

Centre Africain d'Études  
Supérieures en Gestion



**CESAG-SANTE**

**MASTER OF BUSINESS  
ADMINISTRATION (MBA)-GESTION  
DES SERVICES DE SANTE (GSS)**

**OPTION GESTION DES  
PROGRAMMES DE SANTE (GPS)**

**Année 2013-2014 /24<sup>ème</sup> promotion**



**MEMOIRE DE FIN DE FORMATION POUR L'OBTENTION DU MBA**

**THEME**

**EVALUATION DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE  
DANS LE PROGRAMME DE RENFORCEMENT DE LA  
NUTRITION (PRN) AU SENEGAL : CAS DES PROJETS DE  
NUTRITION DES COLLECTIVITES LOCALES FINANCES PAR  
LA CELLULE DE LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION DANS  
LE DISTRICT SANITAIRE DE KOLDA**

Présenté par :

M. Mamadou Moustapha DANSO

Sous la direction de :

Papa NDIAYE

Professeur Agrégé de Santé Publique

Enseignant associé au CESAG

**NOVEMBRE 2014**

## DEDICACES

*Ce travail est dédié à:*

*Allah le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux ; par sa grâce, sa bonté et sa générosité et son prophète MOHAMED (paix et salut sur lui) ;*

*ma défunte mère ;*

*mon père pour tout ce qu'il a fait pour moi ;*

*mon épouse pour son soutien et ses encouragements ;*

*mes chers fils Zacaria et Mohamed Bachir ;*

*ma nièce Khadidiatou Faty ;*

*mes frères, sœurs, tantes et oncles ;*

*ma belle famille ;*

*mes collègues et voisins de Podor ;*

*mes camarades de la 24<sup>ème</sup> promotion de MBA/GSS CESAG-SANTE.*

## REMERCIEMENTS

Nos sincères remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail.

A Professeur Papa NDIAYE Gynécologue-obstétricien, agrégé en Santé Publique, enseignant associé au CESAG. Malgré vos multiples préoccupations vous avez bien voulu nous encadrer pour la réalisation de ce travail. Votre rigueur au travail et votre ouverture d'esprit nous ont beaucoup marqué. Soyez en honoré.

A Dr Amani KOFFI, Chef de département de CESAG-SANTE.

A Monsieur Abdoulaye KA, Coordonnateur de la CLM.

A Mme NDOYE, responsable des opérations au Bureau Exécutif National de la CLM.

A M. Cheikh SAMB, M. Abdoulaye FAYE, M. THIAM, M. SALL et toute l'équipe du Bureau Exécutif Régional de la CLM de Kolda.

A Dr Mangane Médecin chef du district sanitaire de Kolda et son équipe.

A M. Baba SY coordonnateur de Childfund zone de Kolda, aux mobilisateurs communautaires, ainsi qu'à tout le personnel de Chilfund, pour leur collaboration.

Aux élus locaux des communes du département de Kolda.

Aux ICP et relais communautaires.

Aux enseignants de CESAG-SANTE et à tout le corps professoral du CESAG.

Au personnel administratif et des services connexes (la scolarité, la bibliothèque, le service informatique, la reprographie, etc.).

A Mme GUEYE assistante de programme et Mme DIOP. Merci pour leur disponibilité et assistance.

A tous mes collègues de la 24<sup>ème</sup> promotion MBA-GSS/ GPS et GH. Merci pour l'esprit d'équipe et de convivialité.

## SOMMAIRE

ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES .....	v
LISTE DES TABLEAUX .....	vii
LISTE DES FIGURES .....	viii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE .....	4
1.1 Analyse de l'environnement externe : le Sénégal .....	4
1.2 Analyse de l'environnement interne .....	15
1.3 Synthèse de l'environnement (Forces, Faiblesses) .....	27
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE .....	28
2.1 Problématique .....	31
2.2 Intérêt et justification .....	32
2.3 But et Objectifs de l'étude .....	33
2.4 Cadre conceptuel .....	39
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE .....	39
3.1 Population de l'étude .....	39
3.2 Méthodologie et technique d'échantillonnage .....	39
3.3 Stratégie de recherche .....	40
3.4 Pré-test .....	41
3.5 Déroulement de l'enquête .....	41
3.6 Dépouillement et traitement des données .....	42
3.7 Difficultés et limites de l'étude .....	43
CHAPITRE 4 : RESULTATS DE L'ENQUETE .....	44
4.1 Bilan de la mise en œuvre .....	44
4.2 Mesure de la participation communautaire .....	46

4.3 Identification des problèmes et leur priorisation .....	53
CHAPITRE 5 : IDENTIFICATION-ANALYSE DES CAUSES.....	56
5.1 Identification des causes.....	56
5.2 Analyse des causes des problèmes .....	56
5.3 Priorisation des causes.....	59
CHAPITRE 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS .....	62
6.1 Identification des solutions.....	62
6.2 Priorisation des solutions.....	63
6.3 Justification du choix de la solution retenue .....	64
CHAPITRE 7 : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION.....	65
7.1 Objectifs du projet .....	65
7.2 Cibles.....	65
7.3 Arbre des objectifs.....	66
7.4 Cadre logique.....	67
7.5 Plan d'action.....	70
7.6 Graphique de Gantt.....	72
7.7 Budget.....	73
7.8 Plan de suivi et évaluation.....	78
8 RECOMMANDATIONS .....	83
CONCLUSION .....	84
REFERENCES.....	85

## ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AGETIP :	Agence d'Exécution des Travaux d'Intérêt Public
AME :	Allaitement Maternel Exclusif
ANSD :	Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie
BEN :	Bureau Exécutif National
BER :	Bureau Exécutif Régional
BNAN :	Bureau National d'Alimentation et de Nutrition
CAMA:	Community Actions Against Malnutrition
CESAG :	Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CLM :	Cellule de Lutte contre la Malnutrition
CLP :	Comité Local de Pilotage
CPN :	Consultation Périnatale
CREN :	Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle
CS :	Centre de Santé
DAN :	Division de l'Alimentation et de la Nutrition
DPES :	Document de Politiques Economiques et sociales
DSRP :	Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
FAR :	Femme en Age de Reproduction
FARNE :	Foyer d'Apprentissage, de Réhabilitation Nutritionnelle et d'Eveil
GPS :	Gestion de Programmes de Santé
IRA :	Infection Respiratoire Aigue
JNM :	Journée Nationale de Micronutriments
JNV :	Journée Nationale de Vaccination
MAC :	Maison d'Arrêt et de Correction
MAG :	Malnutrition Aigue Globale
MAS :	Malnutrition Aigue Sévère
MBA:	Master Business Administration
MCD:	Médecin Chef de District
MCG:	Malnutrition Chronique Globale
MICS:	Multiple Indicator Cluster Survey/Enquête en grappe à indicateurs multiples
MSM:	Men having Sex with Men/Homosexuel
MSAS :	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

MTA :	Médicaments Traditionnels Améliorés
OCB :	Organisation Communautaire de Base
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ORANA :	Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition Africaine
ITA :	Institut de Technologie Alimentaire
PAIN :	Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition
PC :	Participation communautaire
PIB :	Produit Intérieur Brut
PNC :	Projet de Nutrition Communautaire
PNDS:	Plan National de Développement Sanitaire
PRN :	Programme de Renforcement de la Nutrition
PS :	Poste de Santé
RGPHAE :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'agriculture et de l'élevage
SFE :	Sage Femme d'état
SIDA:	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SMART:	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SNDES :	Stratégie Nationale de Développement Economique et Social
SNP :	Surveillance Nutritionnelle et Pondérale
SSP :	Soins de Santé Primaire
UREN :	Unité de réhydratation et d'éducation nutritionnelle
UREN C :	Unité de réhydratation et d'éducation nutritionnelle au niveau communautaire
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Couverture de la population du Sénégal en personnel médical. Source PNDS 2009-2018.....	9
Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques du district sanitaire de Kolda.....	17
Tableau III : Chronogramme du déroulement de l'étude .....	42
Tableau IV : Forces et Faiblesses dans la mise en œuvre du PRN dans le district sanitaire de Kolda .....	45
Tableau V: Grille de Bichman adaptée à la nutrition communautaire au niveau du district sanitaire de Kolda.....	47
Tableau VI: résultat obtenus au classement par assignation directe .....	54
Tableau VII : Priorisation des causes de la participation insuffisante des élus locaux dans le PRN .....	59
Tableau VIII : Fréquence relative des causes.....	60
Tableau IX : Tableau de priorisation des solutions.....	64
Tableau X : Cadre logique de la mise en œuvre de la solution.....	67
Tableau XI : plan d'action de la mise en œuvre des activités.....	70
Tableau XII : Chronogramme des activités.....	72
Tableau XIII : Budget du projet d'amélioration du niveau de participation des élus locaux dans la mise en œuvre du PRN.....	73
Tableau XIV : Indicateurs par niveau.....	79
Tableau XV : plan de mise en œuvre du plan de suivi et évaluation .....	81

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Carte administrative du Sénégal. Source : EDS-Continue 2012-2013 .....	4
Figure 2 : Participation des acteurs dans la mise en œuvre du PNDS 1998-2007 .....	11
Figure 3 : Carte du district sanitaire de Kolda. Source <a href="http://www.koldanews.sn">http://www.koldanews.sn</a> .....	16
Figure 4: Schéma institutionnel de mise en œuvre du PRN.....	23
Figure 5: Interrelation entre la mobilisation communautaire et les structures de prise en charge de la malnutrition. Source : (DANSE, Mai 2010) .....	36
Figure 6 : Diagramme de participation communautaire dans le PRN au niveau du district sanitaire de Kolda.....	52
Figure 7 : Diagramme de causes à effets.....	57
Figure 8 : Diagramme d'ISHIKAWA .....	58
Figure 9 : Histogramme de fréquence des causes du problème .....	60
Figure 10 : Arbre des objectifs .....	66
Figure 11 : Cadre logique de suivi et évaluation.....	78

## INTRODUCTION

La malnutrition est un véritable problème de santé publique avec une morbidité et une mortalité élevées. Les sujets vulnérables sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

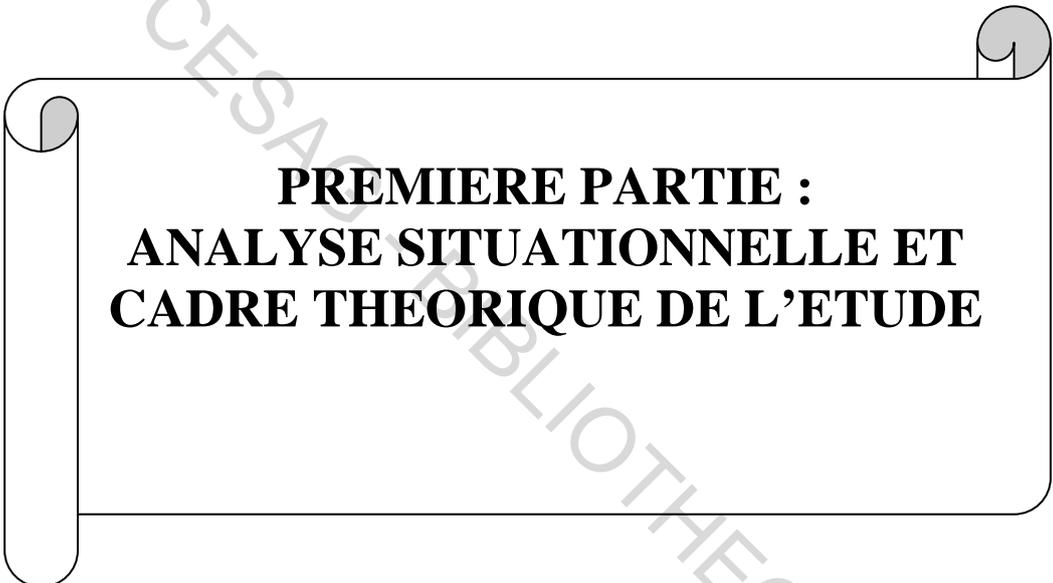
Chaque jour, plus de 26 000 enfants âgés de moins de 5 ans meurent dans le monde, de causes qui, pour la plupart, auraient pu être prévenues. On estime que la malnutrition contribue à 45% dans tous les décès des enfants âgés de moins de 5 ans. Des études confirment que les comportements préjudiciables à la santé et en particulier à la malnutrition se mettent en place, dans une large mesure, par manque d'expérience et d'information. Depuis plusieurs années, les projets et programmes de nutrition ont mis sur place des stratégies permettant de promouvoir la participation des collectivités locales et des populations dans la lutte contre la malnutrition au Sénégal. Malgré ces initiatives l'enquête nutritionnelle Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions (SMART) réalisée par la Cellule de Lutte Contre la Malnutrition (CLM) a révélé une situation très préoccupante dans 16 des 45 départements en termes de malnutrition aiguë avec des pics dans les départements de Kanel, Ranérou, Podor, Kaffrine et Tambacounda. Ainsi, au Sénégal 16 départements ont dépassé le seuil des 10% de Malnutrition Aigue Globale (MAG), la malnutrition chronique touche 15,5% des enfants âgés de 0 à 5ans et la prévalence de l'insuffisance pondérale est de 14,50%.

L'amélioration de la santé et du bien-être des femmes et des enfants, en raison de son impact sur tous les secteurs du développement, constituent une priorité de premier ordre pour les autorités sénégalaises tel que mentionnés dans les différents documents de politique et stratégie sectoriels. Ainsi, le premier objectif stratégique du Plan National de Développement Sanitaire PNDS (2009 – 2018) est de « réduire le fardeau de la morbidité et de la mortalité maternelles et infanto juvéniles ». Au niveau global, le Sénégal s'est aussi engagé à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'ici 2015.

Le succès d'un programme dépend de plusieurs facteurs dont l'aptitude à comprendre et à anticiper sur les besoins de ses cibles. La participation communautaire est l'un des leviers qui permettent de répondre à cette nécessité. La participation communautaire a pour rôle de permettre à la population de s'approprier des projets de nutrition. Notre étude consiste à évaluer la participation communautaire dans le projet de nutrition des collectivités locales du district sanitaire de Kolda.

Ce travail comprend deux parties. La première partie englobe l'analyse situationnelle et le cadre théorique suivie de la deuxième partie qui présente la méthodologie, les résultats de l'enquête, l'analyse des causes, la priorisation des solutions, le plan de mise en œuvre et les recommandations.

CESAG - BIBLIOTHEQUE



**PREMIERE PARTIE :  
ANALYSE SITUATIONNELLE ET  
CADRE THEORIQUE DE L'ETUDE**

## CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE

Ce chapitre présente le cadre de l'étude. Il décrit le contexte socio-économique du Sénégal et présente les structures impliquées dans la lutte contre la malnutrition.

### 1.1 Analyse de l'environnement externe : le Sénégal

#### 1.1.1 Situation géographique

Le Sénégal est situé à l'extrême Ouest du continent africain. Il couvre une superficie de 196 722 km<sup>2</sup> et est limité au Nord par la Mauritanie, à l'Est par le Mali, au Sud par la Guinée et la Guinée-Bissau, à l'Ouest par l'océan atlantique. La Gambie constitue une enclave dans le Sénégal. Le climat est de type soudano sahélien, avec une saison sèche de huit à neuf mois (Novembre à Mai) et une saison des pluies de trois à quatre mois (Juin à Septembre).

La figure 1 donne la carte administrative du Sénégal découpé en zone et région.

