

Mise en application d'une approche nutritionnelle communautaire lors de crise humanitaire et prolongée

Leçons tirées de la République démocratique du Congo (RDC)

Mars, 2023



Table des matières

1	Résumé.....	3
2	Introduction.....	5
3	Methodology.....	7
4	Résultats.....	8
5	Discussion.....	14
6	Conclusion.....	17
7	Recommandations.....	17

Acknowledgements

Nous exprimons notre sincère gratitude à l'équipe Nutrition et suivi et évaluation (S&E) de PIN RDC, notamment Marina Lugnot, Barbara Lefebvre, Bernard Mulamba, Julien Ciza Mushagalusa, Mathieu Mitamba, et aux enquêteurs, Anuarite Bulonza Cirimwami, Raymond Mbukani, Binja Musanganya et Nyakushala Ngalula, pour avoir mené à bien cette enquête sur le terrain. Merci à Sarah Dib pour la traduction des rapports. Des remerciements particuliers sont adressés à toutes les personnes interrogées et à tous les participants des groupes de discussion (GDD) pour leur précieuse contribution et pour le temps qu'ils ont consacré à l'équipe afin de réaliser cette étude.

Liste d'abréviations

ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
CAC	Cellule d'Animation Communautaire
CODESA	Comité de développement de l'aire sanitaire
CODEV	Comité de Développement
CPS	Consultation Préscolaire
DPS	Division provinciale de santé
FAP	Femmes en âge de procréer
FEFA	Femmes enceintes et femmes allaitantes
GDD	Groupe de discussion
PDI	Personnes déplacées interne
MAS	Malnutrition aiguë sévère
PCIMA	Prise en Charge intégrée de la malnutrition aiguë
PRONANUT	National Nutrition Programme.
RECO	Relais communautaire
UNTA	Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire
UNTI	Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive
WASH	<i>Water, sanitation, and hygiene</i> (eau, hygiène et assainissement)

Publié par : People in Need (PIN) en mars 2023

Auteurs : Deirdre McMahon, Barbara Lefebvre, Marina Lugnot, Bernard Mulamba, Julien Ciza Mushagalusa, Mathieu Mitamba, Anuarite Bulonza Cirimwami, Raymond Mbukani, Binja Musanganya and Nyakushala Ngalula.

Photo de couverture : Petr Stefan *Copyright © People in Need 2023.*

Mise en application d'une approche nutritionnelle communautaire en contexte de crises humanitaires et prolongées

1 Résumé

Une bonne nutrition représente un élément fondamental pour la réalisation de nombreux objectifs de développement. Néanmoins, dans de nombreux pays à faible et moyen revenu, une multitude de contraintes et d'obstacles limitent l'efficacité, l'efficacités et l'extensibilité des programmes, au détriment de nombreux enfants dans le besoin. Les contextes fragiles et touchés par des crises prolongées présentent des niveaux persistants de malnutrition aiguë et chronique supérieurs à la moyenne.¹ La République démocratique du Congo (RDC) n'y échappe pas. La RDC, quatrième pays le plus peuplé d'Afrique, a été marquée par des conflits au cours des deux dernières décennies. Ces conflits ont entraîné des déplacements de population (plus de cinq millions de Congolais sont déplacés à l'intérieur du pays) et une instabilité qui se traduit par l'abandon de l'agriculture, la perturbation des systèmes de santé, de marché et autres, l'insécurité alimentaire et la malnutrition sévère.² Selon le rapport mondial 2022 sur les crises alimentaires, la RDC est l'un des quinze pays les plus gravement touchés par la crise mondiale³. Ces quinze pays⁴ comptent huit millions d'enfants souffrant d'émaciation sévère et quarante millions d'enfants vivant dans une pauvreté alimentaire sévère. Les crises alimentaires, de carburant et d'engrais ont collectivement augmenté le coût d'un régime alimentaire de référence sain. La hausse des prix et la baisse des revenus ont entraîné une détérioration de la qualité du régime alimentaire pour de nombreux ménages. Plus de 2,2 millions de personnes ont été privées d'au moins un groupe alimentaire en plus.⁵

L'émaciation des enfants - un indicateur de la sous-alimentation chronique - reste élevée à 41,8 %⁶. Bien que la prévalence nationale de l'émaciation (malnutrition aiguë⁷) ait considérablement diminué, passant de 16 % en 2011 à 6,5 % en 2018, les taux restent préoccupants. Durant les périodes post-troubles civils, les taux de malnutrition aiguë sévère (MAS) pédiatrique en RDC ont grimpé jusqu'à 23%.⁸ Certains enfants connaissent plusieurs épisodes d'émaciation au cours d'une même année, ce qui les expose à un risque de mortalité 11 fois plus élevé que ceux qui ne souffrent pas de malnutrition. L'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants reste sous-optimale. Des données récentes indiquent qu'environ seuls 8 % des nourrissons de 6 à 23 mois ont un régime alimentaire minimum acceptable.⁹¹⁰ Les enfants sont nourris avec des régimes comprenant au maximum deux groupes d'aliments, alors que les enfants ont besoin d'au moins cinq groupes d'aliments pour grandir, se

¹ MQSUN+, 2020. Strengthening the Humanitarian Development Nexus for Nutrition in Protracted Crises. A Synthesis Report, June 2020.

² Nachigera, G.M., et al. 2016. Building the Evidence Base on the Agricultural Nutrition Nexus: Democratic Republic of Congo. CTA Working Paper 16.

³ The combined effects of conflict – including the war in Ukraine, climate-induced drought, and the socio-economic impacts of the COVID-19 pandemic – are driving a devastating global food and nutrition crisis. (UNICEF, 2022. Child Food Poverty. A Nutrition Crisis in Early Childhood).

⁴ Horn of Africa: Ethiopia, Kenya, Somalia, South Sudan and Sudan.

Central Sahel: Burkina Faso, Chad, Mali, Niger and Nigeria.

Countries in Crisis: Afghanistan, Democratic Republic of the Congo, Haiti, Madagascar and Yemen.

⁵ IFPRI, 2022. DRC- Impacts of the Ukraine and Global Crises Poverty and Food Security. IFPRI, Country Brief 17.

⁶ UNICEF, WHO Joint child malnutrition estimates. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-jme-country-children-aged-5-years-stunted-\(-height-for-age--2-sd\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-jme-country-children-aged-5-years-stunted-(-height-for-age--2-sd))

⁷ The WHO defines severe acute malnutrition as a child with a MUAC of <115mm, or Weight for Height Z-score of <-3, or oedema; moderate acute malnutrition is a child with a MUAC between 115 mm and <125 mm or a WHZ score between -3, and <-2.

⁸ ENN, 2015. Efficacy of a community-embedded RUTF programme to treat childhood malnutrition in Kapanga, DRC

⁹ World Bank, 2019. DRC Multisectoral nutrition and health project.

