Sensibilisation (acteurs, thèmes, outils, fréquence, variété, planification et suivi)

Le réseau des relais communautaires a été identifié comme l'acteur principal de la sensibilisation dans la ZS de Kirotshe. Le réseau est soutenu par le personnel soignant ainsi que divers acteurs communautaires qui assistent aux activités selon leur disponibilité et conviction. Entre eux, les chefs de village et les autorités religieuses exercent une influence importante dans le domaine d'opinion mais leur implication dans la sensibilisation est rare et sporadique. Les personnes interrogées ont émis un avis que ceci devrait être renforcée « *parce qu'ils ont le pouvoir sur la population.* »

(Autorité religieuse, AdS Ufamandu)

« *Les chefs coutumiers, les autorités religieuses et les enseignants ne devraient pas seulement assister aux séances de sensibilisation mais aussi sensibiliser les peuples à travers les canaux qui leur sont disponibles. Ils sont en charge de la communauté et il y a toujours du monde qui soit ne connaît pas le service, soit hésite à l'utiliser.* »

(IT, AdS Bishange)

Les tradipraticiens semblent d'être partiellement sensibilisés et contribuent au référencement des enfants malnutris quand leur traitement « échoue ». Par contre, ils ne sont pas inclus dans la sensibilisation adressant les croyances et pratiques traditionnelles qui conditionnent la perception fautive de la maladie et/ou son traitement. En outre, certaines croyances sont encore plus approfondies par le « contre-référencement » des enfants suspectés de « l'empoisonnement » que le personnel soignant oriente vers les tradipraticiens.



Les cibles des séances de sensibilisation sont les femmes enceintes/allaitantes et/ou les femmes en général en tant que nourrices des enfants. Vu leur rôle et pouvoir décisionnel les hommes pourraient être aussi invités mais leur présence n'est pas si fréquente. Les autres membres de la communauté semblent être naturellement exclus, pourtant leur sensibilisation pourrait influencer la compréhension générale de la malnutrition et la stigmatisation des ménages atteints par cette maladie. Entre autres, les chefs coutumiers, autorités religieuses, enseignants ou guérisseurs traditionnels ont été plus souvent cités. Leur implication dans la sensibilisation, quel que soit le thème, est jugée cruciale, leurs opinions étant hautement estimées entre les peuples.

« Nous organisons les séances de sensibilisation pour les femmes enceintes, allaitantes, les femmes violées ou les mamans qui amènent leurs enfants au CdS. Les autorités locales devraient nous aider de sensibiliser la communauté. Quelque fois nous les appelons mais ils n'ont pas la volonté. »

(Relais communautaire, AdS Bukuba)

« Les hommes devraient être ciblés par la sensibilisation pour qu'il y ait le changement de la mentalité. »

(IT, AdS Bishange)

« Il faudrait impliquer les différentes associations aussi que les chefs de 10 maisons pour pouvoir élargir et approfondir la sensibilisation. »

(CODESA, AdS Katuunda)

A cet égard il est important de noter que la majorité des relais communautaires sont les hommes pendant que les cibles de leurs activités courantes sont les femmes – ce qui pourrait rendre difficile la communication entre les deux types d'interlocuteurs. Idéalement, le réseau des relais communautaires devrait être renforcé par des membres féminins afin de permettre la diversification des activités pour les hommes et femmes respectivement.

En ce qui concerne la fréquence des séances de sensibilisation, les réponses ont variées entre une fois par semaine et une fois par mois, tout dépendant de la volonté du relais communautaire et de l'implication du personnel soignant. Les thèmes cités couvrent la vaccination et l'importance de CPN et CPS, eau, assainissement et hygiène aussi que l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La malnutrition, particulièrement ses causes et risques ou l'existence du programme PCIMA et ses avantages, a été moins souvent citée.

La sensibilisation est souvent organisée en masse (au niveau de CdS) ou porte-à-porte. D'autres formats ou lieux de rassemblement ne sont pas connus.