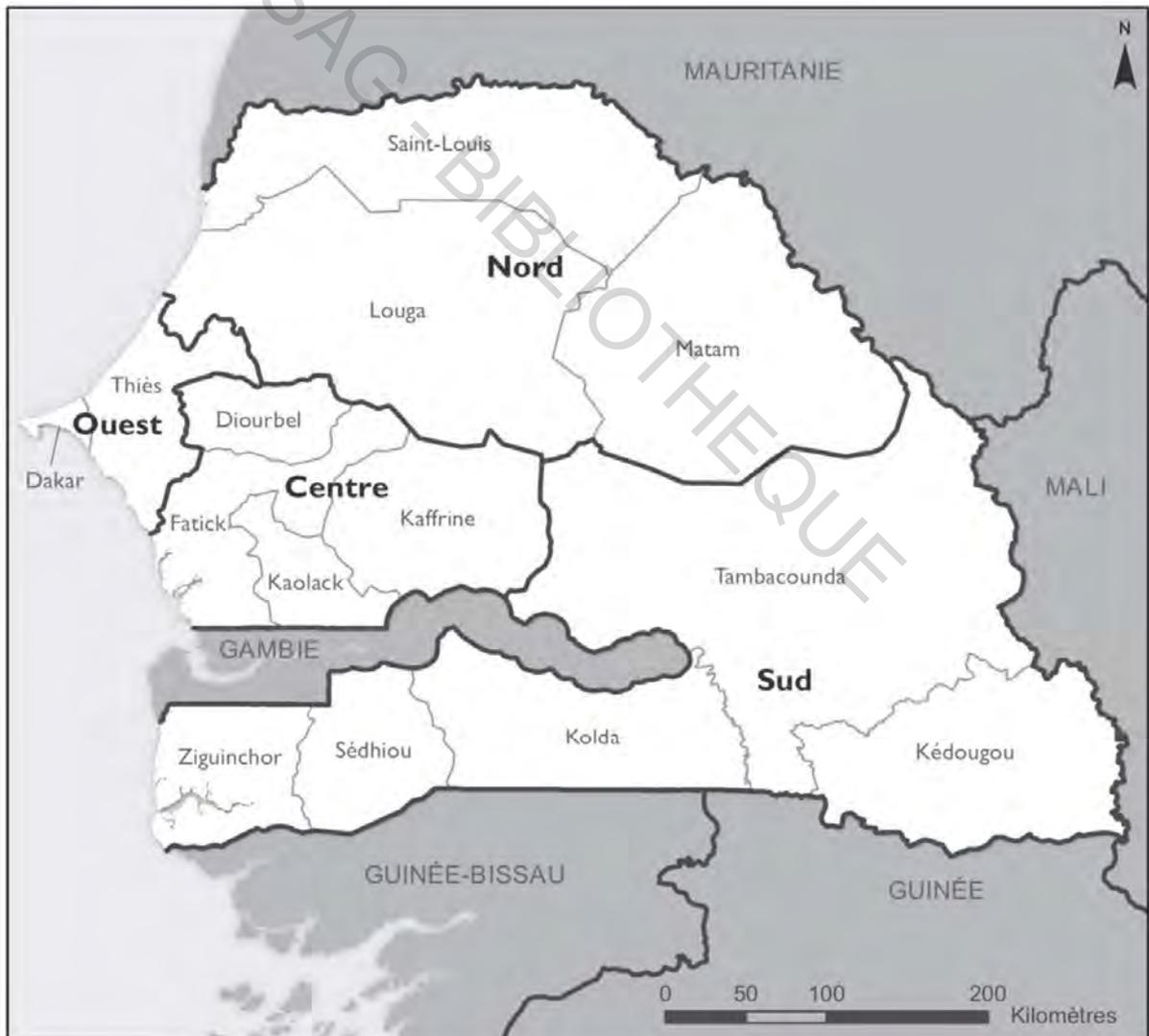


Figure 1 : Carte administrative du Sénégal. Source : EDS-Continue 2012-2013

### **1.1.2 Organisation administrative**

Le Sénégal compte 14 régions, 45 départements, 165 communes, 123 arrondissements et 383 communautés rurales. Avec l'acte III de la décentralisation les communautés rurales sont devenues des communes rurales en 2014.

Le découpage sanitaire comprend les régions médicales et les districts sanitaires. Les régions médicales correspondent aux territoires des régions administratives, alors que plusieurs districts sanitaires peuvent se retrouver dans un même département.

### **1.1.3 Caractéristiques de la population**

En décembre 2013, la population résidente au Sénégal est évaluée à 13 508 715 habitants dont 49,9% d'hommes et 50,1% de femmes, soit une densité de 69 habitants au km<sup>2</sup> (ANSD, Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'agriculture et de l'élevage (RGPHAE), Mars 2014). Cette population est très jeune, les moins de 20 ans représentent 52,7%. Les enfants âgés de moins de 15 ans constituent 42,1% de la population globale. Par ailleurs, 3,5% de la population a 65 ans et plus. C'est dire que le coefficient de dépendance démographique est élevé. Il correspond à 84 personnes inactives (moins de 15 ans et 65 ans et plus) pour 100 personnes actives (15 à 64 ans).

La population s'accroît au rythme de 2,5% par an avec un doublement de l'effectif tous les 25 ans environ. L'espérance de vie à la naissance est de 54 ans (MSP, Janvier 2009). L'indice synthétique de fécondité estimé à 5,3 enfants par femme est beaucoup plus élevé en milieu rural (6,4 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants par femme) (MSP, Janvier 2009).

Le Sénégal est parmi les pays les plus urbanisés d'Afrique sub-saharienne avec un taux d'urbanisation de 45,2%, la population urbaine est de 5 824 977 habitants, avec une forte disparité spatiale ; l'essentiel de la population étant concentré dans la partie occidentale du pays. La région de Dakar abrite 23% de la population totale alors qu'elle ne couvre que 0,3% de la superficie nationale (ANSD, Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'agriculture et de l'élevage (RGPHAE), Mars 2014).

La population du Sénégal est essentiellement musulmane (94%), on y trouve des chrétiens 4%, les animistes et autres religions représentent 2%.

### **1.1.4 Caractéristiques socio-économiques**

L'économie du Sénégal continue de faire face à diverses contraintes parmi lesquelles on peut citer un environnement des affaires peu attractif et la dépendance de la production agricole à la pluviométrie.

Le secteur informel contribue à hauteur de 55% au Produit Intérieur Brut (PIB) et est considéré comme un secteur refuge, permettant de capter toutes les initiatives de création d'emplois.

De multiples contraintes expliquent la prépondérance des facteurs d'exclusion sociale. Sur le plan des ressources humaines, les taux élevés de chômage et de sous-emploi sont les signes les plus évidents. En effet, il n'y aurait qu'une personne sur cinq (1/5) qui travaille à plein temps au Sénégal (SNDES, Octobre 2012).

D'après les résultats provisoires de la deuxième enquête de suivi de la pauvreté au Sénégal en 2010-2011, la pauvreté monétaire est plus élevée en zone rurale avec une proportion de 57,3% contre 26,1% à Dakar et 41,3% dans les autres zones urbaines.

Le taux net de fréquentation scolaire (TNF) est de 51,1% au niveau primaire et de 24,5% au niveau secondaire (ANSD, Enquête Démographique et de Santé continue au Sénégal (EDS-Continue) 2012-2013, Juillet 2013). Il apparaît que 65,2 % des hommes et 39,9% des femmes sont alphabétisés.

### **1.1.5 Organisation sanitaire du Sénégal**

#### **1.1.5.1 Politique sanitaire**

La politique de santé trouve son fondement dans la Constitution Sénégalaise qui garantit le droit à la santé en son article 8 et dispose en son article 17 que «...l'Etat et les Collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier, des personnes handicapées et des personnes âgées. L'Etat garantit aux familles en général et à celles vivant en milieu rural en particulier l'accès aux services de santé et au bien être... ».

La politique de santé reste basée sur les soins de santé primaires et prend en compte les engagements internationaux du Sénégal vis-à-vis des organisations sous régionales, régionales et mondiales en matière de santé dont les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), la réalisation des objectifs prioritaires du Document de Politiques Economiques et Sociales (DPES) révisé, devenu Stratégie Nationale de Développement Economique et Social

(SNDES) 2013-2017. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2009-2018 opérationnalise la politique de santé.

Cette politique de santé s'articule autour des points suivants (MSP, Janvier 2009) :

- accès aux soins de santé de qualité garanti à toute la population quel que soit le statut socio-économique ;
- approfondissement de la décentralisation et de la gouvernance sanitaire locale ;
- promotion de la couverture de l'assurance du risque maladie ;
- protection des groupes vulnérables ;
- renforcement du partenariat public-privé ;
- promotion de la multisectorialité ;
- alignement de l'aide extérieure aux priorités sanitaires nationales ;
- culture de la gestion axée sur les résultats.

### **1.1.5.2 Pyramide sanitaire du Sénégal**

C'est un système mixte reposant sur une offre de soins publique, privée et confessionnelle. Il repose sur une organisation pyramidale classique à trois niveaux : périphérique (le district sanitaire), intermédiaire (la région médicale) et nationale (le niveau central).

#### **a. Niveau périphérique (District sanitaire)**

Le district sanitaire correspond au niveau opérationnel de la pyramide sanitaire où s'applique la médecine dans son aspect quadridimensionnel : curatif, préventif, social et éducatif. Le district est constitué d'un ou de plusieurs centres de santé et englobe un réseau de postes de santé eux-mêmes supervisant les cases de santé et les maternités rurales.

Le district sanitaire est sous la responsabilité d'un médecin chef. Ce dernier dirige une Equipe Cadre de District (ECD) composée au minimum d'un superviseur chargé du suivi des Soins de Santé Primaires (SSP), d'un superviseur de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale, d'un superviseur du Programme Elargi de Vaccination (PEV) et d'un point focal nutrition. C'est à ce niveau que beaucoup de programmes de santé sont exécutés.

#### **b. Niveau intermédiaire (Région médicale)**

La région médicale, dont l'aire correspond à celle de la région administrative, a six missions :

- assurer l'inspection et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées de la région ;
- organiser la collaboration technique entre toutes les structures régionales de santé ;
- assister les structures régionales de santé dans leurs tâches d'administration, de gestion et de planification ;
- organiser la formation continue des personnels sanitaires de la région, y compris le personnel communautaire ;
- assurer l'appui aux activités des districts sanitaires ;
- assurer le traitement statistique des données sanitaires de la région.

Elle est dirigée par un médecin chef de région qui est le principal animateur de l'équipe cadre composée de l'ensemble des chefs de services régionaux. La Région dispose d'une Brigade d'hygiène et des bureaux dont celui chargé de l'Alimentation, la Nutrition et la survie de l'enfant.

#### **c. Niveau central**

Le niveau central regroupe, outre le Cabinet du Ministre, un Secrétariat Général, des Directions et des Services rattachés.

### **1.1.5.3 Référence et contre référence**

La référence et la contre référence posent quelques problèmes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les facteurs évoqués sont surtout liés à la prise de décision, au transport, à la coordination entre les différents niveaux (système d'information sanitaire) et au plateau technique performant. Il y a un acquis avec la disponibilité des ambulances des districts.

### **1.1.5.4 Infrastructures sanitaires**

En 2012, le Sénégal compte :

- 35 hôpitaux ;
- 89 centres de santé dont 20 sont en réalité des postes de santé faisant office de centre de santé ;
- 1 257 postes de santé dont 1 035 fonctionnels;
- 1 703 cases de santé.

Cependant, en termes de couverture en infrastructures sanitaires, le Sénégal n'a pas encore atteint les normes<sup>1</sup> préconisées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Le secteur privé compte 1 hôpital privé confessionnel, 32 cliniques, 70 maternités, 131 cabinets médicaux et 77 postes de santé privés, 843 officines de Pharmacie, 4 Grossistes répartiteurs, 3 Industries pharmaceutiques et l'Institut Pasteur de Dakar devenu Fondation de droit sénégalais en décembre 2008 et qui fabrique le vaccin anti-amaril. A cela s'ajoute l'offre de santé des Organisation Non Gouvernementale (ONG) et des Associations. Il convient de signaler l'existence d'une offre privée en matière d'aide au diagnostic avec 12 laboratoires privés d'analyses médicales dont 10 à Dakar et une dizaine de services d'imagerie à Dakar.

Au Sénégal, la volonté politique de promouvoir la médecine traditionnelle s'est manifestée depuis fort longtemps. Avec l'introduction de Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) et l'élaboration des textes réglementant la pharmacopée traditionnelle.

### 1.1.5.5 Ressources humaines

Le ratio personnel médical, paramédical et population est loin d'être atteint. Le déséquilibre est plus important au niveau des zones rurales.

Le tableau I donne les efforts réalisés dans le développement du personnel par catégorie socioprofessionnelle.

Tableau I : Couverture de la population du Sénégal en personnel médical. Source PNDS 2009-2018

Catégorie socioprofessionnelle	Normes OMS	Couverture atteinte en 2007
Médecins	1 pour 10 000 habitants	1 pour 11 000 habitants (y compris le secteur privé)
Infirmiers	1 pour 300 habitants	1 pour 4 200 habitants
Sages femmes d'état	1 pour 300 Femmes en Age de Reproduction (FAR)	1 pour 4 000 habitants

<sup>1</sup> Normes OMS : 1 poste de santé pour 10 000 habitants ; 1 centre de santé pour 50 000 habitants et 1 hôpital pour 150 000 habitants.

Cette situation découle essentiellement de trois facteurs :

- insuffisance des effectifs admis au niveau des structures de formation notamment dans les Universités ;
- non maîtrise du processus de recrutement dans la fonction publique qui est de la compétence du Ministère en charge qui, en définitive, décide du calendrier et de la nature du personnel à recruter ;
- insuffisance des mesures incitatives pour fidéliser le personnel et réussir une meilleure répartition géographique.

Pour pallier à ce déficit, le gouvernement procède régulièrement au recrutement du personnel médical et paramédical.

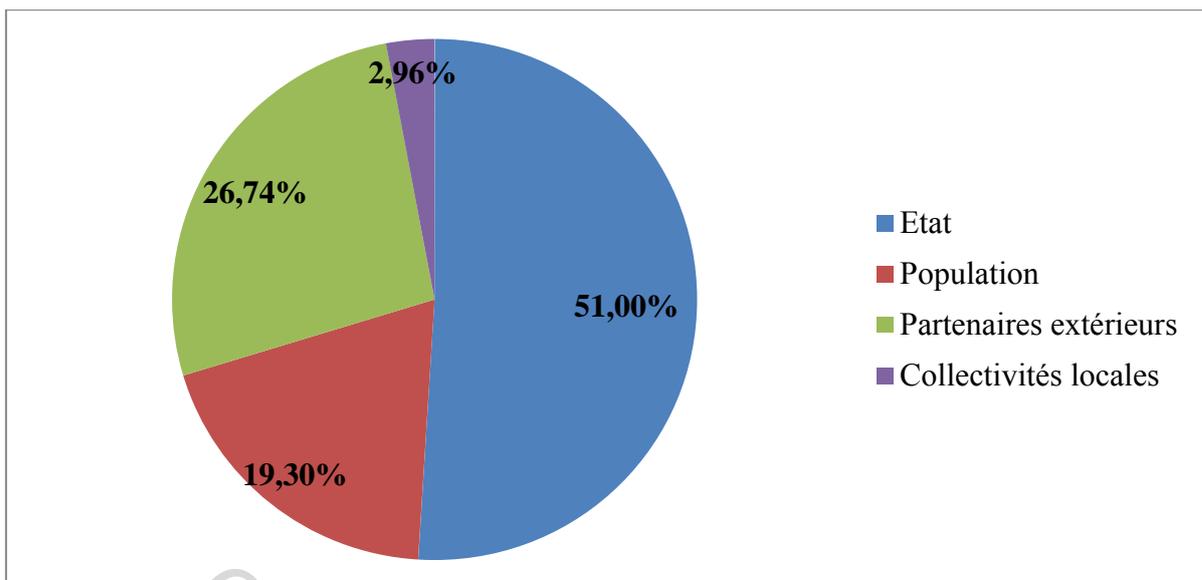
#### **1.1.5.6 Financement du système de santé**

Le financement provient de l'état, de la population, des partenaires au développement et des collectivités locales. L'Etat est le principal pourvoyeur en ressources financières du secteur de la santé dans la mise en œuvre du PNDS 2009-2018.