¹⁰ Global Nutrition Report Country Profiles 2020.

développer et s'épanouir dans la petite enfance. Les femmes sont souvent désavantagées sur le plan économique et social par rapport aux hommes, pour toute une série de raisons sociales, économiques et institutionnelles interdépendantes. Cela affecte leur accès et leur contrôle sur les ressources alimentaires et nutritionnelles et, par conséquent, la sécurité nutritionnelle de leurs ménages. La situation nutritionnelle entrave le potentiel de développement humain et économique du pays. La malnutrition coûte à la RDC un quart de son budget annuel, ce qui représente une perte économique de 1,174 milliard de dollars US chaque année.¹¹

Les différentes formes de malnutrition sont liées à des crises chroniques et à des causes structurelles de longue date. En RDC, les communautés souffrent d'un conflit civil permanent et d'un nombre élevé de personnes déplacées, ainsi que des capacités limitées des systèmes de santé, des régimes alimentaires inadéquats, des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) médiocres, et des inégalités de genre. Dans ces communautés, une stratégie clé consiste à utiliser un modèle local, afin de prévenir et de traiter la sous-nutrition. En 2002, dans le cadre du programme national de nutrition (PRONANUT), le gouvernement de la RDC a adopté un modèle de nutrition communautaire, appelé : "Nutrition a Assis Communautaire" (NAC). Cette approche a pour objectif de maximiser l'appropriation locale et la durabilité.¹² Elle implique un système de prestataires de santé communautaires bénévoles (relais communautaires - RECO) qui fournissent un ensemble de services nutritionnels ciblant les femmes enceintes et allaitantes (FEFA), et les enfants de moins de 5 ans. Les RECO sont sélectionnés par les principales structures de gouvernance de la communauté et en font partie, notamment le CAC et le Comité de développement de santé (CoDeSa). L'expérience acquise à ce jour souligne que le modèle communautaire est un moyen efficace de prestation de services. En outre, cette approche permettrait de développer durablement les capacités locales, afin de garantir des solutions plus efficaces, inclusives et durables en nutrition, grâce à la mobilisation et au renforcement des capacités. Cependant, en raison des contraintes de capacité au sein du système de santé, celle-ci n'a été déployée qu'à petite échelle, en grande partie grâce à l'aide de donateurs externes des programmes à court terme.

Il existe de nombreuses opportunités permettant l'intégration d'une approche communautaire afin d'améliorer la sécurité nutritionnelle en RDC :

- a) ***la mise en application et la diffusion du protocole de prise en charge de la malnutrition aiguë.*** Guidée par la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA)¹³, celle-ci comprend trois composantes : (i) la sensibilisation et la mobilisation des communautés ; (ii) la prise en charge ambulatoire de la malnutrition aiguë modérée (MAM) et de la malnutrition aiguë sévère (MAS) sans complications médicales ; et (iii) la prise en charge hospitalière de la MAS avec complications¹⁴. Le PRONANUT envisage une approche simplifiée, axée sur la gestion communautaire de la malnutrition. L'engagement de la communauté dans la prévention, la détection précoce et le suivi des cas de malnutrition est un élément fondamental de cette approche. Les nouvelles lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour 2023 comprennent une nouvelle recommandation concernant les agents de santé communautaires (RECO): "L'évaluation, la classification et la prise en charge ou l'orientation des nourrissons et des enfants âgés de 6 à 59 mois présentant une émaciation et/ou un œdème nutritionnel peuvent être effectuées par les agents de santé communautaires à

¹¹ Cartographie des Intervenants et des Interventions en Nutrition République Démocratique du Congo Résultats au niveau national - Année 2017

¹² ENN, 2015. Efficacy of a community-embedded RUTF programme to treat childhood malnutrition in Kapanga, DRC

¹³ National Protocol, Integrated Management of Acute Malnutrition Acute, Edition 2016.

¹⁴ Inpatient care at UNTI (Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intensive), for individuals with medical complications and all infants <6 months of age), outpatient care at UNTA (Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire).

condition qu'ils reçoivent une formation adéquate et qu'une supervision régulière de leur travail soit intégrée à la prestation de services."

- b) **investir dans des interventions à plus long terme visant les causes sous-jacentes et fondamentales de la sous-nutrition** (schéma 1); et les risques et situations de vulnérabilité auxquels les populations sont exposées lors de crises prolongées. L'efficacité et l'efficience des programmes peuvent être accrues si les deux formes de dénutrition (émaciation et retard de croissance) sont combattues conjointement en contexte de crise. Le renforcement en particulier local de la résilience peut sembler évident, mais cela implique un changement radical de coordination, planification, mise en œuvre et financement des programmes.

Au cours de la dernière décennie, *People in Need (PIN)* RDC a mis en œuvre une approche communautaire de la gestion de la malnutrition aiguë. Pour construire des preuves sur l'approche communautaire intégrée, PIN RDC a mené une étude dans la province du Sud-Kivu entre novembre 2022 et janvier 2023. Les résultats sont présentés dans ce rapport.

2 Introduction

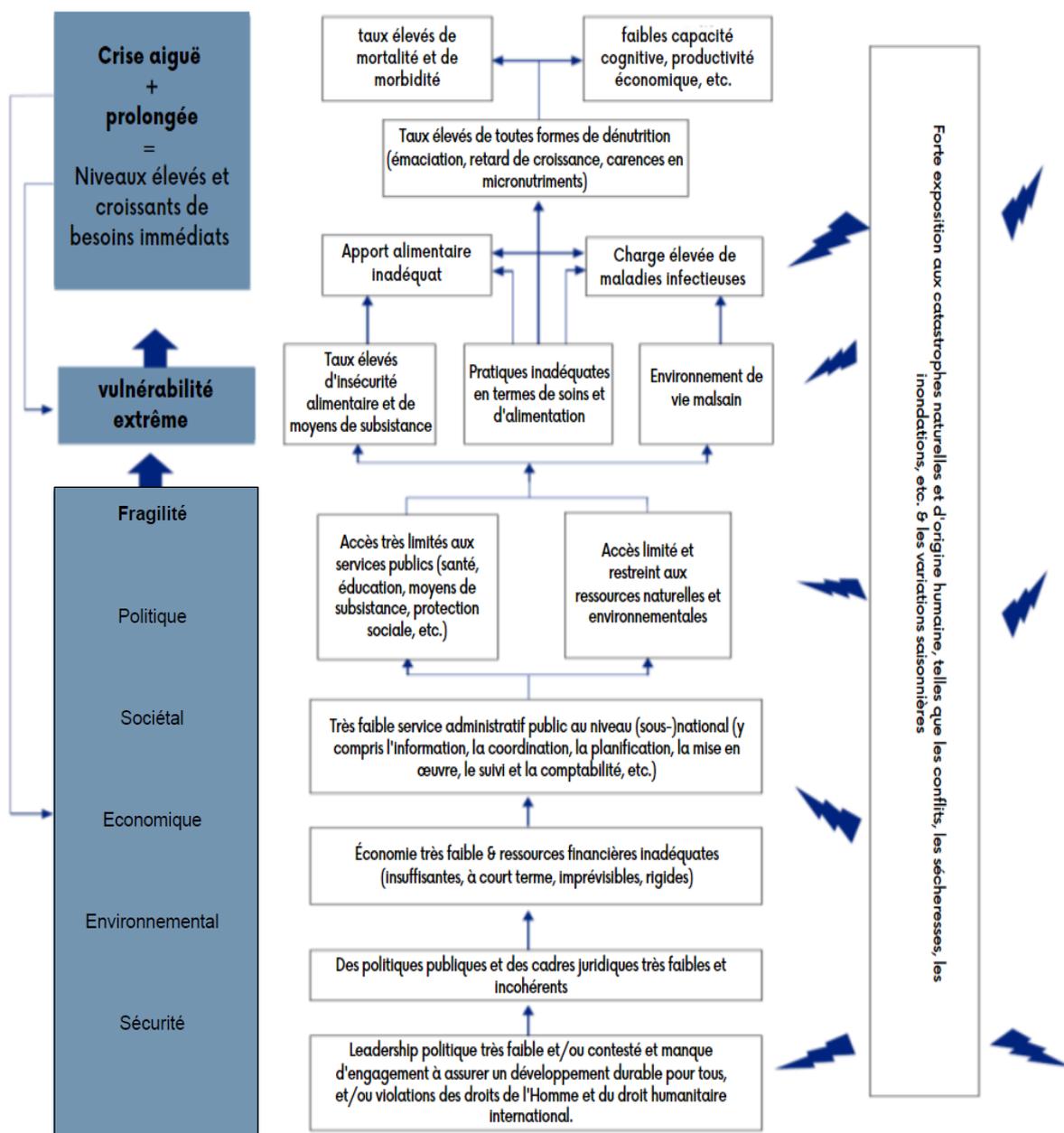
Des efforts visant à mettre en œuvre des actions multisectorielles et à élaborer un programme politique global en matière de nutrition en RDC sont en cours depuis le début des années 2000. Reconnaissant l'impact de la malnutrition sur le développement humain et la croissance économique, le gouvernement du pays a identifié la lutte contre la malnutrition et, plus largement, les investissements dans les premières années, comme des priorités dans la stratégie nationale de réduction de la pauvreté et de développement économique. En 2000, le gouvernement a adopté une politique nutritionnelle nationale et a créé le Programme national de nutrition (PRONANUT) au sein du ministère de la santé. Au début des années 2000, tant la politique que le programme se sont concentrés sur les interventions curatives spécifiques à la nutrition visant la malnutrition aiguë, mais celle-ci s'est étendue à une approche multisectorielle, avec l'adoption de la deuxième politique nationale nutritionnelle en 2013, la même année où la RDC a rejoint le mouvement *SUN (Scaling-up Nutrition)*. En 2017, le plan stratégique national multisectoriel pour la nutrition a ensuite été adopté. PRONANUT, qui sert de secrétariat exécutif à la plateforme *SUN*, a pour mandat de superviser et de coordonner la mise en œuvre du Plan. L'*UNICEF* et d'autres ONG internationales, dont PIN, assistent PRONANUT en fournissant un soutien aux programmes de nutrition, y compris la PCIMA. Le PRONANUT est également le co-facilitateur du groupe sectoriel sur la nutrition, avec l'*UNICEF* comme chef de file. Au niveau sous-national, *PIN* facilite le Cluster dans le Sud-Kivu.