PLAN D'ACTION

RECOMMANDATION 1: Améliorer la qualité du service de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
<p>Former et/ou recycler le personnel soignant/personnel d'accueil en PCIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ accueil des patients; ▪ prise des mesures anthropométriques; ▪ remplissages des registres/outils de gestion. 	Insuffisances dans la qualité du service PCIMA	PRONANUT BCZS Kirotshe ACF	Nombre de personnel formé et/ou recyclé.	100% personnel	03 – 04/2015 09 – 10/2015
Renforcer la supervision formative du personnel soignant.	Idem.	BCZS Kirotshe ACF	Nombre de visites formatives dans chaque CdS.	4 fois/mois	à partir de 03/2015
Systématiser et assurer le suivi du dépistage passif des tous les enfants de 6-59 mois, les femmes enceintes et allaitantes à la consultation curative.	Idem.	BCZS Kirotshe ACF	Nombre de personnes consultées et dépistées passivement.	100% des admissions curatives	à partir de 03/2015
Renforcer le système de gestion d'intrants en augmentant un stock d'alerte et/ou assurant la livraison de 2 mois afin de pouvoir répondre aux besoins.	Rupture occasionnelle de stock des intrants nutritionnels. □	BCZS Kirotshe ACF	Nombre de structures ayant tombées dans la rupture de stock des intrants nutritionnels.	0% des structures sanitaires sont tombées en rupture	03/2015
Renforcer la coopération entre les partenaires dans le ravitaillement d'intrants selon le planning de d'approvisionnement dans les structures sanitaires.	Idem.	BCZS Kirotshe ACF	Nombre de structures ayant tombées dans la rupture de stock des intrants nutritionnels.	0% des structures sont tombées en rupture	03/2015
Décentraliser le service PCIMA dans les postes de santé des villages éloignés du centre de santé suite à la cartographie des risques.	Refus de référencement vers les UNTA/UNTI	BCZS Kirotshe ACF	Nombre de postes de santé intégrés dans le service PCIMA.	En ligne avec les recommandations de la cartographie des risques.	à déterminer
Entamer des échanges sur les règles et critères définissant le calcul et l'utilisation de l'enveloppe de soutien disposée mensuellement dans les structures sanitaires.	Insuffisances dans la qualité du service PCIMA	BCZS Kirotshe ACF	Protocole d'Accord signé entre BCZS Kirotshe et ACF	1	à déterminer

RECOMMANDATION 1: Améliorer la qualité du service de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de la sensibilisation au niveau des CdS, en intégrant la malnutrition dans les CPN/CPS, afin d'optimiser la compréhension de la malnutrition et de son traitement.	<ul style="list-style-type: none"> * Insuffisances dans la qualité du service PCIMA * Méconnaissance de la malnutrition * Stigmatisation * Itinéraires thérapeutiques * Croyances et pratiques (traditionnelles) 	BCZS Kirotshe ACF	Stratégie de la sensibilisation développée, dûment documentée et communiquée aux structures sanitaires.	1	03/2015
Concevoir et mettre en place un système de suivi de la nouvelle stratégie de la sensibilisation au niveau des CdS.	Idem.	BCZS Kirotshe ACF	Suivi de la stratégie développée et dûment documentée.	1 fois par mois/CdS.	à partir de 03/2015

RECOMMANDATION 2: Renforcer la coordination et stimuler la participation active de tous les acteurs de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Nommer un point focal pour la mobilisation communautaire au niveau de ZS Kirotshe.	<ul style="list-style-type: none"> * Projet intégré * Durabilité * Redevabilité 	BCZS Kirotshe	Point focal pour la mobilisation communautaire (PF MC) nommé.	1 point focal pour la mobilisation communautaire affecté à ZS Kirotshe.	03/2015
Organiser les réunions de coordination trimestrielles au niveau de ZS Kirotshe afin d'établir une stratégie de la mobilisation communautaire applicable à l'ensemble de ZS et de suivre/consolider son progrès.	<ul style="list-style-type: none"> * Insuffisances dans le réseau des relais communautaires * Insuffisances dans la sensibilisation * Méconnaissance de la malnutrition * Méconnaissance du programme * Stigmatisation * Itinéraires thérapeutiques * Croyances et pratiques (traditionnelles) 	BCZS Kirotshe <i>Participation obligatoire:</i> PF MC ZS Kirotshe MC ACF IT de chaque CdS participant.	Réunions de coordination planifiées, organisées et dûment documentées (lettres d'invitation, agendas, procès-verbal etc.)	4 fois par année	03/2015 06/2015 09/2015 12/2015
Organiser les réunions de coordination trimestrielles au niveau de chaque CdS participant afin d'établir une planification de la mobilisation communautaire applicable à l'ensemble d'AdS et de suivre/consolider son progrès.	Idem.	Participation obligatoire: PF MC ZS Kirotshe et/ou MC ACF IT CODESA tous les RC d'AdS	Réunions de coordination planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, procès-verbal etc.)	4 fois par année	03/2015 06/2015 08/2015 12/2015