On note la contribution suivante des différents acteurs dans la mise en œuvre du PNDS 1998-2007 (MSP, Janvier 2009):

- Etat 51,00% ;
- population 19,30% ;
- partenaires extérieurs 26,74% ;
- collectivités locales 2,96%.

La figure 2 représente la contribution des différents acteurs dans la mise en œuvre du PNDS 1998-2007.



**Figure 2 : Participation des acteurs dans la mise en œuvre du PNDS 1998-2007**

### 1.1.6 Situation nutritionnelle du Sénégal

L'enquête SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions) conduite par la CLM en 2012 donne la situation nutritionnelle du Sénégal. Les résultats se présentent comme suit :

- La prévalence de Malnutrition Aiguë Globale (MAG) au niveau national est de 8,8%. Au niveau départemental, Ranérou, Podor et Kanel enregistrent les prévalences les plus importantes et supérieures au seuil critique de 15%.
- Les départements de Tamba, Goudiry, Bakel, Kidira, Koumpentoum, Kanel, Ranérou, Matam et Koungueul présentent des prévalences de Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) de plus de 2%.
- Au total, 16 départements ont dépassé le seuil des 10% de MAG. Seuls trois départements ont des prévalences en deçà du seuil de 5%.
- La malnutrition chronique touche 15,5% des enfants de 0-59 mois. Dans tous les départements, la prévalence de la malnutrition chronique globale (MCG) est en dessous du seuil d'alerte de 40% fixé par l'OMS. Seuls les départements de Saraya et de Medina Yoro Foulah sont dans une situation nutritionnelle élevée car les prévalences de MCG observées sont supérieures à 20%.

- La prévalence de l'insuffisance pondérale au niveau national est de 14,50%. Toutefois, au niveau départemental les prévalences de l'insuffisance pondérale globale sont en dessous du seuil d'alerte de 30%.
- La prévalence de la diarrhée au niveau national est de 26,3% chez les enfants de 0-59 mois. Cette prévalence est plus élevée dans le département de Salémata où 40% des enfants sont affectés. Au total 16 départements enregistrent des prévalences de plus de 30%.
- La proportion de ménages consommant du sel iodé est de 57,7%. Au niveau départemental, la consommation varie entre 96% et 14%. La proportion de ménages consommant du sel iodé est plus faible dans les départements de Kaffrine, Guinguinéo, Malem Hodar et Goudomp.
- La situation des carences en micronutriments chez les enfants âgés de moins de 5 ans donne une prévalence de l'anémie de 57.7%, une carence en iode de 54.7%, une carence en zinc de 50.1% et une carence en vitamine A de 24.4%.

### **1.1.7 Principaux indicateurs de santé<sup>2</sup>**

L'état de santé de la population Sénégalaise est très précaire, en raison notamment des chocs exogènes. Mais il y a des progrès selon l'EDS-continue 2012-2013.

- Taux d'urbanisation 45% ;
- Espérance de vie à la naissance 54 ans ;
- Indice synthétique de fécondité (Nombre moyen d'enfants par femme) 5,3 ;
- Taux de prévalence de la méthode contraceptive moderne 16% ;
- Taux de mortalité infanto juvénile (0-4 ans révolus) 65 ‰ ;
- Pourcentage d'enfants âgés de 12-23 mois complètement vaccinés 70% ;
- Taux de prévalence du VIH/SIDA 0,7%.

---

<sup>2</sup> EDS-Continue 2012-2013 p44-65

### 1.1.8 Politique de nutrition au Sénégal<sup>3</sup>

Depuis 1960, quatre générations de politiques de nutrition se sont succédées au Sénégal, différenciées par des points de rupture tels que le changement de contexte global et local, les stratégies des acteurs de la nutrition et l'état des savoirs.

- La première génération de politiques publiques (1960-1973) n'avait pas élaboré de projets et programmes de nutrition en tant que tel. Le Gouvernement avait inscrit des activités d'étude et de recherche sur les produits locaux en vue d'une meilleure alimentation des populations et avait confié ces activités à trois structures publiques : l'Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition en Afrique (ORANA), l'Institut de Technologie Alimentaire (ITA) et le Bureau National d'Alimentation et de Nutrition (BNAN). La situation nutritionnelle à l'époque ne nécessitait pas des interventions nutritionnelles proprement dites. Par contre, des études avaient établi l'existence d'une "transition" en matière de comportements alimentaires pouvant accentuer la malnutrition. Le premier but de la politique publique était de freiner, puis d'inverser les tendances négatives dans les comportements par la promotion des produits locaux et par l'éducation à la nutrition. Les résultats de cette première génération n'étaient pas concluants. L'ITA n'avait pas réussi son projet de transformation et de promotion des produits locaux. Aussi, les tendances négatives dans les comportements alimentaires s'étaient renforcées.
- La deuxième génération de politiques publiques (1973-1994) correspondait à une situation de fragilisation de la situation nutritionnelle notamment avec la survenue de deux grandes sécheresses dans les pays du Sahel en l'espace de 10 ans. Elle correspondait aussi à une époque pendant laquelle la distribution d'aliments et de suppléments était l'approche dominante de prise en charge des problèmes de malnutrition. Le ministère de la santé était l'acteur clé de cette génération de politiques de nutrition qui met en avant une approche curative qui correspondait à l'état des connaissances. L'avènement des Soins de Santé Primaires (SSP) avec la Déclaration de Alma Ata en 1978 avait contraint les acteurs de la nutrition à se rendre compte des limites des programmes de nutrition basés sur la distribution de suppléments alimentaires et à s'orienter progressivement vers les approches

---

<sup>3</sup> Comprendre les facteurs politiques et institutionnels conduisant au changement de politique de nutrition : le cas du Sénégal

préventives. La fin de cette période a été marquée par une certaine léthargie dans la mise en œuvre des programmes de nutrition.

- La troisième génération de politiques publiques (1994-2000) est apparue en réponse à une dégradation accentuée de la situation nutritionnelle dans l'ensemble du pays, suite à une quinzaine d'années d'ajustement structurel et à la dévaluation du franc CFA. Entre 1979 et 1991, le Sénégal a expérimenté deux programmes d'ajustement: le programme de stabilisation (1979-1984) et le programme d'ajustement à moyen et long terme (1985-1991). La politique de désengagement de l'Etat a eu pour effet la marginalisation du secteur public et le ralentissement de ses activités et la réduction des budgets des secteurs sociaux comme l'éducation et la santé. Cette nouvelle génération devait aussi bénéficier de la nouvelle conception de la nutrition articulée autour de l'approche multisectorielle et l'approche communautaire. Elle devait tenir compte des objectifs de la décentralisation qui exalte la participation des populations aux tâches de développement.

Ces trois éléments du contexte expliquent les choix majeurs du Projet de Nutrition Communautaire (PNC) qui est le programme phare de cette troisième génération :

- la responsabilisation de l'Agence pour l'Exécution des Travaux d'Intérêt Public (AGETIP) pour la gestion du programme à la place du Ministère de la Santé;
- le système de contractualisation avec des Organisations Communautaires de Base (OCB) pour exécuter le projet ;
- la diversification des activités : en plus de la distribution de suppléments alimentaires, activité héritée de la deuxième génération, le projet assurait des activités de suivi-promotion de la croissance, d'éducation nutritionnelle et d'approvisionnement en eau potable.

Avec la troisième génération de politiques de nutrition, en plus du Projet de Nutrition Communautaire (PNC), le Ministère de la Santé a pu tester la faisabilité d'approches novatrices comme le Paquet d'Activités Intégrées de Nutrition (PAIN). Il a aussi réussi à mettre en place les programmes d'allaitement maternel, de lutte contre les maladies diarrhéiques, d'iodation du sel, de supplémentation en vitamines A des enfants âgés de 6 à 59 mois à travers l'institutionnalisation des Journées Nationales de Vaccination (JNV) et les Journées Nationales de Micronutriments (JNM). Le PNC participait à ces journées.

- La quatrième et dernière génération de politiques publiques de nutrition (à partir de 2001) correspond à un contexte dans lequel le Gouvernement a adopté une politique plus volontariste de développement en général. Dans le domaine de la nutrition la nouvelle démarche s'appuie sur quatre initiatives majeures :
  - le passage de l'approche projet à l'approche programme ;
  - la définition d'un cadre pour toutes les politiques nationales (Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté DSRP) et la mise en cohérence de la politique de nutrition avec cette stratégie générale de sortie de la pauvreté ;
  - l'intégration des dernières connaissances en matière de lutte contre la malnutrition ;
  - le recours à l'approche préventive et communautaire.

Elle est mise en œuvre par la Cellule de lutte contre la malnutrition (CLM) en collaboration avec le Bureau Exécutif National (BEN), les Bureaux Exécutifs Régionaux (BER), les Agences d'exécution communautaires (AEC), les collectivités locales et les ministères techniques (Santé, Finance, Education, Famille, Petite enfance, Formation Professionnelle, Agriculture).

En termes de lutte contre la malnutrition, l'objectif du DSRP est d'atteindre les OMD en 2015, grâce à la mise en œuvre du Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN).

Il existe une volonté politique des autorités gouvernementales d'inscrire la nutrition dans leurs préoccupations de développement, un cadre institutionnel prenant en considération tous les aspects liés à la politique nationale de nutrition (définition, mise en œuvre et coordination).

## **1.2 Analyse de l'environnement interne**

L'étude est menée dans le Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) logé à la CLM sise à la Rue 7, point E-BP : 45001 Dakar Fann-Sénégal. Le PRN est exécuté par des agences d'exécution communautaire (AEC) dans des districts sanitaires. Le terrain d'étude est le district sanitaire de Kolda au Sénégal. Dans ce contexte le stage est effectué au Bureau Exécutif Régional de Kolda (BER). Childfund est l'AEC chargé d'exécuter le PRN dans le district sanitaire de Kolda.

## 1.2.1 Présentation du district sanitaire (DS) de Kolda

### 1.2.1.1 Situation géographique

Le district sanitaire de Kolda couvre tout le département de Kolda. Situé au sud du Sénégal, il est limité :

- au nord par le département de Médina Yoro Foulah,
- au sud par la République de Guinée Bissau,
- à l'est par le département de Vélingara,
- à l'ouest par le département de Sédhiou.

Il s'étend sur une superficie de 3741 Km<sup>2</sup>.

La figure 3 représente la carte du district sanitaire de Kolda.

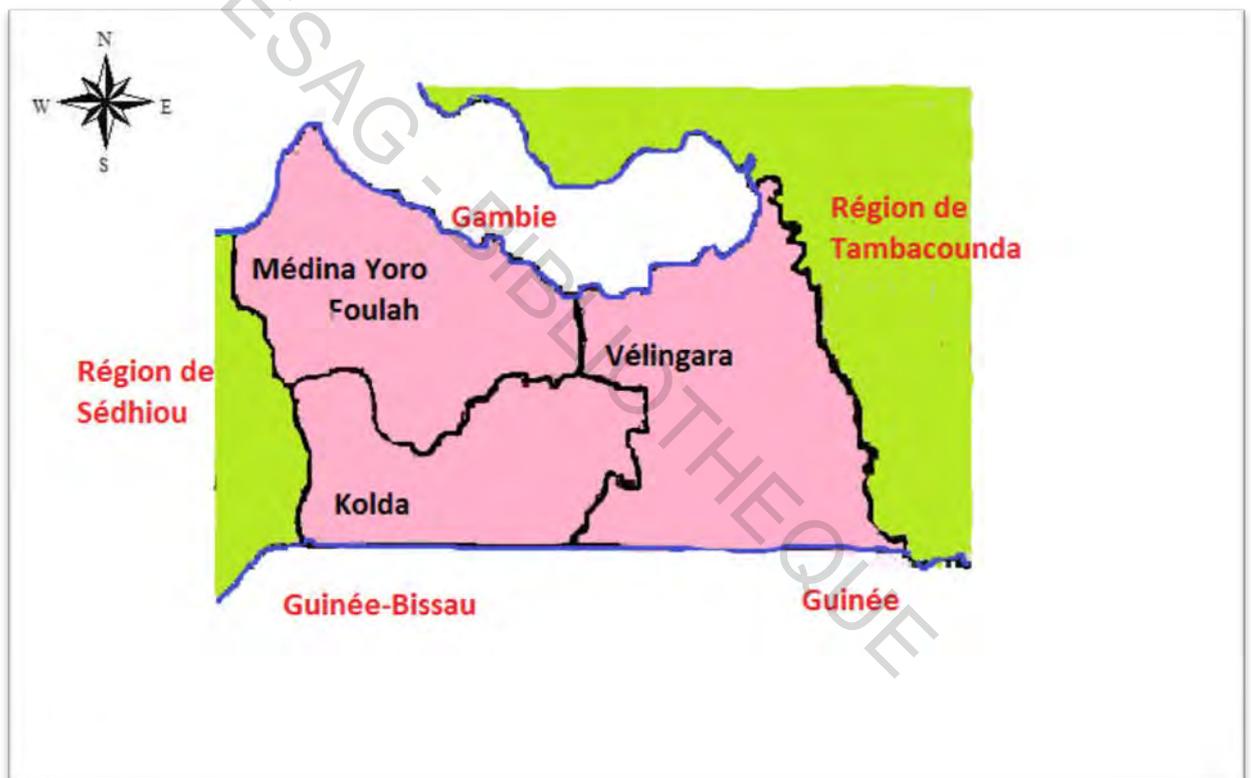


Figure 3 : Carte du district sanitaire de Kolda. Source <http://www.koldanews.sn>

### 1.2.1.2 Mission

La mission du district sanitaire est de couvrir les besoins en soins curatifs, promotionnels et préventifs de qualité de la population de son aire de responsabilité.

### 1.2.1.3 Caractéristiques administratives

Le district sanitaire de Kolda couvre tout le département. Administrativement il comprend :

- 03 arrondissements (Dioulacolon, Mampatim, Saré Bidji.),
- 11 communautés rurales,
- 04 communes,
- 750 villages officiels.

NB : On note 170 km de routes butinées et 260 km de piste.

#### 1.2.1.4 Données sociodémographiques

Le district sanitaire de Kolda couvre une population de 242 743 habitants.

La population est estimée à 249 280 habitants en 2014 (source SNIS<sup>4</sup>), soit une densité de 64,26 habitants au km<sup>2</sup> avec un taux d'accroissement annuel de 2,54% et un taux d'urbanisation de 21%. Cette population essentiellement composée de jeunes (52%), est inégalement répartie entre les trois arrondissements.

Le tableau II donne les caractéristiques sociodémographiques de la population du district sanitaire de Kolda.

**Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques du district sanitaire de Kolda**

FAR	Grossesses Attendues	Enfants 0-11 mois	Enfants 0-24 mois	Enfants 0-36 mois	Enfants 0-59 mois	Enfants 6-59 mois	Enfants 12 – 59 mois	Enfants 0-14 ans	Enfants 0-25 ans	3 <sup>ème</sup> AGE
55 291	9 375	9 375	18 655	36 780	46 636	41 975	37 778	113 706	139 429	12 020

#### 1.2.1.5 Caractéristiques sanitaires

##### a. Infrastructures

Le district sanitaire de Kolda compte :

- 01 Hôpital régional,
- 01 Centre de santé,
- 18 postes de santé,

<sup>4</sup> SNIS : Service National d'Information sanitaire

- 16 Maternités rurales,
- 68 Cases de santé,
- 01 Infirmerie de Garnison,
- 01 CPRS,
- 05 Dispensaires municipaux,
- 01 Antenne Association Sénégalaise pour le Bien Etre Familial (ASBEF),
- 02 Dispensaires privés (Dispensaire privée catholique DPC et Association des Musulmans de l'Afrique AMA),
- 01 Infirmerie à la Maison d'Arrêt et de Correction (MAC),
- 01 Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle (CREN),
- 01 Infirmerie des Sapeurs pompiers,
- 09 Officines privées,
- 01 Cabinet médical privé,
- 02 Cabinets paramédicaux,
- 01 Centre Conseil des Adolescents (CCA),
- 01 Caisse de Sécurité Sociale (CSS).