Malgré l'engagement et l'évolution politiques positifs, des contraintes systémiques entravent la durabilité et la mise à l'échelle des actions fondées sur des données probantes, visant à réduire la sous-nutrition. Les services ne suffisent pas à satisfaire les besoins fondamentaux dans des domaines tels que la santé, l'eau, l'assainissement, l'éducation, la nutrition et la sécurité alimentaire. Les efforts de lutte contre la malnutrition en RDC se sont largement concentrés sur des actions curatives/de traitement dans le secteur de la santé. Ces actions apportent des résultats encourageants dans la lutte contre la malnutrition aiguë, mais elles restent insuffisantes face aux défis existants et nécessitent une mobilisation plus forte des autres secteurs contributeurs pour lutter durablement contre toutes les formes de malnutrition (par exemple l'émaciation, le retard de croissance, l'anémie).

En RDC, il existe deux types d'approches interconnectées nécessaires pour renforcer la sécurité nutritionnelle :

- i. **Interventions immédiates visant à sauver la vie d'enfants souffrant d'émaciation et/ou de maladies.** La PCIMA couvre ces types d'interventions. Cependant, l'impact de la PCIMA est souvent limité par une faible couverture (variant entre 25-48% pour la MAS, de 2016 à 2019).¹⁵
- ii. **Interventions à plus long terme axées sur les causes sous-jacentes et fondamentales de la dénutrition.** Alors que des politiques et des lignes directrices sur la mobilisation communautaire et la fourniture de services ont été élaborées en RDC, l'approche préventive basée sur la communauté (NAC) n'a été déployée qu'à petite échelle. Par conséquent, la recherche sur cette approche est également limitée.

Schéma 1: Conceptual framework of undernutrition in protracted and acute crises¹⁶



¹⁵ UNICEF. Module organisation generale de l'approche simplifiée prise en charge de la malnutrition aigue

¹⁶ MQSUN, 2020. Strengthening the Humanitarian Development Nexus for Nutrition in Protracted Crises A Synthesis Report.

3 Methodology

Cette étude est une étude qualitative, impliquant une collecte de données primaires et une revue de la littérature. L'enquête a été menée dans deux zones de santé au Sud Kivu :

1. zones de santé d'Itombwe-Minembwe, où PIN est actif depuis deux ans et qui est une région isolée et instable ;
2. zones de santé Lemera, où PIN entre dans sa deuxième phase.

L'enquête tient compte de l'intersectionnalité, c'est-à-dire des facteurs liés aux connaissances et aux pratiques des mères (au niveau micro), des facteurs liés à la communauté et aux soins de santé (au niveau méso) et des facteurs structurels (au niveau macro) (par exemple, la pauvreté, l'inégalité de genre, l'éducation, l'emploi et la protection sociale).

Les données ont été collectées par échantillonnage dirigé en 3,5 semaines :

- entretiens approfondis avec des mères d'enfants dénutris, des chefs religieux, des praticiens traditionnels et des chefs de village ;
- discussions de groupe avec des membres de la communauté (hommes et femmes) – celui des femmes comprenait de grands-mères, celui des hommes des pères ;
- entretiens avec des informateurs clés (EIC): personnel des centres de santé et RECO.

Le cadre causal adapté de l'UNICEF sur la dénutrition en cas de crises fragiles et prolongées (voir schéma 1) a permis la conception des méthodes et l'interprétation des données. Les données issues des entretiens approfondis ont été complétées par les EIC et les focus groups. Une analyse thématique a été réalisée.

Table 1. Catégories de participants

Région	Sexe	Mères	Membres de la communauté	RECO	Personnel soignant	Chef de village	Leaders religieux	Praticiens traditionnels	Total
Itombwe	♂	0	17	2	3	3	1	1	27
	♀	10	19	2	1	0	1	1	34
Lemera *Bwegera Langala	♂	0	18	4	4	3	2	2	33
	♀	20	19	4	1	0	0	0	44
Total		30	73	12	9	6	4	4	138

4 Résultats

L'analyse a permis de définir quatre thèmes clés, décrits dans les pages suivantes.



Theme 1: Compréhension et perception communautaire de la malnutrition

"La malnutrition cause des problèmes générationnels car l'intelligence de l'enfant est affectée, ainsi que peut-être sa capacité à travailler, ce qui peut mener à un manque d'argent" - RECO à Bwegera, Lemera.