RECOMMANDATION 2: Renforcer la coordination et stimuler la participation active de tous les acteurs de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Répertorier toutes les croyances/ perceptions culturelles/ religieuses ou autres ayant l'impact évident/sous-jacent sur le traitement de la malnutrition/ le recours de première intention aux soins traditionnels et assurer que les messages clés soient régulièrement adaptés pour les adresser systématiquement.	<ul style="list-style-type: none"> * Méconnaissance de la malnutrition * Stigmatisation * Itinéraires thérapeutiques * Croyances et pratiques (traditionnelles) 	PF MC ZS Kirotshe MC ACF <i>Avec l'appui d'une variété des acteurs communautaires.</i>	Existence d'une liste des croyances/ perceptions culturelles/ religieuses ou autres servant de base pour la conception des messages clés.	1	03/2015 (actualisations trimestrielles et/ou selon besoin)
Préparer/consolider une liste des messages clés sur une variété des thèmes liées à la malnutrition, y compris ses causes sous-jacentes, se reposant sur un répertoire des croyances locales.	Idem.	PF MC ZS Kirotshe MC ACF <i>Avec l'appui d'une variété des acteurs communautaires.</i>	Existence d'une liste harmonisée des messages clés liées à la malnutrition.	1	03/2015
Préparer une brochure illustrée, traduite en langue/s locale/s, couvrant les messages clés harmonisés.	Idem.	PF MC ZS Kirotshe MC ACF	Existence d'une brochure illustrée et imprimée pour la distribution entre les acteurs communautaires.	1	03/2015
Développer le contenu des séances de sensibilisation adapté à l'audience cible, i.e.: * RC * Personnes influentes (CC, AR, E) * GT, AT * GdS ANJE * Hommes * Femmes	Idem.	PF MC ZS Kirotshe MC ACF <i>Avec l'appui d'une variété des acteurs communautaires.</i>	Existence des modules de formation adaptés à l'audience cible.	5	04/2015

RECOMMANDATION 3: Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par les relais communautaires afin d'assurer le dépistage et la sensibilisation de la population régulière et homogène

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Cartographier tous les relais communautaires dans chaque AdS.	<ul style="list-style-type: none"> * Insuffisances dans le réseau des relais communautaires * Insuffisances dans la sensibilisation * Méconnaissance de la malnutrition * Méconnaissance du programme * Stigmatisation * Itinéraires thérapeutiques * Croyances et pratiques (traditionnelles) 	PF MC ZS Kirotshe MC ACF	Cartographie exhaustive de tous les relais communautaires dans chaque AdS de ZS.	1	03/2015
Assurer que chaque village dispose d'au moins un ou deux relais communautaires (RC) dynamiques, dont une femme.	Idem.	PF MC ZS Kirotshe MC ACF IT CODESA Chefs coutumiers	Chaque village élit ou réélit ses RC, assurant qu'un de deux est une femme.	1 relais communautaire-homme et/ou 1 relais communautaire-femme par village.	03/2015
Renforcer les capacités techniques et interpersonnelles de chaque RC (nouveau élu ou maintenu) à travers des séances de formation/ recyclage dans chaque AdS.	Idem.	PF MC ZS Kirotshe MC ACF IT CODESA	Chaque RC est dûment formé sur tous les aspects de sa fonction, y compris le bénévolat pour le bien de sa communauté.	1-2 séances de formation/recyclage par AdS.	04/2015 – 05/2015 (recyclage après 6 mois, le cas échéant)
Doter chaque RC du matériel nécessaire (MUAC, jetons de référencement, brochure illustrée des messages clés harmonisés, etc.) afin de permettre l'exécution régulière de ses tâches et responsabilités.	Idem.	PF MC ZS Kirotshe MC ACF IT	Chaque RC dispose du matériel nécessaire pour effectuer son travail.	1 MUAC par RC Jetons de référencement 1 brochure illustrée des messages clés harmonisés	04/2015 – 05/2015
Assurer le dépistage mensuel dans chaque village de la zone de responsabilité de ZS.	Insuffisances dans le réseau des relais communautaires	RC <i>Supervisé par:</i> IT CODESA PF MC ZS Kirotshe MC ACF	Existence d'un calendrier de dépistage trimestriel élaboré lors d'une réunion de coordination au niveau de chaque CdS.	1 par AdS	à partir de 04/2015

RECOMMANDATION 3: Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par les relais communautaires afin d'assurer le dépistage et la sensibilisation de la population régulière et homogène