NB : Les collectivités locales financées par la CLM comptent 18 sites communautaires fonctionnels.

### **b. Ressources humaines**

Le district sanitaire de Kolda compte :

- 04 Médecins : 2 au centre de santé dont 1 recruté par le comité de santé, 1 au CMG et 1 du cabinet privé,
- 01 Chirurgien dentiste,
- 03 Techniciens supérieurs de santé (ophtalmo, labo, radio),
- 14 Sages-femmes d'Etat,
- 10 Infirmiers d'Etat (05 en milieu rural, 04 au centre de santé et 01 contractuel),
- 03 Infirmiers confessionnels au CREN et dispensaire catholique,
- 15 Assistants infirmiers dont 03 contractuels,
- 01 Agent sanitaire,

- 04 Infirmiers brevetés,
- 07 Agents d'hygiène.

Au niveau communautaire le district de Kolda compte :

- 332 Relais communautaires,
- 121 Agents de Santé Communautaire (ASC),
- 28 Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC),
- 132 Matrones,
- 26 Dépositaires,
- 23 Autres personnels communautaires du centre de santé dont 03 chauffeurs.

L'analyse des ratios fait ressortir que le district sanitaire de Kolda compte :

- 01 médecin pour 60 099 habitants,
- 1 chirurgien dentiste pour 249 280 habitants,
- 1 technicien supérieur en ophtalmo pour 249 280 habitants,
- 1 technicien supérieur en imagerie médicale pour 249 280 habitants,
- 1 technicien supérieur de laboratoire pour 249 280 habitants,
- 01 Infirmier pour 8.586 habitants,
- 1 Sage Femme d'Etat (SFE) pour 5 529 FAR.

Le besoin en infrastructure et personnel est loin d'être atteint.

### **c. Partenaires**

Les partenaires du district sanitaire de Kolda sont :

Comites de sante ; collectivités locales ; UNICEF ; USAID ; JICA ; World Vision ; Fankanta ; UNFPA ; OFAD – NAFORE ; PRN/CF KOLDA ; PSIDEL ; Croix Rouge ; OCB ; AMREF ; PAM.

## **1.2.2 Présentation de la Division de l'Alimentation et de la Nutrition (DAN)<sup>5</sup>**

La division comprend :

- le Bureau de l'Alimentation et Codex ;

---

<sup>5</sup> Rapport provisoire : diagnostic institutionnel et organisationnel de la Division de la santé de la reproduction et survie de l'enfant (DSRSE)

- le Bureau de service nutritionnel ;
- le Bureau secrétariat et parc automobile.

Elle a deux principales missions :

- élaborer la politique de nutrition et d'alimentation,
- apporter de l'assistance et de l'appui à la mise en œuvre de la surveillance nutritionnelle ainsi qu'aux mesures de lutte contre la malnutrition.

Sur le plan de la planification et de la gestion des activités, la DAN dispose d'un Plan de Travail Annuel (PTA) qui a été élaboré selon une démarche participative et inclusive. Le PTA déjà validé et en cours d'exécution.

Sur le plan Suivi et Evaluation (S&E) des activités, la DAN dispose d'un cadre de performance pour le suivi des activités qui prend en compte les indicateurs selon le niveau des résultats attendus (extrants, effets, et impact). La DAN élabore des rapports mensuels pour le suivi des activités.

### **1.2.3 Présentation de la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM)<sup>6</sup>**

La Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM) dont le slogan est « *agissons pour l'avenir* » a été créée par le décret N° 2001 – 770- du 5 octobre 2001. Elle est placée sous l'autorité du Premier Ministre, elle apporte son assistance technique dans la définition et la mise en œuvre de la politique nationale de nutrition. Elle est composée de représentants de ministères techniques clés impliqués dans la nutrition, d'élus locaux, de représentants d'Organisation Non Gouvernementale (ONG) et de la société civile.

#### **1.2.3.1 Vision**

La vision de la CLM est : « Un pays où chaque individu a un statut nutritionnel satisfaisant et adopte un comportement adéquat pour son bien-être et pour le développement de la communauté ».

#### **1.2.3.2 Missions**

De façon plus spécifique, la Cellule de Lutte contre la Malnutrition a plusieurs missions :

---

<sup>6</sup> Site web de la cellule de lutte contre la malnutrition <http://www.clmsn.org>

- assister le Premier Ministre dans la définition de la politique et des stratégies nationales en matière de nutrition ;
- mettre en œuvre des projets et programmes nationaux de nutrition ;
- s'assurer de l'effectivité des engagements pris dans le cadre de la lettre de politique de développement de la nutrition du Gouvernement ;
- mettre en place un cadre de concertation entre les ministères et entités en charge des politiques de nutrition notamment les Organisation Non Gouvernementale (ONG) et les Organismes Communautaires de Base (OCB) ;
- développer une bonne synergie avec les autres programmes de lutte contre la pauvreté en général ;
- favoriser la mise en place de capacités nationales pour la conduite efficace de programmes de nutrition ;
- favoriser une politique d'Information, d'Education et de Communication sur la nutrition ;
- recueillir, les rapports d'activités des programmes réalisés par les différents Ministères, les ONG et les OCB.

Pour assurer la mise en œuvre des interventions de nutrition communautaire dans les 14 régions, la CLM s'est dotée d'un Bureau Exécutif National (BEN) chargé de la gestion des programmes et projets. Le BEN s'appuie sur les Bureaux Exécutifs Régionaux (BER) qui se chargent du suivi et de la coordination des activités de nutrition communautaire en partenariat avec les collectivités locales, et les Agences d'Exécution communautaire (AEC). Cette plateforme constitue le cadre d'incubation et d'activation de la mise en œuvre de tous les programmes et projets qu'elle exécute.

### **1.2.3.3 Fonctionnement**

La CLM se réunit une fois par trimestre et assure le suivi des activités des programmes à travers des missions trimestrielles sur le terrain. Dans le cadre de ses activités, la CLM est assistée par les comités techniques consultatifs, et le BEN. Ce bureau a pour mandat d'assister la CLM : *(i)* dans la définition de la politique nationale de nutrition, *(ii)* dans l'élaboration des stratégies appropriées pour l'exécution des programmes nationaux de nutrition et, *(iii)* dans la gestion des Programmes de Nutrition. Il élabore un plan d'actions et un budget annuels et les soumet à la CLM pour approbation. Il rend compte à la CLM à travers un rapport trimestriel. (CLM, Mai 2006).

### **1.2.3.4 Axes stratégiques**

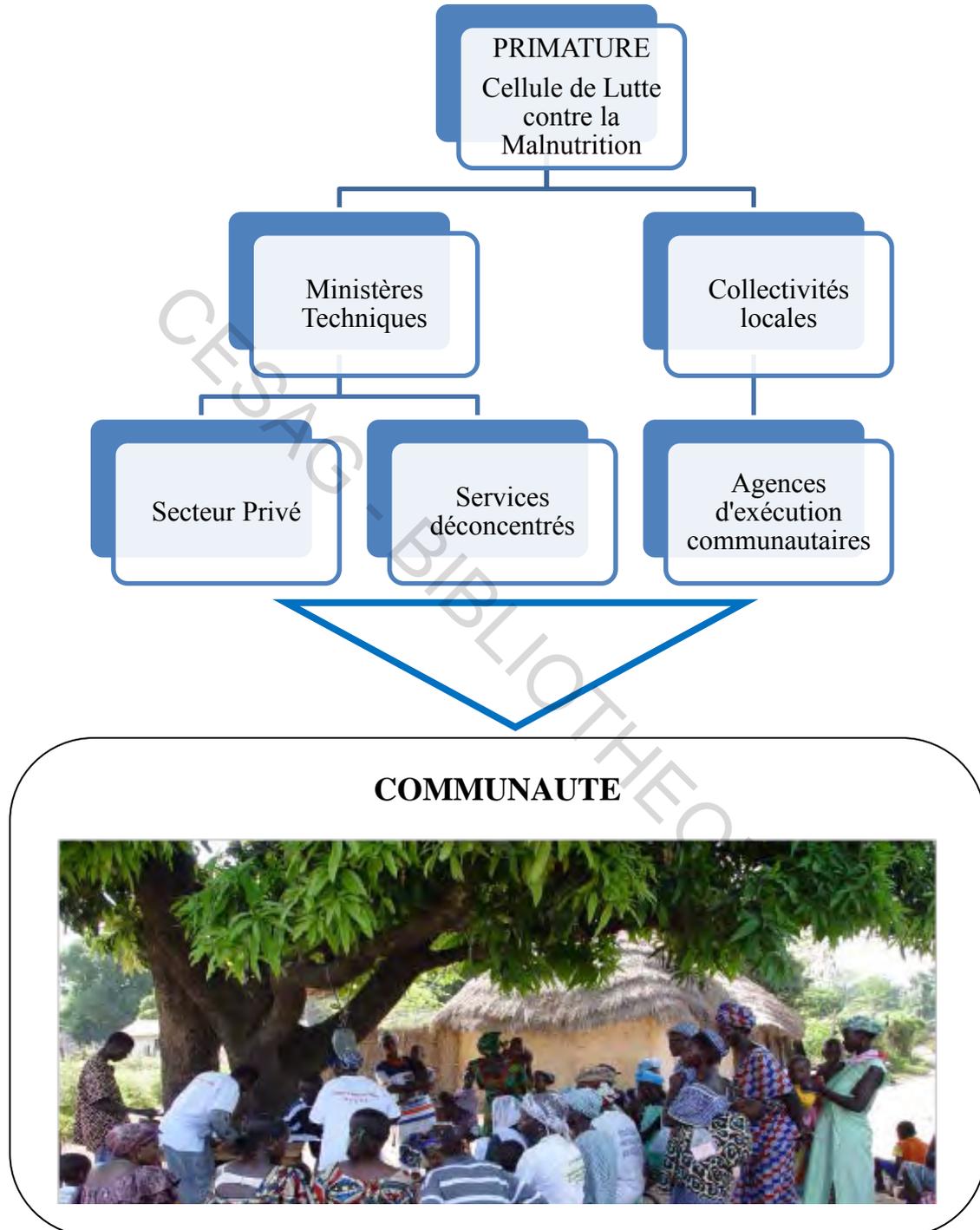
Le défi de la CLM reste l'amélioration de manière durable de la situation nutritionnelle de toute la population du pays en général et celle des enfants et des mères en particulier. Cette orientation majeure passe par la disponibilité des services de nutrition communautaire, l'accès à une alimentation adéquate des populations permettant de s'attaquer à des problèmes nutritionnels de santé publique, et la coordination des interventions. L'institutionnalisation de la nutrition au niveau des secteurs pertinents est le principe fondamental qui guide l'action de la CLM dans un souci plus accru de pérennisation soutenue par les communautés de base.

Trois axes stratégiques sont investis :

- nutrition communautaire ;
- interventions sectorielles en faveur de la nutrition ;
- renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles.

### 1.2.3.5 Schéma institutionnel<sup>7</sup>

Pour mettre en œuvre ses activités, la cellule de lutte contre la malnutrition s'appuie sur le schéma institutionnel résumé par la figure 4.



**Figure 4: Schéma institutionnel de mise en œuvre du PRN**

<sup>7</sup>Programme de Renforcement de la Nutrition : Plan stratégique Phase II 2006-2011

Ce schéma institutionnel:

- facilite la coordination des interventions des secteurs ;
- renforce la responsabilisation des différentes parties prenantes ;
- facilite la décentralisation de la gestion des interventions axée sur les résultats (planification et suivi de la mise en œuvre par le niveau local).

La CLM met en œuvre trois programmes et un projet.

- Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) ;
- Programme de Renforcement de la Fortification des Aliments ;
- Programme d'Appui à la Sécurité Alimentaire des ménages Vulnérables (PASAV)
- Projet d'iodation universelle du sel au Sénégal.

#### **1.2.4 Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN)<sup>8</sup>**

Le PRN associe une pluralité d'acteurs constituée de ministères, organisations de la société civile (ONG et OCB) et Collectivités Locales (CL) avec un système d'information fiable et pertinent qui permet de surveiller régulièrement la situation des enfants dans tous les sites d'intervention.

##### **1.2.4.1 Contexte**

La situation nutritionnelle en 2001 avec les effets conjugués de la conjoncture internationale restait une préoccupation nationale et justifiait la volonté politique du gouvernement et de la société civile pour renforcer les campagnes de prévention et de prise en charge de la malnutrition avec l'appui des partenaires au développement.

En outre, les enquêtes « Multiple Indicator Cluster Survey » (MICS I et II) ont révélé une précarisation accrue de la situation de la maigreur (poids/taille) chez les enfants âgés de moins de cinq ans, avec une prévalence qui est passée de 6,7% à 8,3%, dans l'ensemble du pays. Cette détérioration était plus importante en zone rurale où 9,3% des enfants souffraient de maigreur.

Au sujet des carences en micronutriments, les données parcellaires disponibles au Sénégal montraient que les carences en fer, en vitamine A et en iode constituaient des problèmes nutritionnels. Il s'agissait pour le Sénégal de renforcer la lutte contre la malnutrition

---

<sup>8</sup> (CLM, Mai 2006)

protéinoénergétique et les carences en micro nutriments (fer, vitamine A, iode) selon une approche programme de résolution de ces problèmes nutritionnels au niveau des bénéficiaires.

#### **1.2.4.2 Objectifs**

Le PRN a deux principaux objectifs.

- Améliorer la croissance des enfants âgés de 0 à 5 ans, vivants dans les zones urbaines ou rurales pauvres du Sénégal.
- Renforcer les capacités institutionnelles et organisationnelles pour mettre en œuvre et évaluer des interventions de nutrition.

#### **1.2.4.3 Stratégies**

Les stratégies développées par le PRN s'articulent autour de deux axes complémentaires.

- La promotion de l'intégration des objectifs nutritionnels dans les plans des Ministères Techniques impliqués dans la nutrition.
- La mise en œuvre d'interventions axées sur les femmes enceintes ou allaitantes et les enfants âgés de moins de 5 ans, par le biais d'Agences d'Exécution Communautaires (AEC).

#### **1.2.4.4 Cibles**

Les cibles du PRN sont au nombre de trois :

- les enfants de moins de 5 ans ;
- les femmes enceintes et allaitantes ;
- les membres de la communauté.

#### **1.2.4.5 Phase du Programme**

Le PRN est divisé en trois phases :

- ***PHASE 1 - (2002 - 2006)***

Le but de la première phase consistait à tester des stratégies d'interventions communautaires de nutrition/PCIME et à préparer l'extension de ces interventions en zone rurale tout en consolidant les résultats acquis dans le précédent projet de nutrition communautaire (PNC).

- **PHASE 2 - (2007 - 2011)**

La deuxième phase a vu l'extension des interventions de nutrition et de PCIME communautaire, avec une amélioration des capacités de mise en œuvre, afin de toucher plus de 50% de la population rurale du pays.

- **PHASE 3 - (2012 - 2015)**

Il s'agit d'assurer une couverture nationale des interventions. A la fin du programme, le Sénégal disposera de mécanismes institutionnels effectifs et fonctionnels capables de fournir des services de nutrition coût/efficacités adaptés aux besoins et avec la participation des communautés et des autorités locales.

Les deux premières phases du PRN ont connu une réussite avec l'implication des autorités administratives et locales pour l'approbation des micros projets. Ceci a permis de garantir la transparence dans la gestion.

### **1.2.5 Présentation de l'Agence d'Exécution Communautaire (AEC) responsable de la zone<sup>9</sup>**

L'agence d'Exécution communautaire Childfund est chargée d'exécuter le programme de renforcement de la nutrition dans le district sanitaire de Kolda.