Causes	<ul style="list-style-type: none">• Toutes les mères ayant été interviewés dont les enfants souffraient de malnutrition (et qui ont participé à la PCIMA) ont une bonne compréhension de la malnutrition aiguë, y compris les symptômes, les causes immédiates et sous-jacentes.• De manière immédiate, une mauvaise alimentation (y compris le manque de diversité alimentaire) est la principale raison de la malnutrition, les maladies ont la seconde place. Au niveau sous-jacent, l'insécurité alimentaire, l'hygiène et l'assainissement insuffisants et les pratiques de soins médiocres ont été mentionnés. Au niveau basal, la pauvreté et l'insécurité ont été fréquemment citées.• Les chefs de village d'Itombwe ont indiqué que les principales causes sont l'instabilité et le conflit qui ont provoqué un déplacement des populations (<i>"la malnutrition est largement liée aux traumatismes"</i>), ainsi que la pauvreté, les régimes alimentaires insuffisants: <i>"parfois, nous n'avons pas de nourriture. Nous chauffons simplement de l'eau et la buvons pour nous réchauffer un peu"</i>.• À Lemera, les mêmes causes ont été identifiées, bien que l'insécurité ait moins été mentionnée qu'à Itombwe. Les femmes dans les zones étudiées ont mentionné des problèmes liés au genre, tels qu'un pouvoir de décision limité et une charge de travail qui affecte la participation des femmes à des formations.• Lors des GDD, des femmes ont démontré une meilleure compréhension des causes que les hommes. Deux RECO ont mentionné le cycle intergénérationnel: <i>"la malnutrition pendant la grossesse conduit à un bébé mal nourri"</i>. À Bwegera, un RECO a déclaré que <i>"la malnutrition survient lorsque la mère enceinte a été mal nourrie et que l'enfant sera affecté par cette malnutrition après la naissance"</i>.
Symptômes	<ul style="list-style-type: none">• Toutes les mères d'enfants dénutris interrogés (qui ont participé à la PCIMA) à Lemera et Itombwe avaient une bonne compréhension de la malnutrition aiguë, ainsi que de ses symptômes.• Cependant, certains considéraient la malnutrition comme une maladie plutôt qu'un état ou une condition, et certains membres de la communauté pensaient qu'il s'agissait d'une maladie transmissible.• Tant à Lemera qu'à Itombwe, les principaux symptômes de la malnutrition aiguë mentionnés par les mères, les FGD de femmes, les RECO, les chefs de village, les chefs religieux et les tradipraticiens étaient: i) Présence d'œdème, ii) Perte de poids, iii) Décoloration de la peau et/ou des cheveux• Le manque d'appétit et la fatigue ont aussi été cités par les mères/femmes interrogées, mais moins.• Certains femmes et RECO ont également reconnu les implications chroniques, c'est-à-dire qu'une mauvaise nutrition peut affecter négativement le développement, la croissance et l'intelligence du cerveau.• Deux RECO ont mis en évidence le cycle intergénérationnel: <i>"la malnutrition pendant la grossesse entraîne un bébé dénutri"</i>. À Bwegera, un RECO a déclaré que <i>"la malnutrition survient lorsque la mère enceinte a été mal nourrie et que l'enfant sera affecté par cette malnutrition après la naissance"</i>.
Conséquences	<ul style="list-style-type: none">• Les principales conséquences mentionnées par les mères à Itombwe et Lemera étaient la mort, suivie des conséquences chroniques (par ex: <i>"l'enfant ne grandit pas bien par rapport à ses petits frères"</i>; <i>"il y a des problèmes d'intelligence, à l'école, et des redoublements"</i>; <i>"même un enfant de 7 ou 8 ans peut ressembler à un enfant de 3 ans"</i>). Le GDD des femmes à Itombwe a mentionné que la malnutrition peut entraîner une malnutrition chronique où <i>"un enfant de cinq ans peut ressembler à un enfant d'un an"</i>.• Le GDD des hommes (à Lemera et Itombwe) a souligné que les conséquences incluent les tensions et la stigmatisation, ainsi que la mort.
Perceptions	<ul style="list-style-type: none">• Selon la majorité des participants, il existe une perception communautaire négative et une stigmatisation des parents des enfants dénutris, en particulier de la part des autres parents. <i>"Au lieu de donner des conseils, ils critiquent"</i>, a déclaré une mère à Lemera. Parfois, ils ne veulent pas approcher l'enfant, se méfient de lui et les tiennent éloignés des autres enfants. Par exemple, certaines mères d'Itombwe se sont senties jugées: <i>"la communauté a dit que les parents ne donnaient pas à manger à leurs enfants, parce que les parents sont pauvres et qu'ils ne s'occupent pas de l'enfant"</i>. Parfois, l'enfant dénutri était interdit de jouer avec d'autres enfants ou de manger dans la même assiette, car certains pensant que la malnutrition est une maladie transmissible.• Des associations avec la sorcellerie ont aussi été évoquées. Selon un RECO à Itombwe, la communauté perçoit que l'enfant a reçu la <i>"mulonga"</i> (mauvais sort) si l'enfant a les jambes enflées. Mais si le ventre est enflé, la communauté pense parfois que l'enfant a consommé du poison. Un autre RECO a déclaré que la communauté perçoit que les parents sont négligents: <i>"ils sont appelés orphelins parce que les enfants qui ont des parents ne devraient pas souffrir de malnutrition"</i>.• Selon les chefs religieux, les perceptions communautaires varient de la stigmatisation à l'indifférence.



Thème 2 : Influence sociale et environnementale

“Mes enfants n'ont jamais mangé d'œuf ... Nous ne mangeons pas de produits animaux comme la viande, il peut se passer un an sans que nous en mangions.”