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Assurer l'organisation de deux séances de sensibilisation mensuelles dans chaque village de la zone de responsabilité de la ZS - une assurée par le RC-homme destinée à la population masculine du village et une assurée par le RC-femme et/ou GdS ANJE, le cas échéant, destinée à la population féminine du village.	<ul style="list-style-type: none"> * Insuffisances dans la sensibilisation * Méconnaissance de la malnutrition * Méconnaissance du programme * Stigmatisation * Itinéraires thérapeutiques * Croyances et pratiques (traditionnelles) * Problèmes liés à genre 	RC <i>Supervisé par:</i> IT CODESA PF MC ZS Kirotshe MC ACF	Existence d'un calendrier de la sensibilisation trimestriel élaboré lors d'une réunion de coordination au niveau de chaque CdS.	1 par AdS	à partir de 04/2015

RECOMMANDATION 4: Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par une variété des acteurs communautaires afin de compléter et enrichir le travail effectué par les relais communautaires

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Cartographier tous les personnages clés dans chaque AdS, notamment: les chefs coutumiers (CC), autorités religieuses (AR), guérisseurs traditionnels (GT), accoucheuses traditionnelles (AT), enseignants (E), organisations communautaires de base (OCB), groupes de soutien ANJE et/ou autres intervenants influents.	<ul style="list-style-type: none"> * Insuffisances dans la sensibilisation * Méconnaissance de la malnutrition * Méconnaissance du programme * Stigmatisation * Itinéraires thérapeutiques * Croyances et pratiques (traditionnelles) * Problèmes liés à genre 	PF MC ZS Kirotshe MC ACF <i>Avec l'appui d'une variété des acteurs communautaires.</i>	Cartographie exhaustive de tous les personnages clés dans chaque AdS de ZS.	1	03/2015
Organiser les réunions de sensibilisation avec les chefs coutumiers (CC) dans chaque AdS, faisant un plaidoyer, entre autres, pour leur appui des RC et la sensibilisation de la population à travers les canaux de communication disponibles à eux (avec un accent particulier sur la sensibilisation des hommes).	Idem.	PF MC ZS Kirotshe MC ACF IT	Réunions de sensibilisation avec CC planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, modules de sensibilisation, procès-verbaux, etc.)	1-2 par AdS	04/2015 – 05/2015

RECOMMANDATION 4: Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par une variété des acteurs communautaires afin de compléter et enrichir le travail effectué par les relais communautaires

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Doter chaque chef coutumier (CC) d'une brochure illustrée des messages clés harmonisés afin de stimuler leur engagement actif dans la sensibilisation de la population.	Idem.	ACF	Chaque CC dispose d'une brochure illustrée des messages clés harmonisés lors d'une séance de sensibilisation.	1 par CC	04/2015 – 05/2015
Organiser les échanges d'expériences avec les chefs coutumiers (CC) afin de récolter leur retour sur les activités menées dans leurs villages, y compris les défis et barrières au changement de comportement.	Idem.	PF MC ZS Kirotshe MC ACF IT CODESA	Echanges d'expériences avec CC planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, procès-verbaux, etc.)	1-2 par ZdS	10/2015 – 11/2015
Organiser les réunions de sensibilisation avec les autorités religieuses (AR) dans chaque AdS, faisant le plaidoyer, entre autres, pour leur appui des RC et la sensibilisation de la population à travers les canaux de communication disponibles à eux au moins une fois par mois (avec un accent particulier sur la sensibilisation des hommes).	Idem.	PF MC ZS Kirotshe MC ACF IT	Réunions de sensibilisation avec AR planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, modules de sensibilisation, procès-verbaux, etc.)	1-2 par ZdS	03/2015 – 04/2015
Doter chaque autorité religieuse (AR) d'une brochure illustrée des messages clés harmonisés afin de stimuler leur engagement actif dans la sensibilisation de la population.	Idem.	ACF	Chaque AR dispose d'une brochure illustrée des messages clés harmonisés lors d'une séance de sensibilisation.	1 par AR	03/2015 – 04/2015
Organiser les échanges d'expériences avec les autorités religieuses (AR) afin de récolter leur retour sur les activités menées dans leurs villages, y compris les défis et barrières au changement de comportement.	Idem.	PF MC ZS Kirotshe MC ACF IT CODESA	Echanges d'expériences avec AR planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, procès-verbaux, etc.)	1-2 par ZdS	10/2015 – 11/2015