Le projet Community Actions Against Malnutrition (CAMA) est implanté dans le département de Kolda depuis 2003 en qualité d'agence d'Exécution Communautaire dans le cadre du Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN). Le projet appuie le district sanitaire dans la lutte contre la malnutrition chez les enfants âgés de 0 – 5 ans et les femmes enceintes ou allaitantes.

Childfund intervient dans la commune de Kolda et dans 6 communautés rurales : Tankanto Escale, Medina El Hadji, Dioulacolon, Saré Bidji, Thétty et Coumbacara. La population couverte par le programme est de 158 238 personnes sur une population totale du District qui est de 249 280 habitants. Les enfants de 0 – 5 ans représentent 30 698 (19.4%), les femmes en âge de reproduction (FAR) âgées de 15-49 ans 36 395 (23%) et les femmes enceintes 6 171 (4%) (CLM B. E., 2014).

---

<sup>9</sup> Proposition de Projet Community Actions Against Malnutrition à Kolda (CCF CAMA Kolda janvier 2009-Décembre 2010).

Le Projet a réalisé des progrès importants dans la première phase du PRN. Le taux de malnutrition qui était de 43% à l'étude de base est passé à 18%. La couverture en Surveillance Nutritionnelle et Pondérale (SNP) est passée de 19.6% à 68% ; 47% des mères ont pratiqué l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) contre 19.6%. La connaissance des avantages du colostrum est passée de 41% à 72.8%. La mise au sein précoce est passée de 32.6% à 59%. En plus 85.4% des femmes connaissent des signes de gravité des maladies de l'enfant. La couverture des Consultations Périnatales (CPN) est passée de 50.3% à 79.3%. Le taux d'accouchées récentes supplémentées en vitamine A est passée de 18.5% à 57.5%. Le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées est passé de 44% à 70.7%. Et 94.7% des femmes enceintes ont été supplémentées en fer (CCF, Octobre 2008).

### **1.3 Synthèse de l'environnement (Forces, Faiblesses)**

La mise en œuvre du PRN dans le district sanitaire de Kolda présente des forces et des faiblesses.

#### **1.3.1 Forces du PRN**

Les points forts du PRN comprennent :

- l'existence d'un cadre institutionnel formel ;
- l'existence de plan stratégique ;
- l'existence d'un organigramme fonctionnel ;
- le leadership de la CLM ;
- la coordination de toutes les interventions en nutrition par la CLM ;
- l'implication de la communauté dans la lutte contre la malnutrition ;
- la collaboration avec les autres secteurs (éducation, santé, finance, famille, agriculture...);
- la compétence du personnel ;
- l'existence de système de suivi et évaluation performant.

#### **1.3.2 Faiblesses**

Peuvent être considéré comme points faible :

- la participation insuffisante des collectivités locales dans l'appui et le suivi des acteurs communautaires.

## **CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE**

Ce chapitre énonce le problème, son ampleur et l'intérêt de l'étude.

### **2.1 Problématique**

#### **2.1.1 Contexte**

Depuis l'accession du Sénégal à l'indépendance en 1960, l'Etat du Sénégal a successivement mis en œuvre plusieurs réformes visant à lutter contre les problèmes liés à l'alimentation et la nutrition. Ainsi les projets et programmes de nutrition sont développés dans le pays.

Aujourd'hui la nutrition communautaire constitue un levier pour accroître la performance des programmes de lutte contre la malnutrition.

#### **2.1.2 Enoncé du problème**

En Juin 2012, une enquête nutritionnelle SMART réalisée par la CLM a révélé une situation très préoccupante dans 16 des 45 départements en termes de malnutrition aiguë avec des pics dans les départements de Kanel, Ranérou, Podor, Kaffrine et Tambacounda. Ces données donnaient une projection entre juin 2012 et juin 2013 d'environ 38 000 cas de Malnutrition Aigue Sévère (MAS), 280 000 cas de Malnutrition Aigue Modérée (MAM) et 650 000 enfants de moins de 5 ans en situation d'insécurité alimentaire et nutritionnelle.

Les faiblesses expliquant cette situation de la malnutrition sont :

- l'insécurité alimentaire,
- l'absence de pérennisation des acquis des projets de nutrition,
- la non participation des collectivités locales dans le financement et appui équipement des projets,
- faiblesse de la collaboration entre les agents de santé et les acteurs communautaires.

Dans le cadre de la lutte contre la malnutrition, la CLM met un accent particulier sur la participation communautaire. La CLM a expérimenté plusieurs stratégies qui ont fait des preuves. C'est le cas de la positive déviance, l'entraide avec des cercles de solidarité, la délégation des activités de suivi de la croissance des enfants aux acteurs de mise en œuvre communautaires, l'implication des « dahiras », le renforcement des équipements des sites communautaires, le choix des collectivités locales comme maître d'ouvrage des projets de nutrition, etc.

Ceci montre l'importance de la participation communautaire dans la lutte contre la malnutrition.

L'étude s'intéresse à la participation communautaire dans les activités du projet de nutrition des collectivités locales du district sanitaire de Kolda.

L'étude va tenter de répondre aux questions suivantes :

- La communauté a-t-elle été impliquée dans le recensement et l'appréciation des besoins ?
- Quel est le niveau de participation des différents acteurs communautaires ?
- A-t-on créé de nouvelles organisations pour répondre à des besoins déterminés ou s'est-on servi des structures existantes ?
- Les acteurs communautaires ont-ils joué les rôles définis par le plan stratégique du PRN ?
- Quelle a été la contribution de la collectivité dans les dépenses du projet ?
- Les décisions sont-elles l'apanage de spécialistes ou sont-elles prises avec la participation de membres de la collectivité ?
- Existe-t-il un partenariat fécond entre les différents acteurs ?
- Quels sont les problèmes rencontrés par la communauté ?
- Quels sont les problèmes liés à la participation communautaire ?
- Quels sont les solutions des problèmes rencontrés ?

### **2.1.3 Ampleur du problème**

La prévalence de la malnutrition sous toutes ses formes est instable au Sénégal avec des disparités entre zones rurales et urbaines.

Par rapport à la prévalence de la malnutrition aiguë globale, 16 départements ont atteint le seuil de 10% en 2012, soit 196 collectivités locales réparties dans 8 régions (Saint-louis, Matam, Tamba, Kaffrine, Diourbel, Kédougou, Kolda et Sédhiou).

Par rapport à la prévalence de l'insuffisance pondérale globale 12 départements ont atteint le seuil de 20%.

Par rapport à la prévalence de retard de croissance globale 2 départements (Médina Yéro foulah et Saraya) ont atteint le seuil de 30%.

Kolda fait parti des départements qui ont atteint le seuil de la prévalence de la malnutrition aigue. Un des départements de la région de Kolda a atteint le seuil de retard de croissance (30%).

### **2.1.4 Conséquences du problème**

La faible participation communautaire aux différentes activités des projets limite :

- l'appropriation du projet par la population ;
- la compréhension de l'impact des activités de lutte contre la malnutrition ;
- la pérennisation des acquis du projet ;
- l'adaptation des activités menées dans la mise en œuvre du projet ;
- la maîtrise du coût des interventions ;
- l'implication de la population ;
- la prise de décision par rapport aux initiatives communautaires en faveur de la lutte contre la malnutrition ;
- la maîtrise de la prévalence de la malnutrition.

La malnutrition, en plus de ses effets immédiats (souffrance et mortalité de l'enfant), a des effets à long terme, surtout si l'enfant est pris en charge tardivement. Un enfant victime de carences importantes en nutriments, particulièrement entre 0 et 5 ans, peut révéler plus tard à l'école des handicaps intellectuels (mémoire, faculté d'assimilation). La malnutrition a donc des répercussions graves sur la santé des enfants, leur développement futur et celui de la société. Les effets sont aussi regrettables sur l'embryon, le nouveau-né, la femme enceinte ou allaitante.

C'est pourquoi, il est important d'œuvrer dans la lutte contre la malnutrition. Dans l'étude il s'agira d'identifier les problèmes liés à la PC, de les analyser et de proposer des solutions en vue de contribuer à l'amélioration de la participation communautaire dans le projet de nutrition des collectivités locales du district sanitaire de Kolda.

## **2.2 Intérêt et justification**

### **2.2.1 Intérêt de l'étude**

#### **2.2.1.1 Pour le PRN**

Depuis l'adoption de l'approche programme, le PRN dans sa stratégie met un accent particulier sur l'implication de la communauté. Ainsi la mise en œuvre des interventions de nutrition communautaire est confiée aux collectivités locales. Cette étude permettra au PRN et à ses collaborateurs d'avoir des informations sur l'ampleur de la participation communautaire dans le projet de nutrition des collectivités locales du district sanitaire de Kolda.

#### **2.2.1.2 Pour le Centre Africain d'Etude Supérieure en Gestion (CESAG)**

A l'instar des autres études menées dans le cadre du management des services de santé, la présente constituera également, pour le CESAG, un nouvel outil pédagogique. Elle contribuera aussi à l'approfondissement des recherches sur la participation communautaire dans les programmes de santé notamment ceux à base communautaire, de lutte contre la malnutrition.

#### **2.2.1.3 Pour le stagiaire**

Cette étude est effectuée dans le cadre du stage devant aboutir à la rédaction de mémoire de fin de formation en Master Business Administration (MBA) Gestion des Services de Santé (GSS) option Gestion des Programmes de Santé (GPS). Elle présente, pour le stagiaire, une grande importance sur le plan professionnel. En effet elle se veut un exercice d'application pour mettre en pratique la formation reçue au CESAG dans le cadre de la gestion des programmes de santé.

Elle permet de dérouler une méthodologie de résolution de problème sur un thème de gestion des programmes de santé.

Elle sera aussi une forme de contribution dans la gestion du Programme de Renforcement de la Nutrition au Sénégal.

### **2.2.2 Justification**

La déclaration d'Alma Ata 1978 sur les soins de santé primaires notait le rôle important que devrait jouer la communauté dans la résolution de leurs problèmes de santé.

Au Sénégal entre les mois de juillet 2004 et décembre 2005 le pourcentage de malnutrition aigüe modéré chez les enfants de moins de 3 ans est passé de 27% à 10% dans les zones d'intervention du PRN soit une baisse de 62%, là où l'objectif de la phase était de 25%. Cela est dû à l'encouragement des initiatives communautaires mis en place par les AEC.

Les interventions en nutrition se font au niveau communautaire à travers la prise en charge des maladies de la mère et de l'enfant. Les trois objectifs spécifiques en matière d'alimentation et de nutrition sont assurés à 100 % par la santé communautaire :

- 80 % des enfants bénéficient des services nutritionnels au niveau communautaire ;
- 80 % des enfants entre 6 mois et 5 ans sont dépistés pour la malnutrition aigüe ;
- 90 % des mères d'enfants de 0 à 5 ans participent aux activités de communication en vue de changements de comportement. (Communautaire, 2014).

C'est fort de ces expériences et acquis que le Ministère de la santé a élaboré le plan national stratégique de santé communautaire.

L'étude approfondie de neuf programmes, menée par la FAO en 2003, a montré deux découvertes majeures :

- Les pratiques culturelles locales, comme celle du *Zunde raMambo* (le grenier du chef, parcelle de terre cultivée par la collectivité et dont le produit est stocké et distribué aux familles pauvres en cas de besoin) au Zimbabwe, offrent des possibilités d'interventions et des stratégies plus acceptables pour les communautés que celles imposées de l'extérieur. (FAO, 2010)
- Au Kenya, le projet a utilisé la tradition des groupes de femmes et des réunions communautaires régulières pour promouvoir la participation. (FAO, 2010).

## **2.3 But et Objectifs de l'étude**

### **2.3.1 But**

Le but de l'étude est de contribuer à l'amélioration de la participation communautaire dans le projet de nutrition des collectivités locales du district sanitaire de Kolda.

### **2.3.2 Objectif général**

L'objectif général de l'étude consiste à évaluer la participation communautaire dans le projet de nutrition des collectivités locales du district sanitaire de Kolda.

### 2.3.3 Objectifs spécifiques:

Cette étude vise cinq objectifs spécifiques.

- Décrire le processus de participation communautaire.
- Mesurer le niveau de participation des acteurs communautaires (Encadreurs, Relais, OCB, ASC, bénéficiaires, Collectivités locales...).
- Identifier des insuffisances liées à la participation communautaire ;
- Proposer des solutions.
- Elaborer un plan de mise en œuvre de la solution prioritaire.

## 2.4 Cadre conceptuel

### 2.4.1 Définition des concepts

#### 2.4.1.1 Malnutrition par carence

Il existe en général deux formes de malnutrition par carences : la malnutrition chronique et la malnutrition aigue.

- **La malnutrition chronique ou retard de croissance** se détermine par un indice Taille pour Poids inférieur à la référence OMS.
- La malnutrition aigue englobe la malnutrition aigue modérée (MAM) et la malnutrition aigue sévère (MAS).
  - **La malnutrition aigue modérée (MAM)** se détermine par un indice Poids pour Taille compris entre -3 et - 2 Z-scores (référence OMS de croissance de l'enfant) chez l'enfant âgé de 6 mois à 18 ans ou un périmètre brachial (PB) compris entre 115 et 125 mm chez l'enfant âgé de 6 à 59 mois, en l'absence d'œdème (DANSE, Mai 2010).
  - **La malnutrition aigüe sévère (MAS)** se détermine par un indice Poids pour Taille inférieur à - 3 Z-scores (référence OMS) chez l'enfant âgé de 6 mois à 18 ans ou un PB inférieur à 115 mm chez l'enfant âgé de 6 à 59 mois et/ou la présence d'œdèmes bilatéraux. Elle peut être accompagnée ou non d'autres complications.
- Chez l'adulte (sauf femme enceinte et allaitante) la MAM se détermine par un IMC compris entre 16 Kg/m<sup>2</sup> et 18,5 Kg / m<sup>2</sup> (16 < IMC < 18,5) et la MAS par un IMC < 16 Kg / m<sup>2</sup>.
- Chez les femmes enceintes et allaitantes la MAM se détermine par un PB compris entre 160 et 210mm et la MAS par un PB inférieur à 160mm.

### 2.4.1.2 Communauté

C'est un groupe dont les membres, étant en contact direct, ont essentiellement les mêmes intérêts, les mêmes aspirations, les mêmes valeurs et les mêmes objectifs. Cette communauté peut être géographique, territoriale, socio-économique, professionnelle, etc. (OMS/UNICEF, Alma Ata 1978).

### 2.4.1.3 Santé communautaire

La santé communautaire est une approche de résolution des problèmes de santé fondée sur l'engagement des communautés. Elle intègre des services de santé préventifs, promotionnels et curatifs, destinés aux communautés et délivrés par les communautés elles-mêmes sous la supervision du personnel de santé publique. Elle structure et renforce la gouvernance locale des activités de santé et le partenariat entre les communautés et les structures de santé. (SECK, 2013-2014)

### 2.4.1.4 Acteur communautaire<sup>10</sup>

On appelle acteur communautaire toute personne qui intervient directement au niveau communautaire. Parmi ces acteurs on distingue :

- **Les acteurs d'encadrement** : l'ICP, le point focal nutrition, le responsable de soins de santé primaires du district sanitaire, l'agent de développement communautaire ou mobilisateur communautaire de l'AEC, le superviseur de l'AEC et le responsable de zone de l'AEC.
- **Les acteurs de mise en œuvre** : Agent de santé Communautaire, Agent Relais communautaire, « badjenou gox », dispensateur de soins à domicile, agent de santé à base communautaire (ASBC), matrone et tradipraticien.
- **Les acteurs de soutien** : Comité Local de Pilotage (comité de site), comité de santé, comité de gestion, OCB et collectivités locale.