Interview de la mère, à Itombwe

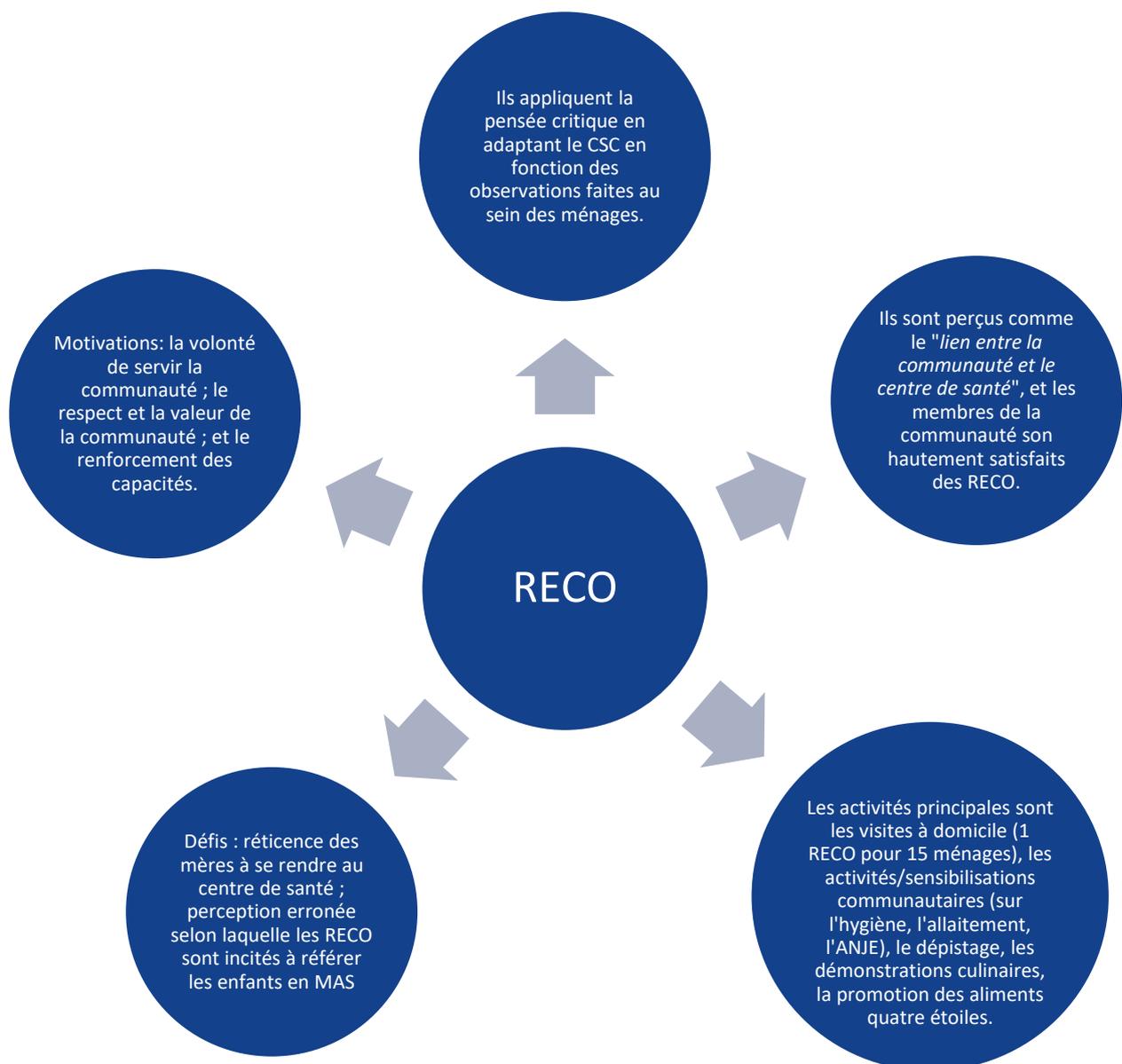
Facteurs favorisants et barrières	<ul style="list-style-type: none"> • Les questions de genre, étaient notamment considérées comme les principales barrières par les femmes. Les facteurs favorisants principaux étaient ceux liés à leur propre autonomisation. • L'efficacité des RECO a été très appréciée par les mères, et les RECO ont également reconnu l'importance de services de bonne qualité (côté offre) et l'engagement des dirigeants (influences communautaires). • Les causes profondes de malnutrition ont également été citées (insécurité/instabilité, conflits et pauvreté). • Selon le personnel du centre de santé d'Itombwe, les principaux obstacles sont l'insécurité, la méfiance de la communauté et le manque de ressources disponible.
Accès aux aliments nutritifs	<ul style="list-style-type: none"> • L'accès à la nourriture, en particulier d'origine animale, est un défi, surtout pour les personnes déplacées. • Les GDD des femmes, des hommes et les RECO ont indiqué que les principales cultures cultivées dans la communauté sont la pomme de terre, la patate douce, le maïs, l'amarante, le chou, le manioc (pour le fufou), les haricots et ce sont aussi les principaux aliments consommés. Cependant, tout le monde n'a pas accès à la terre pour cultiver. • La plupart des aliments sont disponibles sur le marché, mais ne sont pas accessibles/abordables pour tous. Un RECO a souligné que les aliments sont souvent importés. • Il y a des indications que la fréquence de consommation est faible (variant entre une ou deux fois par jour). • En général, il n'y a pas de tabous alimentaires. La consommation de poulet par la belle-fille a été mentionnée comme un vieux tabou à Lamera et Itombwe.
WASH	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les acteurs ont noté le manque de sources d'eau améliorées, et de latrines, en dehors de celles disponibles dans les centres de santé appuyés par les projets. • Les femmes connaissaient les moments critiques du lavage des mains, ce qui est conforme à la récente évaluation finale (PIN, 2022. <i>Endline ECHO Lamera Health Zone/ Uvira Territory</i>), où à la fin du projet, 89 % des enfants âgés de 0 à 59 mois, les mères connaissaient au moins trois des cinq moments clés du lavage des mains qui est une augmentation de 21 % par rapport au niveau de référence (68 %). Cependant, il y avait des connaissances limitées dans le GDD des hommes sur les moments critiques de lavage des mains.
Égalité de genre	<ul style="list-style-type: none"> • Traditionnellement, la nutrition est considérée comme un domaine réservé aux femmes, dans lequel les hommes ne devraient pas être impliqués. Néanmoins, l'équipe a observé un changement de perception dans certains zones où les projets sont mis en oeuvre. La persistance de cette division traditionnelle des rôles a été confirmée par de nombreux participants, des chefs communautaires, des enseignants, des guérisseurs traditionnels et des chefs religieux. • Les participants (femmes de GDD, RECO, chefs de village, chefs religieux, PT) ont indiqué que les femmes à Itombwe ont beaucoup de responsabilités, y compris le travail dans les champs, aller au marché, les travaux ménagers et la préparation des aliments. En revanche, les hommes sont principalement impliqués dans le travail sur le terrain. • Les hommes sont principalement les décideurs dans les deux régions de l'étude. Un RECO disait que "<i>dans la famille, la dernière décision revient à l'homme parce qu'il a été béni des Dieux. Si les femmes peuvent prendre des décisions, c'est dans leur milieu professionnel et elles ont étudié</i>". L'un des chefs religieux a mentionné : "<i>la Bible dit que l'homme est le pilier de la maison</i>". En l'absence de sa femme, l'homme peut s'occuper de l'enfant. • Il y a quelques bons exemples sur le rôle attribué au genre à Lamera. Une femme a dit qu'elle et son mari prenaient des décisions ensemble. Mais la majorité des femmes ont déclaré que c'est l'homme qui décide. • Les hommes ne sont généralement pas impliqués dans la prise en charge des enfants. Certains hommes craignent qu'on se moque d'eux.
ANJE	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants (entretiens avec les mères, GDD, RECO) ont reconnu que le colostrum renforce l'immunité, atténue le risque de maladie, "<i>c'est le premier vaccin que l'enfant reçoit pour le protéger de différentes maladies comme les vers intestinaux</i>"... • Tous les acteurs connaissaient les recommandations en terme d'allaitement, mais il y avait des lacunes concernant diversification alimentaire et la fréquence des repas/collations. il n'était pas clair si cela était lié à des problèmes d'accès à la nourriture ou au CSC. • La diversité des repas utilisant des aliments quatre étoiles a été bien comprise par les membres de la communauté.

“La femme est très occupée parce qu'elle travaille dans les champs et, après la récolte, c'est l'homme qui décide de ce qu'il faut faire avec les produits - ceux qui seront mangés et ceux qui seront vendus.”
Mère, Itombwe

“L'homme peut prendre soin des enfants même lorsque la femme n'est pas occupée, mais nous devons faire attention à ce que la femme ne considère pas cela comme une habitude, car même en présence d'amis, elle vous demandera de prendre soin des enfants et cela peut faire honte à l'homme. ”
Chef de village, Itombwehe

“Les hommes prennent les décisions parce qu'ils sont les chefs de famille, cependant les femmes peuvent prendre des décisions concernant la préparation des repas. Les hommes s'occupent rarement des enfants parce qu'ils pensent que leurs amis se moqueront d'eux. ”
Femme RECO, Lamera

L'influence et le rôle des RECO et des agents communautaires





Personnel de santé

- Le personnel de santé est désigné responsable de la coordination de la PCIMA, y compris la supervision des RECO. Le personnel interrogé a apprécié la formation de PIN/MdM sur la PCIMA.
- Bonne compréhension du protocole de traitement (même si certains le jugent compliqué).
- Les défis mis en évidence comprenaient un salaire trop bas, une lourde charge de travail et le manque de ressources dans le centre de santé. Parfois, le traitement MAS ne fonctionne pas car les RUTF sont parfois redistribués au sein du ménage.
- Pas de support actuel pour MAM.