RECOMMANDATION 4: Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par une variété des acteurs communautaires afin de compléter et enrichir le travail effectué par les relais communautaires

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Organiser les réunions de sensibilisation avec les guérisseurs traditionnels (GT) et accoucheuses traditionnelles (AT) dans chaque AdS, faisant le plaidoyer, entre autres, pour leur participation active dans le référencement des enfants malnutris lors des visites chez eux et la sensibilisation de la population à travers les canaux de communication disponibles à eux.	Idem.	PF MC ZS Kirotshé MC ACF IT CODESA	Réunions de sensibilisation avec GT et AT planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, modules de sensibilisation, procès-verbaux, etc.)	1-2 par ZdS	05/2015 – 06/2015
Doter chaque guérisseur traditionnel (GT) et accoucheuse traditionnelle (AT) d'un MUAC, jetons de référencement et brochure illustrée des messages clés harmonisés afin de les motiver d'assister au référencement des enfants malnutris.	Idem.	ACF	Chaque GT et AT dispose d'une brochure illustrée des messages clés harmonisés lors d'une séance de sensibilisation.	1 par GT/AT	05/2015 – 06/2015
Organiser les échanges d'expériences avec les guérisseurs traditionnels (GT) et accoucheuses traditionnelles (AT) afin de récolter leur retour sur les activités menées dans leurs villages, y compris les défis et barrières au changement de comportement.	Idem.	PF MC ZS Kirotshé MC ACF IT CODESA	Echanges d'expériences avec GT et AT planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, procès-verbaux, etc.)	1-2 par ZdS	11/2015 – 12/2015
Organiser les réunions de sensibilisation avec les enseignants (E), organisations communautaires de base (OCB) et autres personnes influentes dans chaque ZdS, faisant le plaidoyer, entre autres, pour leur appui des RC et la sensibilisation de la population à travers les canaux de communication disponibles à eux au moins une fois par mois.	Idem.	PF MC ZS Kirotshé MC ACF IT CODESA	Réunions de sensibilisation avec E, OCB et autres personnes influentes planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, modules de sensibilisation, procès-verbaux, etc.)	1-2 par ZdS	06/2015 – 07/2015

RECOMMANDATION 4: Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par une variété des acteurs communautaires afin de compléter et enrichir le travail effectué par les relais communautaires

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Doter chaque enseignant (E), organisation communautaire de base (OCB) et autre personne influente d'une brochure illustrée des messages clés harmonisés afin de stimuler leur engagement actif dans la sensibilisation de la population.	Idem.	ACF	Chaque E, OCB et autre personne influente dispose d'une brochure illustrée des messages clés harmonisés lors d'une séance de sensibilisation.	1 par E, OCB et autre personne influente	06/2015 – 07/2015
Organiser les échanges d'expériences avec les enseignants (E), organisations communautaires de base (OCB) et autres personnes influentes afin de récolter leur retour sur les activités menées dans leurs villages, y compris les défis et barrières au changement de comportement.	Idem.	PF MC ZS Kirotshe MC ACF IT CODESA	Echanges d'expériences avec E, OCB et autres personnes influentes planifiées, organisées et dûment documentées (agendas, procès-verbaux etc.)	1-2 par ZdS	12/2015 – 01/2016
Créer et former un groupe de soutien ANJE dans chaque AdS et l'impliquer activement notamment dans la sensibilisation de la population féminine.	Idem.	PF MC ZS Kirotshe MC ACF IT CODESA	La mise en œuvre des GdS ANJE dans chaque AdS planifiée, organisée et dûment documentée (calendrier de planification de la mise en œuvre, procès-verbaux des réunions, etc.)	1 par AdS	04/2015 – 05/2015
Doter chaque groupe de soutien ANJE des MUAC, jetons de référencement et brochures illustrées des messages clés harmonisés afin de les permettre d'assister activement au référencement des enfants malnutris/sensibilisation de la population.	Idem.	ACF	Chaque GdS ANJE dispose des MUAC, jetons de référencement et brochures illustrées des messages clés harmonisés.	1 par chaque membre GdS ANJE	04/2015 – 05/2015
Identifier les personnes modèles (mères/pères des enfants guéris) et les motiver de s'engager dans les activités de sensibilisation et/ou référencement, faisant le plaidoyer, entre autres, sur l'importance de leur témoignage.	Idem.	PF MC ZS Kirotshe MC ACF IT CODESA RC	Répertoire des personnes modèles par AdS complété par un calendrier de leur intervention auprès la population et/ou des mentions écrites de leur participation active dans les activités organisées.	10 par AdS 1 témoignage par mois par personne modèle	04/2015 – 12/2015 à partir de 04/2015