### 2.4.1.5 Nutrition communautaire

La nutrition communautaire c'est la prise en charge des problèmes de nutrition par la communauté. Au Sénégal cette prise en charge se fait au niveau des cases de santé et des sites communautaires. La nutrition communautaire s'appuie sur les initiatives de la population.

### 2.4.1.6 Participation communautaire

---

<sup>10</sup> Support de cours module santé communautaire de Pr Ibrhima SECK 2013-2014

La participation communautaire est un « Processus par lequel les individus assument des responsabilités en vue de la santé et du bien-être personnel et de l'ensemble de la communauté et acquièrent des aptitudes permettant de contribuer à l'amélioration de leur propre santé et au développement de la communauté » (OMS).

La véritable Participation Communautaire amène la communauté au niveau où les populations vont choisir et agir selon leurs priorités consensuelles. C'est un long processus par lequel les populations acquièrent le véritable pouvoir de décision, les connaissances et aptitudes qui leur permettent de travailler main dans la main avec les professionnels en vue de l'amélioration de leur état nutritionnel et de leurs conditions de vie.

La participation communautaire s'appuie sur la mobilisation communautaire et la motivation des acteurs.

#### **2.4.1.7 Collectivité locale**

La collectivité locale est comprise comme étant une entité territoriale, décentralisée à qui on transfère certaines compétences sur la gestion de la collectivité. Ainsi dans la plupart des pays en développement, la collectivité locale est beaucoup prise en compte dans le processus et les stratégies de développement. Au Sénégal, la santé fait partie des compétences transférées à la collectivité locale.

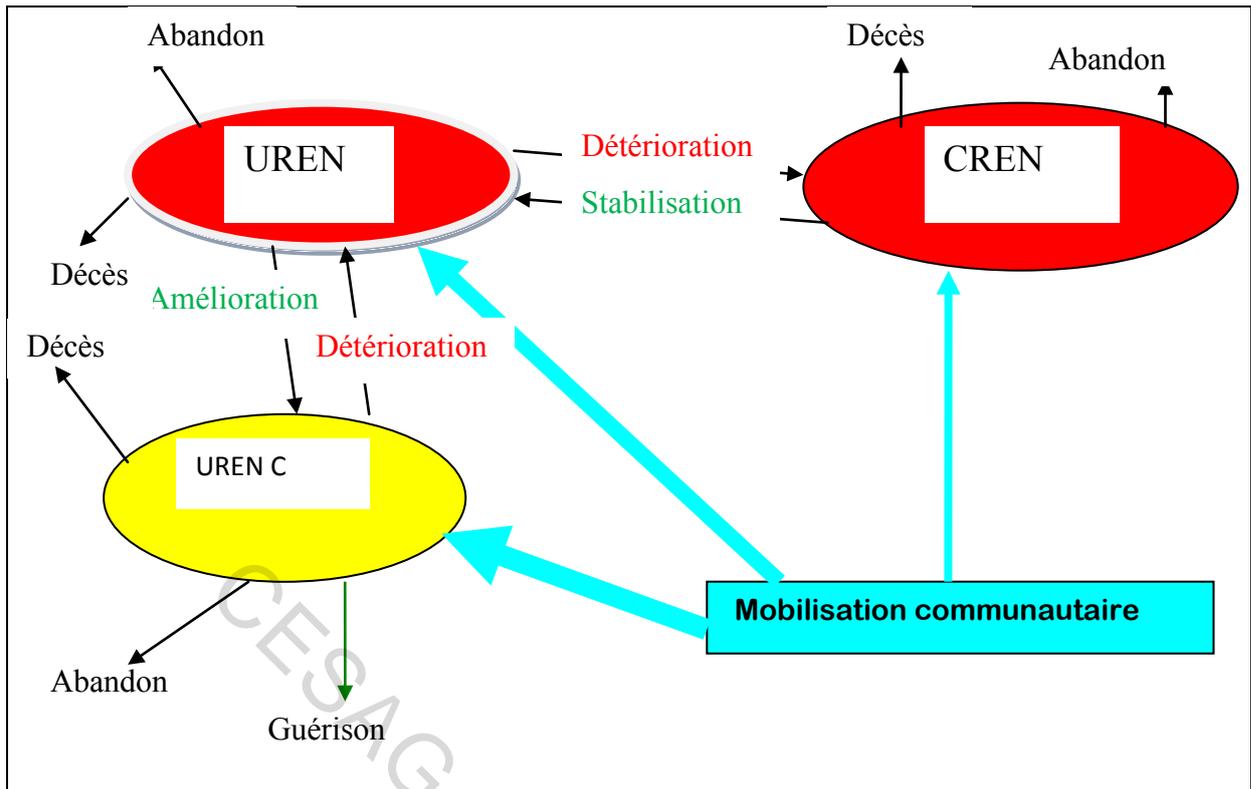
Dans notre étude les collectivités locales sont des communes.

#### **2.4.2 Nutrition communautaire au Sénégal et dans le DS de Kolda**

La communauté joue un rôle fondamental dans la lutte contre la malnutrition aigue au Sénégal. En effet, il est important de faire un dépistage précoce de la malnutrition aigue afin d'éviter la survenue de complications. L'existence de liens efficaces entre la communauté et les structures de soins facilitera l'intégration avec des programmes d'autres secteurs comme l'éducation, l'agriculture, la sécurité alimentaire, etc.

Le protocole de prise en charge de la malnutrition du Sénégal prévoit une interrelation entre la communauté et les structures de santé.

La figure 5 illustre l'interrelation entre la mobilisation communautaire et les structures de prise en charge.



**Figure 5: Interrelation entre la mobilisation communautaire et les structures de prise en charge de la malnutrition. Source : (DANSE, Mai 2010)**

Le Sénégal se propose de familiariser les acteurs communautaires de mise en œuvre à la mesure du périmètre brachial (PB) chez tous les enfants âgés de 6 – 59 mois ou bien ayant une taille comprise entre 65 et 110 cm. En effet, c'est la façon la plus simple d'identifier les enfants souffrant de malnutrition aiguë dans la communauté.

Les acteurs communautaires de mise en œuvre recherchent systématiquement la présence d'œdèmes bilatéraux pour détecter les cas de MAS.

La CLM a financé les projets de nutrition communautaire de 7 collectivités locales du district sanitaire de Kolda. Dans ces collectivités la prise en charge se fait au niveau des sites communautaires en collaboration avec les acteurs communautaires et les structures de santé. Chaque collectivité dispose d'au moins 2 sites communautaires. Le site communautaire polarise des quartiers ou des villages. Les sites sont dans la zone de responsabilité du poste de santé.

Au niveau des sites, la prise en charge de la malnutrition aigue se fait comme suit :

- sensibilisation ;
- pesée mensuelle des enfants ;
- dépistage des enfants malnutris (par trimestre) ;

- compilation, partage et validation des données sur les cas d'enfants malnutris ;
- mise en place de plan de prise en charge : distribution des produits nutritionnels (Aliments thérapeutiques prêt à l'emploi ATPE, farine enrichie), regroupement, déparasitage, supplémentation en vitamine, suivi promotionnel de croissance, Visite à Domicile VAD, etc.) ;
- supervision des acteurs communautaires de mise en œuvre ;
- les enfants atteints de Malnutrition Aigue Modérée (MAM) sont pris en charge au niveau du site par les relais communautaires ;
- les enfants atteints de MAS sont automatiquement référés au poste de santé qui couvre le site. En cas d'amélioration de l'état nutritionnel, l'enfant MAS est contre référé au niveau du site. En cas de détérioration de l'état, l'enfant MAS est référé au centre de santé ou hôpital.

Tout cela se fait dans un cycle d'action communautaire.

Le cycle d'action communautaire comprend deux phases : une préparatoire et une de mise en œuvre.

- **la phase préparatoire**

Elle concerne la sélection des sites d'interventions, le plaidoyer auprès des responsables des structures de santé, autorités administratives et coutumières et le recensement des groupes communautaires (Exemple grand-mère, jeune-mère, chefs de famille, jeune, etc.) ;

- **le processus de mise en œuvre du cycle**

Les groupes communautaires déroulent les activités du cycle d'action suivant les 5 étapes suivantes :

- organisation de la communauté ;
- identification et la définition des besoins prioritaires ;
- élaboration du plan d'action ;
- mise en œuvre et suivi du plan d'action ;
- évaluation participante.



**DEUXIEME PARTIE :  
METHODOLOGIE ET  
RESULTATS DE L'ENQUETE**

## CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE

Ce chapitre traite la méthodologie utilisée pour collecter les données.

### 3.1 Population de l'étude

Elle est constituée d'acteurs communautaires : superviseur PRN, mobilisateurs communautaires, point focal nutrition de l'Equipe Cadre du District sanitaire (ECD), élus locaux, de chefs de village/quartier, infirmiers chef de poste (ICP), relais communautaires, « badjénou gox », mères ou gardienne d'enfants bénéficiaires du programme.

- Les élus locaux sont les responsables des collectivités locales.
- Les relais sont des acteurs communautaires qui consacrent le plus de leur temps pour les activités en faveur de la santé de leur communauté, notamment en matière de nutrition des enfants de moins de cinq ans, des femmes enceintes et allaitantes.
- Les bénéficiaires sont les enfants âgés de 0-5 ans, les femmes enceintes et les Femmes en Age de Reproduction (FAR).
- Les OCB sont représentées par les groupements de femmes, les associations des relais, les « bédjénou gox », etc.
- Les ICP et mobilisateurs communautaires jouent à la fois le rôle de superviseurs, de formateurs et de conseillers.
- Le superviseur PRN est un encadreur.

### 3.2 Méthode et technique d'échantillonnage

L'échantillonnage par choix raisonné a été utilisé du fait de l'hétérogénéité de la population à l'étude. Deux sites communautaires ont été tirés au sort par collectivité locale et les informateurs clés ont été interrogés.

- le superviseur PRN de l'ONG Childfund ;
- le point focal nutrition du district sanitaire de Kolda ;
- le mobilisateur communautaire de l'ONG Childfund qui supervise le site communautaire ;
- les élus locaux (maire ou conseiller chargé de santé/nutrition de l'équipe sortante) de la collectivité locale abritant le site ;
- le chef du village/quartier abritant le site communautaire ;

- l'infirmier Chef de Poste (ICP) qui couvre le site ;
- les 2 relais par site (les 2 relais sont tirés au sort sur place),
- les « badjenou gox » du site,
- trois mères dont l'enfant a bénéficié le programme par site (1 enfant MAS et 2 enfants MAM pris en charge). Ces enfants sont tirés au sort sur place.

### **3.3 Stratégie de recherche**

#### **3.3.1 Type d'étude**

C'est une étude descriptive menée dans le district sanitaire de Kolda. Il s'agit d'une recherche fondée sur la méthode de résolution de problèmes. C'est un processus qui consiste à identifier un problème, à identifier les causes du problème, à proposer les solutions et choisir une solution prioritaire fiable et réaliste à mettre en œuvre. L'étude s'est intéressée à la participation communautaire dans le programme de renforcement de la nutrition au niveau du district sanitaire de Kolda.

#### **3.3.2 Technique et instruments de collecte des données**

L'étude s'est articulée autour de deux approches :

- une recherche documentaire permettant la collecte des données sur la participation communautaire dans le programme de nutrition ;
- une enquête qualitative appréciant le niveau de participation des acteurs communautaires dans le projet de nutrition des collectivités locales financées par la CLM au niveau du district sanitaire de Kolda.

Les techniques utilisées sont l'étude de documents, l'observation, l'entretien, et le focus groupe.

Les données sont collectées à l'aide de guide d'entretien, de questionnaire et de grille d'observation. (Voir annexe 1-9).

##### **3.3.2.1 Revue documentaire**

Une revue documentaire sur le thème a été effectuée afin de mieux l'appréhender dans ses différents aspects. La revue documentaire a porté sur le plan stratégique de PRN, la

proposition de projet des collectivités locales, le protocole entre l'AEC et les collectivités locales, les travaux portant sur la nutrition communautaire, etc.

### **3.3.2.2 Observation**

Nous avons mené une observation en utilisant une grille d'observation. (annexe 8).

### **3.3.2.3 Entretiens**

Des guides d'entretien semi-structuré ont été administrés à l'intention du superviseur du PRN de childfund, du point focal nutrition de l'ECD, des mobilisateurs communautaires de childfund, des ICP, des relais, des membres du comité local de pilotage et des mères ou gardiennes des enfants bénéficiaires du programme (annexes 1-7).

Les questions portaient sur la connaissance du PRN, la collaboration avec l'AEC, la participation et les suggestions.

### **3.3.2.4 Focus groupe**

Le focus groupe est effectué avec les relais du site communautaire de Némataba et Boussoura car la collecte de données les a trouvé en formation sur les stratégies novatrice de prise en charge de la Santé Maternelle, Néonatale et Infantile (SMNI).

## **3.4 Pré-test**

Le pré-test s'est déroulé les 28 et 29 Août 2014.

Les outils de collecte de données ont été testés dans le district sanitaire de Sédhiou. Ce district, à l'image de celui de Kolda utilise les mêmes stratégies dans la lutte contre la malnutrition. A Sédhiou c'est l'ONG « Dagnining kaffoo » qui exécute le programme de renforcement de la nutrition dans les collectivités locales financées par la CLM.

## **3.5 Déroulement de l'enquête**

L'enquête s'est déroulée du 11 Septembre 2014 au 24 Septembre 2014.

Le tableau III donne le déroulement de l'étude.

**Tableau III : Chronogramme du déroulement de l'étude**

<b>Dates</b>	<b>Activités</b>
31 juillet 2014	Entretien avec le responsable chargé des opérations de la CLM
07 août 2014	Retrait de la réponse de la lettre d'introduction au CESAG
11 août 2014	Début du stage au Bureau Exécutif Régional (BER) de la CLM de Kolda
28 et 29 Août 2014	Test des outils de collecte des données
12 au 27 Septembre 2014	Collecte des données
30 septembre 2014	Restitution
Octobre	Rédaction du mémoire et dépôt

### **3.6 Dépouillement et traitement des données**

#### **3.6.1 Appréciation de la participation communautaire et identification du problème**

Les données recueillies lors de l'enquête ont été traitées avec le logiciel Epi-info version 3.5.4. Les résultats issus de ce traitement ont été analysés, interprétés et commentés. Ceci a permis d'apprécier le niveau de participation de la communauté dans les activités du projet de nutrition des collectivités locales financées par la CLM.

La grille de Bichman axée sur la mesure de la participation communautaire a été adaptée.

La combinaison des outils a permis d'apprécier le niveau de participation de la communauté dans les activités du projet de nutrition des collectivités locales financées par la CLM. Le degré de participation communautaire a été apprécié selon l'implication de la communauté dans i) l'évaluation des besoins, ii) la direction consensuelle des activités et des structures par la communauté, iii) l'organisation notamment la création de nouvelles structures au sein même de la communauté, iv) le niveau de mobilisation des ressources par la communauté, v) le niveau d'implication de la communauté dans la gestion des activités et le niveau d'implication dans l'évaluation du projet. Chaque critère est coté de 1 à 5 selon que la mesure soit (mince ou aucune =1 ; restreinte ou faible = 2 ; moyenne ou correcte = 3 ; ouverte ou bonne = 4 ; large ou excellente = 5).

La liste des problèmes identifiés est soumise à la validation d'un groupe de 08 personnes représentant les acteurs communautaires, lors d'une séance de restitution.

Les problèmes ont été priorisés par ce groupe. La priorisation et l'analyse des causes et solutions ont été effectuées par le même groupe. Ce groupe était constitué de représentant de la CLM, de représentant de l'AEC Childfund, de mobilisateur communautaire, de relais, de bénéficiaire, de membre de comité de pilotage.

### **3.6.2 Analyse des causes**

Les causes du problème prioritaire ont été identifiées à partir des résultats de l'enquête et de la revue documentaire mais c'est au cours de la restitution qu'elles ont été retenues et analysées.