Chefs religieux

- Être perçu positivement et avoir un rôle influent au sein de la communauté.
- Selon le personnel du centre de santé de Langala : *"nous sommes dans une société où les croyances religieuses sont fortes. Si ces chefs religieux connaissent déjà les signes et les symptômes des maladies, ils peuvent nous aider à sensibiliser la communauté"*.
- Un chef religieux (Lemera) a déclaré *"pendant la grossesse de la mère, nous veillons à ce que la mère ait une bonne alimentation avant d'accoucher, et nous favorisons la diversification alimentaire avec des légumes"*.



Chefs de village

- Leur rôle comprend la mobilisation communautaire et le partage de conseils concernant l'importance de l'agriculture, la prévention des maladies, les bonnes pratiques d'alimentation, la sécurité et d'autres questions.
- Encourager les ménages à faire des activités préventives, telles que la culture et les affaires pour générer des revenus.



Praticiens traditionnels

- Les PT interrogés considèrent que la malnutrition peut se guérir par des moyens traditionnels.
- Ils perçoivent qu'ils *"défendent la communauté en mère les personnes souffrant de malnutrition et d'autres maladies"*.
- Un TP a déclaré traiter la malnutrition avec des produits locaux (KIJINGI, l'écorce est broyée avec de l'eau ; Mugimbu, l'écorce est broyée et mélangée à de la bouillie à base de maïs ; et Ambindula, les feuilles sont bouillies). Un TP a déclaré : *"Nous devrions également être impliqués dans le programme parce que les gens croient en nous, à cause de ce que nous faisons pour eux"*.

"Je fais le lien entre la population et le centre de santé. Parfois, les parents refusent d'envoyer leurs enfants dans les établissements de santé, certains refusent de dépister leurs enfants parce qu'ils ne sont pas informés. J'encourage le respect des établissements de santé."

Chef de Village, Langala

"Je ne savais pas si mon enfant souffrait de malnutrition et grâce au PB maman, j'ai appris que mon enfant était malade"

Mère, Langala

"Il y a déjà une diminution du taux de malnutrition et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a diminué. Il est également bon que les frais de maternité soient couverts. "

Chef religieux, Lemera



Thème 3 : Perception de la PCIMA et d'autres services communautaires pour la nutrition

"Les RECO nous aident beaucoup, surtout pour le dépistage, les visites à domicile et les démonstrations culinaires. Ils nous apprennent beaucoup de choses mais nous manquons juste de moyens pour les mettre en pratique." Mère, Itombwe





Thème 4 : Recommandations des participants pour les futurs programmes

Augmenter le nombre de démonstrations culinaires et de séances d'éducation communautaire

Étendre le programme à d'autres zones pour augmenter la couverture (par exemple Aleba, Kanogo)

Prolonger la durée du programme au-delà d'un an, car les besoins sont importants (en raison des conflits et des déplacements).

- Recommandé par les mères (Itombwe, Lemera), les GDD de femmes/ hommes (Itomwbe). RECO (Lemera). le chef (Itombwe. Lemera). le personnel de santé

Soutenir l'approvisionnement en ressources (nourriture) (par exemple, les jardins potagers)

Soutenir la génération de revenus

- Recommandé par les mères (Itombwe, Lemera), les GDD des femmes/ hommes (Itombwe, Lemera), les RECO (Bwegera, Langala), les chefs religieux (Itombwe, Lemera)

Continuer à fournir des soins de santé gratuits

Fournir des ressources au centre de santé (*RUTF*)

- Recommandé par les mères (Itombwe, Lemera), le chef de village (Itombwe), le personnel du centre de santé, les GDD des hommes

Augmenter le nombre de RECO et renforcer leur capacité

Continuer à renforcer la capacité du personnel de santé à gérer la malnutrition

- Recommandé par les RECO (Bwegera), les GDD de femmes (Lemera)

Cibler et impliquer les hommes dans la nutrition (par exemple pendant la messe)

- Recommandé par les RECO (Bwegera, Langala), le chef de village (Lemera), le personnel de santé (Itomwbe, Lemera)

Soutenir la *WASH*

- Recommandé par les RECO (Lemera), les GDD des hommes (Itomwbe, Lemera), les chefs religieux (Lemera)

Engager les chefs religieux et locaux dans les séances de sensibilisation

- Recommandé par les RECO

Inclure les femmes de moins de 18 ans en raison de problèmes liés au mariage précoce

- Recommandé par les chefs religieux (Itombwe), le personnel de santé

5 Discussion

Historiquement en RDC, le secteur de la nutrition a adopté une approche quelque peu "cloisonnée" en matière de programmes, de politiques et de financement. L'émaciation était considérée principalement présent dans des contextes d'urgence, tandis que le retard de croissance était considéré comme un problème de développement à plus long terme. Il faut une plus grande cohérence entre les acteurs humanitaires et du développement. Il n'est plus acceptable de se concentrer sur une seule forme de dénutrition (par exemple, l'émaciation) dans ce contexte complexe et à haut risque. Il n'est pas non plus question de se focaliser uniquement sur le traitement, alors que le taux de malnutrition est malheureusement élevé et qu'il est nécessaire d'avoir une approche préventive, en plus du traitement. Les approches de développement à plus long terme abordant la vulnérabilité sous-jacente, en combinaison avec les interventions humanitaires vitales nécessaires, aident à renforcer la résilience aux crises futures et à minimiser l'impact des crises actuelles.¹⁷

Cette étude révèle les opportunités pour tenter de combler le fossé entre l'humanitaire et le développement, grâce à une approche communautaire. Celle-ci peut assurer la demande, le suivi et l'utilisation des services de nutrition, et finalement renforcer la résilience contre toutes les formes de malnutrition. Les résultats de l'étude indiquent que le niveau de connaissance sur la malnutrition, y compris ses causes, ses symptômes et ses conséquences, était bon dans les zones étudiées à Lemera et à Itombwe. Lors de certains entretiens (avec des mères d'enfants dénutris, des RECO, des GDD de femmes), les participants semblaient également conscients de la malnutrition chronique et de son impact sur la croissance, le développement et la cognition à long terme. Les hommes connaissaient moins bien les pratiques recommandées en matière de nutrition et d'hygiène, ce qui est normal car les femmes représentent le groupe cible principal. Les problèmes liés au genre (division des responsabilités, lourde charge de travail des femmes et faible pouvoir de décision) ont été régulièrement mentionnés par les femmes interrogées comme étant les principaux obstacles à une bonne nutrition. Les hommes ne veulent pas être considérés comme faibles en montrant qu'ils soutiennent leurs femmes ou nourrissent leurs enfants. Il serait possible de changer progressivement cette norme sociale en identifiant ce que les hommes (au moins certains) sont prêts à faire, puis en promouvant des petites actions réalisables qui pourraient, avec le temps, avoir un impact important. Parmi les principaux obstacles à un plus grand engagement des hommes figurent le fait que de nombreux hommes ne se considèrent pas comme responsables des tâches liées à la nutrition ; et certains hommes craignent qu'en réalisant des "tâches de femmes", ils ne passent pour des "hommes faibles" aux yeux des autres. Les hommes semblent également avoir des connaissances limitées sur l'ANJE et ne savent pas nécessairement ce qu'ils pourraient faire pour que leurs enfants soient bien nourris. Cependant, certains hommes représentent un potentiel de changement positif qui pourrait être mis à profit, en particulier les hommes qui ont une position influente, tels que les chefs de village. Les principaux facteurs favorisant une bonne nutrition étaient des facteurs liés à l'autonomisation des femmes.