RECOMMANDATION 4: Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par une variété des acteurs communautaires afin de compléter et enrichir le travail effectué par les relais communautaires

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Organiser les événements spéciaux liés aux festivités locales et/ou journées mondiales liées aux différents aspects de la malnutrition, s'appuyant sur les groupes théâtraux/musicaux ou autres afin de sensibiliser la population à la plus grande échelle (veiller à la bonne accessibilité dans la zone).	Idem.	PF MC ZS Kirotshe MC ACF Groupes théâtraux/musicaux OCB <i>Avec l'appui de:</i> IT, CODESA, RC, CC/AR/E	Evènements spéciaux planifiés, organisés et dûment documentés (calendrier de planification, procès-verbaux des réunions de planification, procès-verbaux des événements spéciaux, etc.)	1 fois par an par AdS	04/2015 – 12/2015 (calendrier des événements spéciaux validé en 03/2015)

RECOMMANDATION 5: Mettre en place un système efficace de suivi et évaluation de l'approche communautaire (sensibilisation, dépistage, suivi des cas d'abandon, etc.)

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Développer et mettre en place une base des données permettant le suivi du déroulement des activités communautaires planifiées (i.e. sensibilisation, dépistage) détaillant, entre autres, le suivant: * date * localité * noms des personnes responsables * nom du superviseur * nombre des F/H/E sensibilisés/dépistés * remarques générales et/ou questions particulières soulevées	* Insuffisances dans le réseau des relais communautaires * Insuffisances dans la sensibilisation * Méconnaissance de la malnutrition * Méconnaissance du programme * Stigmatisation * Itinéraires thérapeutiques * Croyances et pratiques (traditionnelles) * Problèmes liés à genre	PF MC ZS Kirotshe MC ACF IT	Base des données développée et mise en place.	1	03/2015
Organiser les réunions de planification mensuelles afin de suivre et évaluer la réalisation des activités communautaires (i.e. sensibilisation, dépistage)	Idem.	PF MC ZS Kirotshe et/ou MC ACF IT CODESA	Les activités communautaires sont témoignées par l'un des suivants : PF MC ZS Kirotshe MC ACF CODESA CC/AR/E et dûment documentées dans la base des données.	min. 75%	à partir de 04/2015

RECOMMANDATION 4: Concevoir et mettre en place une nouvelle stratégie de l'approche communautaire par une variété des acteurs communautaires afin de compléter et enrichir le travail effectué par les relais communautaires

Objectif	Justification	Responsable	Indicateur de performance	Cible	Délai
Informar les personnes impliquées sur leurs responsabilités de supervision au moins une semaine d'avance.	Idem.	PF MC ZS Kirotshe MC ACF IT	Toutes les personnes impliquées sont dûment informées et confirment leur disponibilité.	100%	à partir de 04/2015
Chaque visite de terrain est accompagnée par une courte visite auprès des personnes influentes afin d'encourager un dialogue constant avec les communautés hôtes et de permettre aux partenaires de réagir ponctuellement aux défis éventuels.	Idem.	PF MC ZS Kirotshe MC ACF CODESA CC/AR/E	Chaque visite auprès des personnes influentes est dûment documentée dans la base des données, y compris leurs remarques clés.	100%	à partir de 04/2015