### **3.6.3 Analyse des solutions**

Les solutions ont été identifiées par la revue documentaire et les résultats de l'enquête. Elles ont été analysées par rapport à leur pertinence par rapport à l'amélioration de la participation communautaire. Les solutions retenues ont été priorisées par rapport à la faisabilité technique, au coût, au délai de mise en œuvre et à l'impact de la solution.

## **3.7 Difficultés et limites de l'étude**

La période de l'étude correspond à la saison des pluies, beaucoup de membres de la communauté étaient occupés par les travaux champêtres, ce qui a fait que l'enquête a duré et que certaines questions n'étaient pas abordées. L'accès à certains sites visités a été trop pénible du fait de l'impraticabilité des pistes aggravée par les pluies abondantes.

Les résultats de cette étude ne peuvent pas être extrapolés à tous les districts sanitaires car l'étude a été menée que dans un district sanitaire sur 72<sup>11</sup>.

Le temps ne permet pas de prendre en charge toutes les questions liées à la participation communautaire. Les prochaines études s'en chargeront.

La compréhension de la méthode de résolution de problème (MRP) par les agents de mise en œuvre.

La durée du stage ne permet pas de mettre en œuvre la solution, néanmoins les responsables de la structure acceptent de porter et d'entreprendre ce qui est nécessaire pour sa réalisation.

---

<sup>11</sup> PNDS 2009-2018 p.16

## CHAPITRE 4 : RESULTATS DE L'ENQUETE

Ce chapitre présente les résultats de l'étude.

### 4.1 Bilan de la mise en œuvre de l'expérience

Les sites communautaires visités ont été fonctionnels. Dans ces sites se pratiquent les activités de mise en œuvre du PRN à travers les sensibilisations, les pesées mensuelles, le dépistage trimestrielle, la restitution des résultats de dépistage, l'organisation des FARNE, des regroupements hebdomadaires, les visites à domicile et les réunions d'auto-évaluation et de planification mensuelle.

Les enfants atteints de MAM sont pris en charge au niveau de ces sites et ceux atteints de MAS sont référés au niveau du poste de santé.

Tous les ICP rencontrés reçoivent des enfants atteints de MAS référés par les relais. Ces ICP participent à la prise en charge de la malnutrition lors des stratégies avancées, les consultations prénatales et les formations.

Toutes les mères ou gardiennes d'enfants bénéficiaires qui ont été vues ont affirmé recevoir les services de relais en matière de prise en charge de la malnutrition, la promotion des comportements clés en santé, l'utilisation des moustiquaires imprégnés, la promotion de l'allaitement maternel exclusif et l'usage des services de santé.

Les « Badjenou gox » rencontrées confirment avoir participé à la sensibilisation, à la recherche des abandons et au suivi des enfants atteints de malnutritions.

Les relais qui ont été vus confirment obtenir le soutien de l'ICP, l'encadrement du mobilisateur communautaire de Childfund.

Les chefs de villages et chefs religieux rencontrés affirment avoir appuyé les relais dans les activités de sensibilisation de la population sur la santé de la mère et de l'enfant.

Les élus locaux rencontrés ont montré qu'ils sont informés mais ils ne font que la signature des documents administratifs (Protocole d'accord, Procès verbal).

Les membres de comité de pilotage présentés sont des membres du comité de santé de case de santé ou de poste de santé. La majorité de ces personnes ne connaissent pas les rôles et les responsabilités du comité de pilotage dans la mise en œuvre du PRN.

La supervision est organisée comme suit :

- les acteurs communautaires de mise en œuvre sont supervisés par le mobilisateur communautaire et l'ICP ;
- le mobilisateur communautaire reçoit la supervision du superviseur de zone ;
- le superviseur de zone est supervisé par le chargé de programme ;
- le chargé de programme est supervisé par le coordonnateur de zone de l'AEC Childfund,

Durant la restitution communautaires et la supervision, il est senti la participation insuffisante des comités de pilotage, des leaders communautaires, des élus locaux.

Le tableau IV donne les points forts et les points à améliorés dans la mise en œuvre du PRN dans le district sanitaire de Kolda.

**Tableau IV : Forces et Faiblesses dans la mise en œuvre du PRN dans le district sanitaire de Kolda**

<b>FORCES</b>	<b>FAIBLESSES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sites communautaires fonctionnels ;</li> <li>- Existence d'activités de suivi promotionnel de la croissance des enfants âgés de 0-5 ans ;</li> <li>- Prise en charge de tous les cas de malnutris dépistés (MAM et MAS) ;</li> <li>- Organisations communautaires existantes ;</li> <li>- Acteurs communautaires de mise en œuvre disponibles ;</li> <li>- Collaboration dynamique et franche entre les agents d'encadrement de Childfund, les relais et les techniciens de santé ;</li> <li>- Appui technique des relais par les ICP, et les mobilisateurs communautaires ;</li> <li>- Existence de plan d'action mensuel des sites communautaires ;</li> <li>- Organisation des réunions de restitution et d'auto-évaluation mensuelles au niveau des sites ;</li> <li>- supervision rapprochée des acteurs communautaires ;</li> <li>- Engagement des relais ;</li> <li>- Participation des mères et gardiennes d'enfants aux séances de pesée mensuelles, de dépistage, de causerie, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de moyen de déplacement des relais ;</li> <li>- Participation insuffisante des élus locaux ;</li> <li>- Participation insuffisante des comités locaux de pilotage (CLP) (certains comités non fonctionnels ou fusionnés avec le comité de santé de case) ;</li> <li>- Implication insuffisante des OCB (Association sportive, Groupement de femmes, association de relais, etc.) dans les activités de nutrition communautaire ;</li> <li>- Faible motivation pécuniaire des relais ;</li> <li>- Matériel de pesée insuffisant (balance etc.) ;</li> <li>- Montant alloué aux démonstrations culinaires lors des FARNE insuffisant.</li> </ul>

## **4.2 Mesure de la participation communautaire**

Le tableau V donne la grille de Bichman adaptée à la mise en œuvre du PRN dans le district sanitaire de Kolda.

La grille de Bichman permet d'évaluer la participation communautaire en se basant sur 6 indicateurs. Chaque indicateur est coté de 1 à 5 points.

- Evaluation des besoins / planification des activités.
- Direction/Représentation / leadership.
- Organisation.
- Mobilisation des ressources.
- Gestion / mise en œuvre.
- Evaluation.

GESAG - BIBLIOTHEQUE

**Tableau V: Grille de Bichman adaptée à la nutrition communautaire au niveau du district sanitaire de Kolda**

<b>Indicateurs de participation</b>	<b>Mince ou aucun (1)</b>	<b>Restreint ou faible (2)</b>	<b>Moyen ou correct (3)</b>	<b>Ouvert ou bon (4)</b>	<b>Large ou excellent (5)</b>
<b>Evaluation des besoins / planification des activités</b>	Besoins communautaires définis / imposés de l'extérieur, basés uniquement sur des données épidémiologiques / économiques	Point de vue extérieur domine mais les intérêts de la communauté sont aussi pris en compte	L'AC est un représentant actif des points de vue de la communauté et évalue les besoins de la communauté	Le CLP représente activement les points de vue de la communauté et évalue les besoins	Les membres de la communauté en général sont activement impliqués dans l'évaluation des besoins (par exemple par le CLP)
<b>Direction/Représentation / leadership</b>	L'organisme du projet (CLM et Childfund) impose le responsable communautaire	Le CLP ne fonctionne pas, mais l'AC travaille indépendamment des groupes d'intérêt sociaux (par ex riche minorité)	Le CLP fonctionne sous la direction d'un AC indépendant	CLP actif, prend des décisions	Le CLP représente pleinement une diversité d'intérêts dans la communauté et contrôle les actions de l'AC
<b>Organisation</b>	CLP et comité de suivi imposé et est inactif	CLP imposé par l'organisme mais effectue quelques activités	CLP imposé par l'organisme du projet mais devenu pleinement actif	CLP coopère avec les autres organisations communautaires	Les organisations communautaires présentes ont été impliquées dans la création du CLP

<b>Indicateurs de participation</b>	<b>Mince ou aucun (1)</b>	<b>Restreint ou faible (2)</b>	<b>Moyen ou correct (3)</b>	<b>Ouvert ou bon (4)</b>	<b>Large ou excellent (5)</b>
<b>Mobilisation des ressources</b>	Aucune ressource réunie ou fournie par la communauté. le CLP ne décide d'aucune allocation de ressources	Faible montant de ressources réunies par la communauté. Le CLP n'a aucun contrôle sur l'allocation de ces ressources	Mobilisation des ressources par la communauté, contrôle du CLP sur les dépenses des activités choisies (par ex. Fonds des médicaments, denrées alimentaires)	Mobilisation des ressources par la communauté, contrôle du CLP sur l'allocation de ressources	La communauté contrôle les besoins en ressources, réunit des ressources lorsque c'est nécessaire et les alloue
<b>Gestion / mise en œuvre</b>	Induite par l'organisme du projet, CLP supervisé uniquement par l'organisme du projet	AC gère de manière indépendante avec quelque implication du CLP	Auto gestion du CLP sans contrôle des activités de l'AC	Autogestion du CLP qui est impliqué dans la supervision de l'AC	AC responsable envers le CLP et activement supervisé par le CLP

<b>Indicateurs de participation</b>	<b>Mince ou aucun (1)</b>	<b>Restreint ou faible (2)</b>	<b>Moyen ou correct (3)</b>	<b>Ouvert ou bon (4)</b>	<b>Large ou excellent (5)</b>
<b>Evaluation</b>	Evaluation menée par le personnel de l'organisme du projet. Critères de réussite entièrement déterminés par le personnel du projet	Evaluation menée par le personnel de l'organisme du projet. Critères de réussite déterminés par le personnel du projet avec quelque apport de l'AC	Evaluation menée par le personnel de l'organisme du projet, Critères de réussite déterminés par le personnel du projet et l'AC avec un apport du CLP	Evaluation menée par personnel de l'organisme du projet et l'AC. Critères de réussite déterminés par le CLP, avec l'aide du personnel du projet	Evaluation menée par le CLP, critères de réussite établis par le CLP, avec l'aide du personnel du projet

AC : acteur communautaire de mise en œuvre (ARC, ASC, « badjenou gox », agent de santé à base communautaire (ASBC))

CLP : Comité Local de Pilotage

### **4.2.1 Appréciation des besoins**

L'appréciation des besoins se fait à plusieurs niveaux. Les résultats de l'enquête montrent que l'appréciation des besoins lors de la conception du projet en 2004 a été faite de manière participative. Actuellement, au niveau des sites communautaires, les besoins sont identifiés par les acteurs communautaires (relais et encadreur de Childfund) en présence de l'ICP. Durant ces rencontres, la participation des autres acteurs est faible, mais les préoccupations de la communauté sont prises en charge, car les relais sont capables d'évaluer les besoins de la communauté.

La participation communautaire en matière d'identification des besoins en nutrition est moyenne, le score est trois (3).

### **4.2.2 Direction/leadership/représentation**

Les CLP étaient mis sur pied et constitués des représentants des différents groupes communautaires mais les résultats de l'enquête ont montré que les CLP sont fusionnés avec les comités de santé et que les membres de ces comités ne connaissent pas les rôles et les responsabilités du CLP. Au niveau des sites communautaires la plupart des CLP ne fonctionnent pas, mais les AC (relais, ASC, badjenou gox, etc.) travaillent indépendamment des groupes d'intérêt sociaux.

Nous jugeons la participation à la direction des activités restreintes, le score est deux (2).

### **4.2.3 Organisation**

Les CLP existant sont composés des différents groupes communautaires (leaders communautaires, relais, élus locaux, représentants des OCB, etc.). Le comité de suivi est fonctionnel est fait des supervisions conjointes avec les acteurs. Il existe des associations de relais dirigées par un relais.

La participation communautaire en matière d'organisation est excellente, le score est cinq (5).

### **4.2.4 Mobilisation des ressources additionnelles**

Les résultats de l'enquête ont montré qu'aucune ressource additionnelle n'est réunie par la communauté. Dans certains sites les bénéficiaires apportent occasionnellement du bois mort pour le combustible lors des démonstrations culinaires. Cela n'est pas considéré par les

enquêtés comme une ressource additionnelle. Dans ces zones le bois mort ne se vend pas et c'est le seul combustible manipulable par les bénéficiaires. Les activités sont entièrement financées par la CLM.

La participation communautaire à la mobilisation des ressources additionnelles dans le PRN est mince, le score est un (1).

#### **4.2.5 Gestion/mise en œuvre**

Les activités de prise en charge de la malnutrition sont entièrement réalisées par les ARC, les ASC, les « badjenou gox », matrones, etc. sous l'encadrement du mobilisateur communautaire de Childfund et de l'ICP. Les leaders communautaires (chefs religieux, chefs de village/quartier, etc.) appuient les relais dans la sensibilisation et l'atteinte des cibles réticentes.

Les élus locaux ne font que la signature des procès-verbaux. Les mères et gardiennes d'enfants respectent les rendez-vous, le suivi des bénéficiaires est assuré par les acteurs communautaires de mise en œuvre (AC). Les relais exécutent librement les activités avec une supervision active des encadreurs du projet mais avec un CLP peu dynamique.

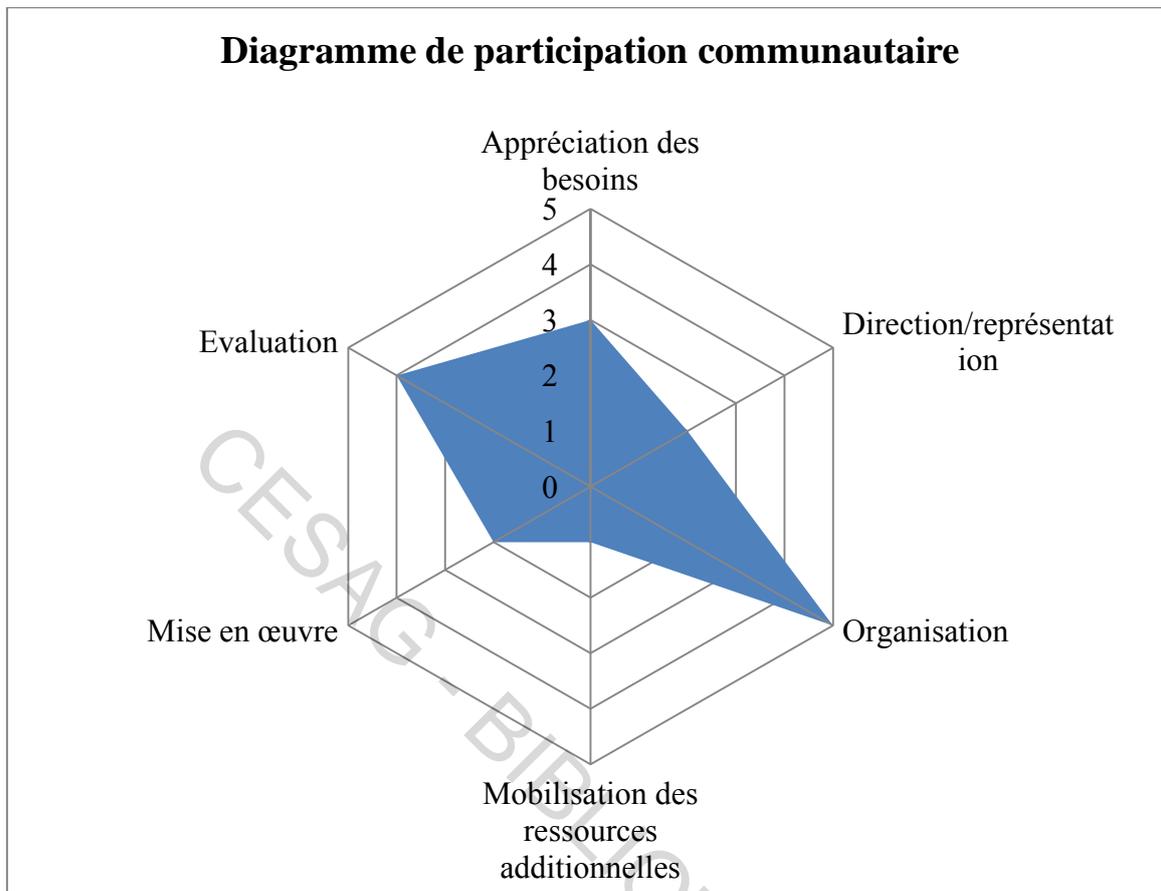
La participation de la communauté dans la mise en œuvre du PRN est restreinte, le score est deux (2).