Les plateformes communautaires peuvent servir de lien pour fournir un ensemble de services intégrés et multisectoriels. Celles-ci représentant aussi une approche efficace pour réduire la malnutrition chez l'enfant.¹⁸ Participation communautaire pour la nutrition :

- augmente le sentiment d'appropriation et peut donc contribuer à la durabilité du projet ;
- favorise la promotion de la nutrition et la participation régulière aux activités ;
- peut réduire la dépendance à l'égard de l'aide extérieure ; et
- favorise les solutions locales en renforçant les structures et le leadership de la communauté.

¹⁷ MQSUN, 2020. Strengthening the Humanitarian Development Nexus for Nutrition in Protracted Crises A Synthesis Report.

¹⁸ Shrimptom, R., 2017. Community Based Nutrition Programs – Critical design elements and Research needs Article in World Nutrition.

Dans cette étude, La participation et l'engagement de la communauté ont été identifiés comme des facteurs potentiellement clés pour le succès et la durabilité de la mise en œuvre du programme. Les participants (par exemple, les RECO) ont souligné qu'il est essentiel d'impliquer les chefs de village/religieux, étant donné qu'ils occupent une position influente.

Les recherches sur la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë ont montré qu'environ 80 % des enfants atteints de MAS, identifiés par dépistage actif, ou par auto-référence, peuvent être traités à domicile. Lorsque le traitement est décentralisé et confié à des agents de santé communautaires, les taux de couverture s'améliorent. Grâce à une formation communautaire de base, les mères peuvent utiliser les rubans MUAC (*Mid-Upper Arm Circumference* – périmètre brachial), un outil pratique et autonome pour le dépistage et le suivi des enfants.¹⁹ Les RECO continuent à fournir des services lors de crises aiguës et prolongées, y compris lors des périodes prolongées de conflit et d'insécurité et lors des déplacements de population. Les femmes qui sont RECO, ont un capital social au sein des communautés d'intervention et servent de modèles. En raison de leur mentalité à l'égard du genre²⁰, il est parfois difficile d'attirer et de retenir les femmes comme RECO. Cependant, cela représente un moyen d'autonomisation pour les femmes, leur permettant d'acquérir des compétences, d'améliorer leur statut social et donner priorité à la nutrition des femmes au sein des communautés.²¹

Dans cette étude, l'efficacité des RECO a également été répertoriée comme l'un des principaux facteurs favorisant une bonne nutrition, et dans l'ensemble, ils sont perçus positivement et respectés par les différents répondants. Les RECO ont indiqué qu'ils sont motivés lorsqu'ils se sentent valorisés par la communauté. Ils apprécient également le renforcement des capacités dans la prise en charge de la malnutrition aiguë et l'éducation à la nutrition/hygiène. Cependant, les participants ont également relevé des défis liés à la perception erronée, selon laquelle les RECO seraient incités et payés pour référer les cas de MAS. Cela peut créer des tensions au sein de la communauté. Les RECO ont indiqué qu'ils souhaiteraient un soutien et une plus grande implication du personnel de santé de la DPS, en particulier du PRECODESA. Notamment, les RECO ont fait preuve d'une "réflexion critique", car ils réfléchissent aux problèmes au niveau du ménage/de la communauté, et utilisent ces observations pour adapter et éclairer les sujets d'éducation nutritionnelle.

Dans cette étude, les activités de la PCIMA et de la nutrition sont perçues positivement dans la communauté. Différents acteurs ont reconnu avoir été témoins d'améliorations dans les cas de MAS. L'"approche", incluant le périmètre brachial de la mère (*MUAC*), offre des solutions efficaces pour aider davantage d'enfants à recevoir un traitement précoce contre la malnutrition. Il a été noté que la plupart des cas de MAS sont actuellement toujours identifiés par les RECO, ce qui indique qu'un soutien supplémentaire à l'auto-référence est nécessaire. Cette approche peut considérablement stimuler la détection précoce et le traitement de la malnutrition et réduire le nombre d'enfants sévèrement dénutris. Les démonstrations culinaires ont également été régulièrement citées comme l'activité nutritionnelle préférée, suivies des campagnes de dépistage et des séances communautaires. Un dénominateur commun est que les activités qui autonomisent les femmes par le biais de l'éducation

¹⁹ Cazes, C., et al., 2022. Simplifying and optimizing the management of uncomplicated acute malnutrition in children aged 6-59 months in the DRC (OptiMA-DRC): a non-inferiority, randomized controlled trial. *The Lancet*, E510-E520.

²⁰ For example, it can be difficult for women to become CHWs and/or supervisors because of literacy, cultural, and safety concerns.

²¹ Raven, J. et al. Supporting community health workers in fragile settings from a gender perspective: a qualitative study; Perry, H., et al., 2014. Developing and Strengthening Community Health Worker Programs at Scale A Reference Guide and Case Studies for Program Managers and Policymakers; Exemplar Research, 2021. Do women make the most effective community health workers? Why women CHWs are critical to delivering primary health care.

sont perçues positivement. Il a été recommandé d'élargir le groupe cible aux adolescentes en raison des problèmes de mariage et de grossesse précoces.

L'adhésion au programme, l'acceptation sociale et la forte implication des bénéficiaires sont des facteurs clés au succès du programme. Cela a été particulièrement relevé à Lemera. Il existe des problèmes persistants concernant la stigmatisation de la malnutrition dans la communauté, ainsi que la résistance de certains à amener leur enfant à la clinique lorsqu'il est référé. La persistance de certaines croyances traditionnelles sur le traitement de la malnutrition est un frein au traitement. Encore une fois, le rôle des chefs religieux et locaux est important à cet égard. Ceci est particulièrement crucial dans l'organisation du dialogue communautaire pour lutter contre la stigmatisation et les croyances traditionnelles négatives. La mobilisation de la communauté à l'aide de l'approche NAC, pour réitérer les causes profondes et sous-jacentes de la malnutrition, pourraient éliminer les croyances négatives. Certains messages contradictoires sont promus par les praticiens traditionnels (par exemple, que des produits locaux tels que l'écorce d'arbre peuvent être utilisés pour traiter la malnutrition).