ANNEXES

ANNEXE 1: EQUIPE D'INVESTIGATION

Nom	Sexe	Position
Lenka Blanárová	F	<i>Conseillère en Mobilisation Communautaire, CMN</i>
Trenton Dailey-Chwalibóg	M	<i>Coordinateur Régional de la Couverture, CMN</i>
Hugh Lort-Phillips	M	<i>Assistant Coordinateur, CMN</i>
Freddy Nitu	M	<i>Adjoint Responsable Département Nutrition Santé, ACF Kinshasa</i>
Fabien Kibukila	M	<i>Responsable Volet Nutrition F2C, ACF Minova</i>
José Kahasha	M	<i>Encadreur Technique, ACF Minova</i>
Clovis Fikirini Bagalane	M	<i>Superviseur Nutrition F2C, ACF Minova</i>
Lydie Riziki	F	<i>Superviseur Nutrition F2C, ACF Minova</i>
Delphin Cikala	M	<i>Encadreur Technique, ACF Minova</i>
Thierry Byadunia	M	<i>Encadreur Technique, ACF Minova</i>
Bernard Munganga	M	<i>Encadreur Technique, ACF Minova</i>
Justine Namwangu Kabusoko	F	<i>Superviseur Nutrition, COOPI</i>
Jackson Bahati Sanvura	M	<i>Mobilisateur communautaire, ACF Minova</i>
Magellan Munguiko Bitakuya	M	<i>Mobilisateur communautaire, ACF Minova</i>
Marceline N'Janchira	F	<i>Superviseur Nutrition, BCZS Kirotshe</i>
Benjamin Musanganya	M	<i>Enquêteur</i>
Julien Ciza Mushangalusa	M	<i>Enquêteur</i>
Alice Selemani	F	<i>Enquêteur</i>
David Rutikanga Kabugoyi	M	<i>Enquêteur</i>
Michel Munihire Bushu	M	<i>Enquêteur</i>
Alain Bangala	M	<i>Enquêteur</i>
Deo Nyamanzibu	M	<i>Enquêteur</i>
Samy Lukoo Ndamubuya	M	<i>Enquêteur</i>
Kyatsandire Tsongo	M	<i>Enquêteur</i>
Rosine Bora Kasmuba	F	<i>Enquêteur</i>
Jean-Pierre Muhima	M	<i>Enquêteur</i>
Bahati Ndoole	M	<i>Enquêteur</i>

**ANNEXE 2: CHRONOGRAMME DE LA FORMATION ET L'INVESTIGATION**

Jour	Date	Activité
1	20 Novembre 2014	<i>Arrivée à Minova (RDC)</i>
2	21 Novembre 2014	<i>Préparation et encadrement de l'enquête SQUEAC + EDC</i>
3 - 4	22 – 23 Novembre 2014	<i>Formation en méthodologie SQUEAC + EDC</i>
5 – 9	24 – 28 Novembre 2014	<i>Réalisation de l'Étape I SQUEAC (collecte des données qualitatives)</i>
10 -11	29 – 30 Novembre 2014	<i>Restitution des résultats (Étape I SQUEAC)</i>
12	1 Décembre 2014	<i>Pondération BBQ dans la communauté</i>
13 - 15	2 – 4 Décembre 2014	<i>Saisie et analyse des données qualitatives (EDC)</i>
16 - 18	5 - 7 Décembre 2014	<i>Préparation du rapport EDC</i>
19	8 Décembre 2014	<i>Restitution des résultats aux acteurs clés</i>
20	9 Décembre 2014	<i>Départ de Minova (RDC)</i>



COVERAGE MONITORING NETWORK

ANNEXE 3: MATRICE D'ECHANTILLONAGE

AdS	H	F	A-SAM ^H	A-SAM ^F	E	AT	GT	AR	CC	CBO	RC	CODESA	CdS	DS	ONG
Kirotshe UNTI (U, 0km) ^I			1 ESD	2 ESD									2 ESD	2 ESD	2 ESD
Shasha (R, 2km)		1 DdG		1 ESD		1 ESD	1 ESD		1 ESD	1 DdG	1 DdG				
Sake (R, 9km)	1 DdG			1 DdG	1 ESD			1 ESD			1 ESD		1 ESD		
Murambi (R, 20km)			1 DdG			1 ESD				1 ESD	1 ESD	1 DdG			
Buroha (R, 35km)		1 DdG		1 DdG	1 ESD		1 ESD						1 ESD		
Kausa (R, 50 km)	1 DdG			1 ESD				1 ESD	1 ESD		1 DdG				
Rushoga (R, 35 km)	1 DdG			1 DdG	1 ESD			1 ESD			1 ESD				
Ruhegeri (R, 40 km)		1 DdG				1 ESD			1 DdG	1 DdG			1 ESD		
Matanda (R, 30 km)			1 ESD	1 ESD			1 ESD		1 DdG			1 ESD			
Bishange (R, 19 km)	1 DdG			1 DdG				1 ESD			1 DdG		1 ESD		
Bitonga (R, 25 km)			1 DdG		1 ESD		1 ESD		1 ESD			1 DdG			
Ufamandu (R, 100 km)		1 DdG	1 DdG					1 ESD			1 ESD				
Bukuba (R, 120 km)	1 ESD								1 ESD	1 DdG	1 DdG				
Katuunda (R, 130 km)				1 DdG			1 ESD					1 DdG	1 ESD		

**ANNEXE 4: SOMMAIRE DES INFORMATEURS CLÉS**

Informateur clé	No. entretiens	No. personnes interrogées	Ethnies
Hommes	5	37	HD, HT, TB, TU
Femmes	5	28	HD, HT, PY, TB
Jeunes hommes (garçons)	1	5	HT, HD
Jeunes femmes (filles)	1	7	HT, TU
Accompagnants MAS (F)	13	26	HD, HT, TB
Accompagnants MAS (H)	1	6	TB
Enseignant(e)s / Maitres communautaires	3	3	HD, HT
Accoucheuses traditionnelles / Matrones	3	3	HD, HT
Guérisseurs traditionnels	5	5	HD, HT, TB
Autorités religieuses	5	6	HD, HT, TB
Chefs coutumiers	5	5	HD, HT, TB
OCB	3	6 F + 12 H	HD, HT
Relais communautaires	6	13 F + 11 H	HD, HT, RG, TB
CODESA	4	2 F + 15 H	HD, HT, TB
GdS ANJE	3	16	HD, HT
Personnel de CdS	7	7	HD, HT, TB
Equipe Cadre du DS	1	1	-
ONG	5	1 F + 4 H	-
TOTAL	76	219* * dont 103 F + 116 H	



ANNEXE 5: GUIDES D'ENTRETIEN

(dossier séparé)



ANNEXE 6: RESUME DES OBSERVATIONS AUX CENTRES DE SANTE

Pendant la 1^{ère} étape de l'enquête SQUEAC dans ZS Kirotshe l'équipe d'investigation s'est rendu dans tous les centres de santé appuyés par ACF afin d'observer le travail des agents de santé et repérer les éléments qui pourraient avoir une influence sur l'appréciation du service PCIMA par les communautés desservies.

Dans l'ensemble, les centres de santé ont démontrés de bonnes pratiques, laissant un espace restreint aux améliorations critiques.

L'**accueil**, la **communication avec les mères**, y compris l'information partagée avec les bénéficiaires, **et le temps d'attente**, ont été évalués positivement. Aux centres de santé de *Matanda* et *Ufamandu* les sièges pour les malades dans la salle d'attente n'étaient pas suffisants. De plus, il a été noté que l'accueil à *Matanda* et *Rushoga* n'était pas très chaleureux, le réceptionniste n'ayant pas essayé d'engager la conversation avec les malades. A *Ufamandu*, les informations fournies aux mères lors des consultations médicales ont été jugées insuffisantes. Les mères n'ont reçu que des informations sur le jour de prochain RDV et l'utilisation du PlumpyNut®, où des précisions sur la prise en charge manquaient, y compris sur la durée de traitement, et/ou des informations sur la maladie. Les temps d'attente a été généralement satisfaisant, sauf à *Ufumandu* (>1 hr), *Murambi* (1h30) et *Matanda* (2h30).

Pendant les observations de la prise en charge, certains enquêteurs ont constaté des problèmes avec la **prise des mesures anthropométriques**. La situation la plus inquiétante était aux centres de santé de *Matanda*, *Bukuba* et *Rushoga*. Quelques observations moins inquiétantes concernant la prise des mesures anthropométriques ont été enregistrées à *Ufamandu* et *Ruhegeri* (prise de PB pas maîtrisée par tous les infirmiers).

Le **remplissage des carnets et des registres** était cohérent sauf à *Bukuba* (registres des visites à domicile pas à jour), *Ufamandu* et *Bitonga* (certains enfants n'ont pas été inclut dans le registre PCIMA). En ce qui concerne les abandons, plusieurs centres de santé (*Matanda*, *Katuunda*, *Bukuba*, *Kausa*, *Sake* et *Kirotshe*) les ont noté mais sans ajout essentiel des causes qui les ont induits.

L'état des **pharmacies/lieux de stock** était acceptable. Quelques points noirs ont été marqués à *Katuunda* où la pharmacie était en voie de la réhabilitation; à *Bukuba* la pharmacie était trop petite et pas bien aérée; et à *Bitonga* la gestion d'intrants s'est déroulée dans la salle de consultation.

Autres observations:

CdS Murambi: manque d'incinérateur et d'un lit d'hospitalisation;

CdS Katuunda: CdS en voie de construction (manque des sièges et matelas, pas de lumière pendant la nuit);

CdS Bukuba et Buroha: manque de planification des visites a domicile;

CdS Ufamandu: manque de point du lavage des mains;

CdS Ruhegeri: circuit des malades non respecté – deux circuits: un pour les malnutris et un pour les autres malades.