Il existe des barrières liées à la sécurité alimentaire²² et à la prestation de services de santé, ainsi que des causes systémiques (pauvreté, conflits), qui sortent du cadre du projet. Au niveau du secteur de la santé, le roulement du personnel, la rupture d'approvisionnement en intrants et l'absence de services de MAM ont été mis en évidence. Le manque de ressources financières pour couvrir les besoins de l'ensemble de la population avec une offre intégrée complète est une contrainte constatée par le service de santé, et les responsables locaux. Les services pour la MAM et MAS ne sont pas intégrés, et dans les zones étudiées, le programme de MAS est mis en œuvre mais avec une couverture géographique limitée. Il est important de renforcer les capacités des agents de santé chargés de la mise en œuvre de la PCIMA et de la NAC. Pour réussir à prévenir la malnutrition, l'opérationnalisation réussie des programmes et actions multisectoriels est nécessaire. L'augmentation de la couverture des PCIMA et des NAC doit s'accompagner d'une formation et d'un encadrement de qualité, ainsi que d'une rémunération suffisante pour aider les RECO à remplir efficacement leur rôle. La sélection communautaire des RECO ainsi que le respect des chefs locaux sont essentiels pour acquérir la confiance de la communauté, garantir son engagement et l'utilisation optimale des services.²³

Le PRONANUT a intensifié son engagement en tant que coordinateur des initiatives nationales multisectorielles pour la nutrition. Les directions provinciales de santé (DPS) n'ont pas la capacité d'exercer leurs fonctions de contrôle, de gestion et de supervision dû au manque de ressources. De même, les capacités au niveau local (zones de santé aires, de santé) sont limitées par le manque de ressources. Bien que des politiques et des lignes de conduite sur la fourniture de services et la mobilisation communautaire aient été élaborées en RDC, le modèle n'a été déployé à ce jour qu'à petite échelle, principalement par des programmes de donateurs externes. La couverture des interventions nutritionnelles essentielles sur le terrain reste très limitée.²⁴

Les interventions sensibles à la nutrition sont limitées, en particulier dans le cadre de l'agriculture et du *WASH*. L'accès limité et le coût des aliments diversifiés (aliments quatre étoiles), en particulier les AOA, ont été régulièrement mentionnés. Il n'est pas clair si c'est la raison pour laquelle la diversification alimentaire complémentaire et la fréquence des repas ne sont pas conformes aux recommandations. À l'avenir, les facteurs macroéconomiques devraient faire monter les prix des denrées alimentaires.

²² From an earlier vulnerability study, IDPs and returnees were less likely to eat twice a day. Hungry season is March, June, July, Aug, Sept. PIN, 2022. Report on the analysis of vulnerabilities carried out in the health zone of Lemera and Nyangezi- South Kivu Province. August 2022.

²³ ENN, 2015. Efficacy of a community-embedded RUTF programme to treat childhood malnutrition in Kapanga, DRC

²⁴ World Bank, 2019. DRC Multisectoral nutrition and health project

L'intégration d'interventions telles que les programmes monétaires, et les interventions *WASH* (en dehors des établissements de santé) est le centre de la multisectorialité.

6 Conclusion

Mettre en œuvre des services communautaires pour la nutrition dans un contexte humanitaire peut être très difficile. Au-delà des difficultés habituellement rencontrées dans les contextes stables à faible revenu, dans les contextes fragiles, les responsables de la mise en œuvre des programmes doivent également faire face à des défis tels que l'insécurité (particulièrement mentionnée à Itombwe), les déplacements de population à grande échelle, la destruction ou le vol des infrastructures et des produits de base, et une pénurie encore plus importante de travailleurs de la santé. L'insécurité nécessite le développement de nouvelles stratégies afin de garantir que tout le monde puisse avoir accès aux services multisectoriels pour la nutrition. Il s'agit notamment des cliniques de santé mobiles et de la mobilisation des ressources locales. L'approche communautaire pourrait avoir un impact durable, grâce à l'appropriation communautaire, à l'éducation nutritionnelle, à l'autonomisation des femmes et, dans l'ensemble, grâce aux changements de pratiques. Les stratégies de résilience communautaire sont importantes, mais leur mise en œuvre à grande échelle est nécessaire.

7 Recommandations



Envisager un financement pluriannuel pour les programmes d'urgence. Des accords de financement flexibles et à plus long terme facilitent le lien entre les programmes humanitaires et de développement. Cela permet une réponse rapide face à l'urgence et de réaliser les objectifs de développement à plus long terme. Des périodes de financement courtes et intermittentes sont inappropriées pour soutenir des services intégrés. De plus, ceux-ci vont à l'encontre des efforts visant à renforcer la qualité des services et les systèmes alimentaires et de santé dans leur ensemble. Ils peuvent entraîner des lacunes dans la prestation de services et créer une charge administrative plus lourde, à la fois pour le bailleur et les partenaires locaux, ce qui ajoute de la complexité à la planification. Il est important de financer le renforcement du système et des capacités (santé, protection sociale).



Améliorer la coordination multisectorielle entre les administrations, ministères et dirigeants locaux, pour des stratégies globales de prévention et de traitement plus efficaces. La nutrition n'est pas qu'une question de santé. Si on ne l'envisage que sous cet angle, les interventions sont souvent trop tardives, axées sur le traitement et non sur la prévention. En tant que pays membre du mouvement *SUN*, il existe une opportunité pour la promotion du modèle *SUN*, d'action intégrée sur la nutrition. Il s'agit d'une action qui s'attaque à la fois à la dénutrition aiguë et chronique, en incorporant des interventions interdépendantes dans les domaines de la santé, de la sécurité alimentaire et de l'agriculture. Le modèle se prête à la mise à l'échelle de l'approche NAC.



Soutenir l'intégration du CSC basé sur la communauté pour traiter les causes sous-jacentes et profondes. Le renforcement des capacités et des ressources communautaires, la participation communautaire et l'appropriation au sein de tous les secteurs sont essentiels. Cela implique un CSC communautaire, pour éliminer les obstacles et mettre en avant les facteurs favorisant une bonne nutrition.



Renforcer un *continuum* holistique de soins pour la prévention, la détection précoce et le traitement de la malnutrition aiguë. Pour améliorer l'approche du cycle de vie, il faut assurer l'inclusion des adolescents, des femmes enceintes, des femmes allaitantes, des nourrissons de moins de six mois et des enfants de six à 59 mois dans la prévention et le traitement. Les familles devraient être prises pour cibles afin de favoriser l'adoption des approches de *continuum* de soins. Ce *continuum* fait le lien entre le traitement et la prévention, tout en mettant l'accent sur un rétablissement durable et en prévenant les rechutes ainsi que l'apparition d'autres formes de dénutrition.



Donner la priorité aux approches transformatrices de genre en matière de nutrition. À ce jour, des efforts ont été faits pour "intégrer" le genre dans les programmes de nutrition, mais de grandes disparités de genre persistent. Cela s'explique par le fait que les efforts fournis n'ont pas abordé les causes profondes du problème. Une réponse efficace exige que l'égalité de genre devienne le fondement central, sur lequel reposeront les réponses multisectorielles pour la nutrition. Les détenteurs de pouvoir traditionnels et les influenceurs, en particulier les hommes, doivent être impliqués dans ce processus. Ce sont d'importants champions potentiels du genre et des acteurs pour le changement.



Élargir une base de données probantes grâce à un programme flexible et à une recherche opérationnelle. Etant donné que les situations dans les zones fragiles et touchées par des conflits peuvent changer rapidement, il est important que les mécanismes soient facilement adaptables. Pour les approches communautaires, il est essentiel d'établir des bases factuelles qui permettent de mettre en place une approche pertinente.