#### **4.2.6 Evaluation**

Les résultats de l'enquête montrent que les évaluations mensuelles des sites communautaires sont effectuées par les relais en présence du mobilisateur communautaire et de l'ICP. A la suite de l'auto-évaluation ils élaborent le plan d'action du mois suivant en se basant sur la disponibilité des acteurs communautaires de mise en œuvre. En dehors de ces auto-évaluations, l'AEC Childfund organise des auto-évaluations internes en utilisant l'outil Lot Quality Assurance Sampling (LQAS). Les critères de réussite sont déterminés par les documents de planification.

La participation communautaire dans l'évaluation est bonne, le score est quatre (4).

Le degré de participation communautaire est représenté par le diagramme en radar présenté par la figure 6.



**Figure 6 : Diagramme de participation communautaire dans le PRN au niveau du district sanitaire de Kolda**

Le diagramme montre que la participation communautaire n'est significative qu'au niveau des étapes qui font intervenir les acteurs communautaires de mise en œuvre (relais, ASC) et encadreurs (Mobilisateur communautaire et ICP). Ces étapes concernent l'organisation et l'évaluation des activités par site.

Alors qu'il y a une faible participation communautaire dans les étapes qui font intervenir un groupe hétérogène (acteur de mise en œuvre, comité local de pilotage, comité de suivi). Ces étapes sont l'appréciation des besoins, la direction/représentation, la mobilisation des ressources additionnelles et la mise en œuvre.

## **4.3 Identification des problèmes et leur priorisation**

### **4.3.1 Identification des problèmes**

L'enquête a permis d'identifier des problèmes qui se posent à la participation communautaire dans la mise en œuvre du PRN dans le district sanitaire de Kolda. Lors de la restitution cette liste a été présentée et validée par le groupe représentant les acteurs communautaires. Les problèmes retenus étaient :

- A. Participation insuffisante des élus locaux ;
- B. Comité local de pilotage peu dynamique ;
- C. Implication insuffisante des OCB.

### **4.3.2 Priorisation des problèmes**

Le groupe composé de 6 membres a assuré la pondération. Ce groupe est composé comme suit :

- 1 représentant du Bureau Exécutif Régional de la CLM de Kolda ;
- 1 superviseur PRN de Childfund ;
- 2 mobilisateurs communautaires ayant sous leur responsabilité des sites communautaires d'une collectivité locale ;
- 1 agent relais communautaire ;
- 1 représentant du comité local de pilotage d'un site communautaire ;

La séance est présidée par le représentant de la CLM, l'animation est assurée par le stagiaire. Les représentants de Childfund et de la CLM n'ont pas participé à la pondération.

Nous avons utilisé l'ordonnement par assignation directe. La technique consiste à assigner une valeur à chaque problème (Pineault, 1995). Pour ce faire chaque membre de l'équipe de priorisation a réparti 30 points sur les trois problèmes en fonction de leur importance (le plus important, le moins important et le peu important).

Le tableau VI donne le résultat de la priorisation des problèmes.

**Tableau VI: résultat obtenus au classement par assignation directe**

<b>PROBLEMES</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>	<b>SCORE</b>	<b>RANG</b>
Participation insuffisante des élus locaux	15	8	15	15	52	1 <sup>ère</sup>
Implication insuffisante des OCB	10	12	5	10	37	2 <sup>ème</sup>
Comité local de pilotage peu dynamique	5	10	10	5	30	3 <sup>ème</sup>
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>120</b>	

M : membre de groupe (Exemple : M1 membre 1)

Le problème lié à **la participation insuffisante des élus locaux** s'est classé en tête avec un score de 52 points. Il est donc retenu comme problème prioritaire de la participation communautaire dans la mise en œuvre du PRN dans le district sanitaire de Kolda.

GESAG - BIBLIOTHEQUE



**TROISIEME PARTIE :  
CAUSES ET SOLUTIONS DU  
PROBLEME**

## **CHAPITRE 5 : IDENTIFICATION-ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION**

Dans ce chapitre, après avoir identifié les causes du problème, nous les analyserons.

### **5.1 Identification des causes**

Les causes du problème sont identifiées à travers la littérature et les résultats de l'enquête.

#### **5.1.1 Causes selon la littérature**

La collectivité locale est le maître d'ouvrage des projets de nutrition communautaire dans le cadre de la mise en œuvre du PRN.

La nutrition entre dans le domaine des compétences transférées aux collectivités locales. Elle n'est cependant pas prise en compte dans les priorités de développement local, probablement du fait de la nature cachée de ses manifestations et de la méconnaissance de son impact sur le développement (CLM, Mai 2006).

#### **5.1.2 Causes selon les résultats de l'enquête**

Les résultats de l'enquête montrent que la faible participation des élus locaux dans la mise en œuvre du PRN est liée à :

- la non inscription de la prise en charge de la malnutrition dans les documents de planification ;
- la connaissance insuffisante de l'utilité de la nutrition dans le développement humain ;
- l'absence de copie de rapport d'activités au niveau des CL pour archivage ;
- l'absence de rubrique destinée à la nutrition dans le budget des CL ;
- la croyance culturelle et sociale par rapport à la malnutrition.

### **5.2 Analyse des causes du problème**

Le diagramme de causes à effets et le diagramme d'ISHIKAWA sont utilisés pour analyser les causes du problème lié à la participation insuffisante des élus locaux dans la mise en œuvre du PRN.

### 5.2.1 Diagramme de causes à effets

Le diagramme de causes à effets montre le lien entre les causes et l'effet. La figure 7 représente ce diagramme.

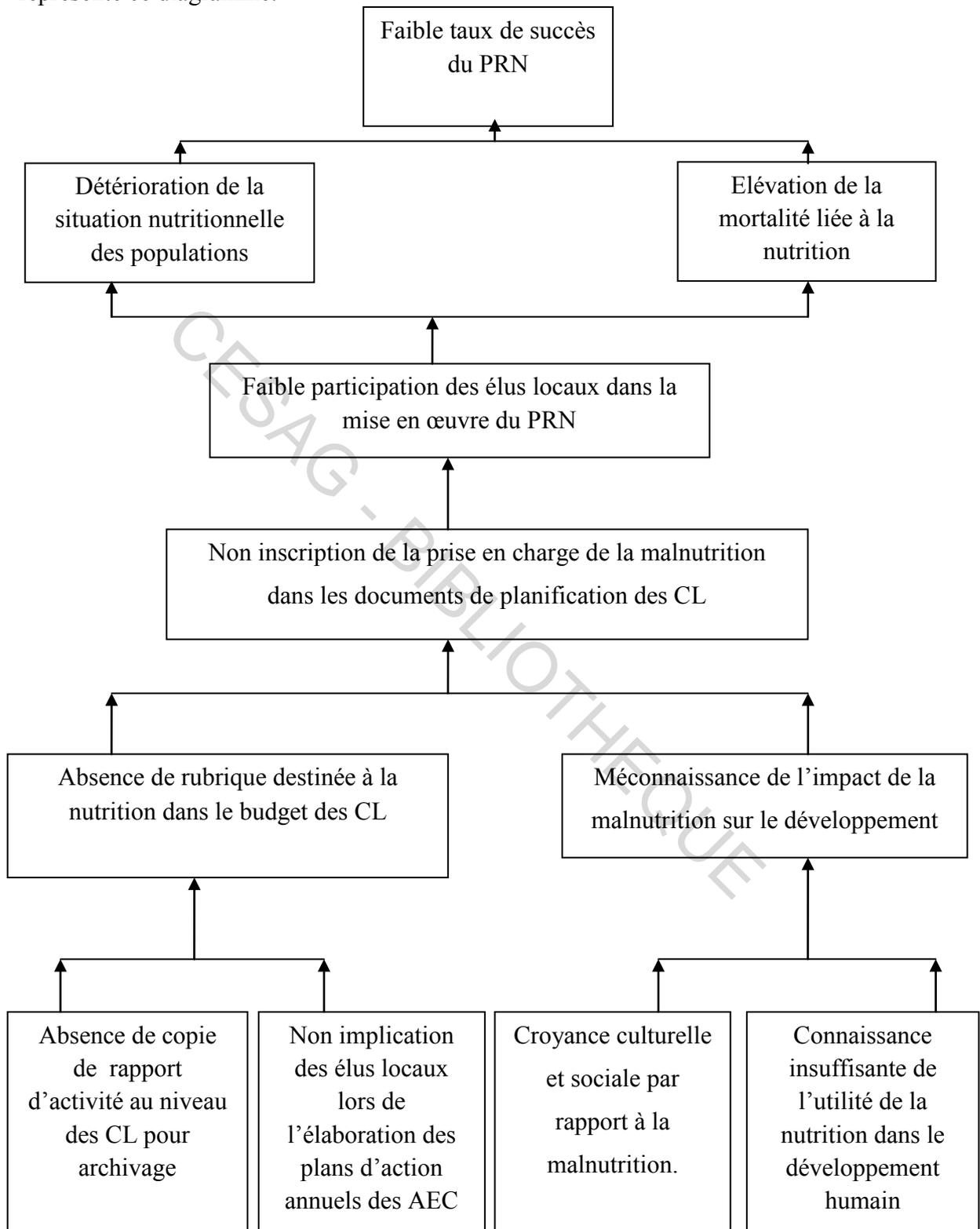


Figure 7 : Diagramme de causes à effets

## 5.2.2 Diagramme d'ISHIKAWA

Le diagramme d'Ishikawa est utilisé pour analyser les causes du problème. La figure 8 représente le diagramme d'ISHIKAWA.

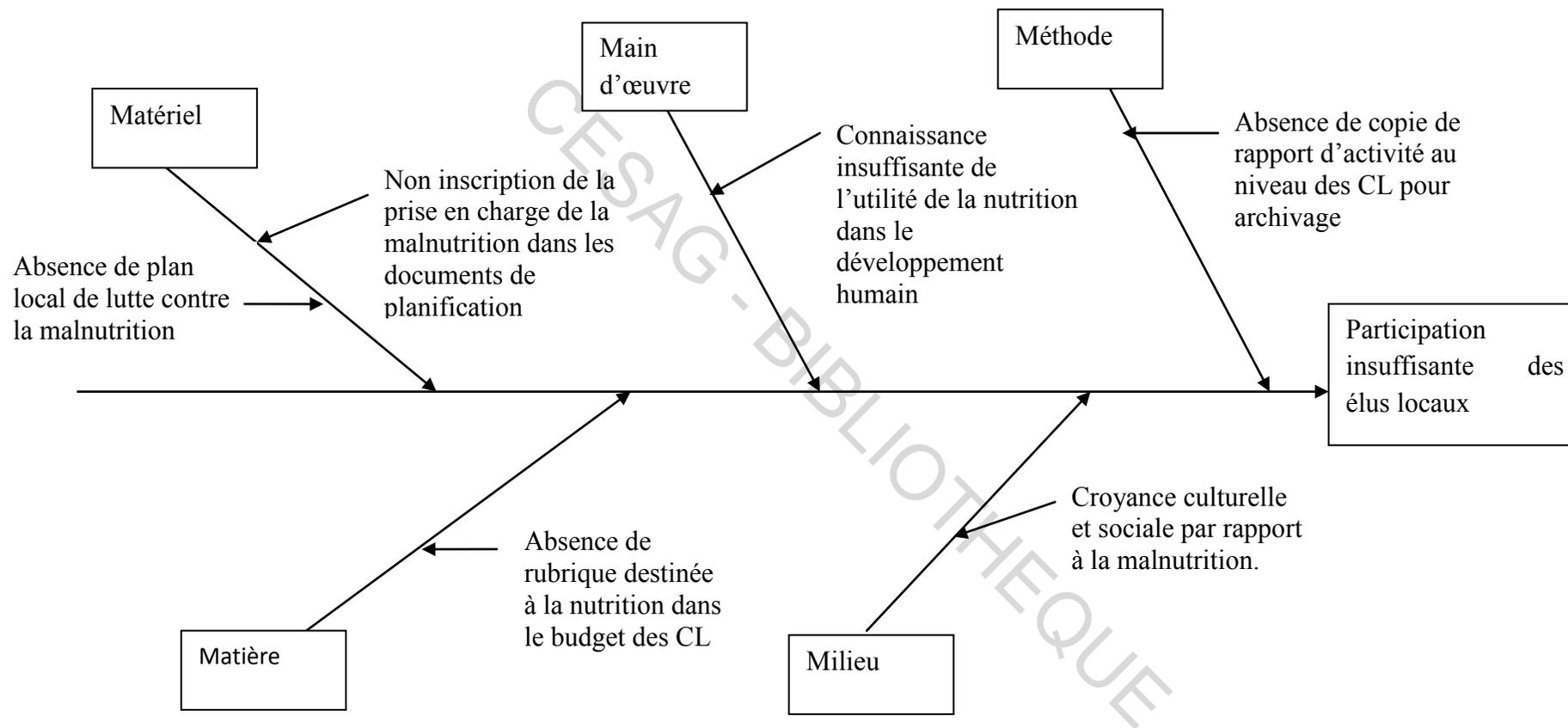


Figure 8 : Diagramme d'ISHIKAWA

### 5.3 Priorisation des causes

Après identification des causes de la participation insuffisante des élus locaux dans la mise en œuvre du PRN, une synthèse a été faite avant leur priorisation avec le groupe. Les causes retenues ont été au nombre de trois:

- Non inscription de la prise en charge de la malnutrition dans les documents de planification ;
- méconnaissance de l'impact de la malnutrition sur le développement ;
- Absence de rubrique destinée à la nutrition dans le budget des CL.

La méthode de Hanlon a été utilisée. La priorisation des causes a été faite sur la base de quatre critères :

- Pertinence de la cause ;
- Lien de la cause avec le problème ;
- Possibilité d'agir sur la cause ;
- Impact que l'action sur la cause aura sur le problème.

Chaque critère est coté de 1 à 5 selon son importance.

Le groupe considère que les critères ont le même poids.

Le tableau VII présente la synthèse du vote des 4 membres de l'équipe de priorisation.

**Tableau VII : Priorisation des causes de la participation insuffisante des élus locaux dans le PRN**

Critères Causes	Pertinence de la cause	Lien de la cause avec le problème	Possibili té d'agir sur la cause	Impact	Score	Rang
<b>Non inscription de la prise en charge de la malnutrition dans les documents de planification</b>	<b>5+5+5+5=20</b>	<b>4+5+5+5=19</b>	<b>3+2+2+2=9</b>	<b>5+4+5+3=17</b>	<b>65</b>	<b>1<sup>ère</sup></b>
Méconnaissance de l'impact de la malnutrition sur le développement	3+5+4+5=17	4+3+2+3=12	1+2+2+2=7	5+5+5+5=20	56	2 <sup>ème</sup>
Absence de rubrique destinée à la nutrition dans le budget des CL	3+4+5+2=14	4+3+3+1=11	1+1+2+1=5	5+5+3+2=15	45	3 <sup>ème</sup>

La cause ayant obtenu le plus grand score (65) est « **Non inscription de la prise en charge de la malnutrition dans les documents de planification** ». Elle apparaît donc comme la cause prioritaire.

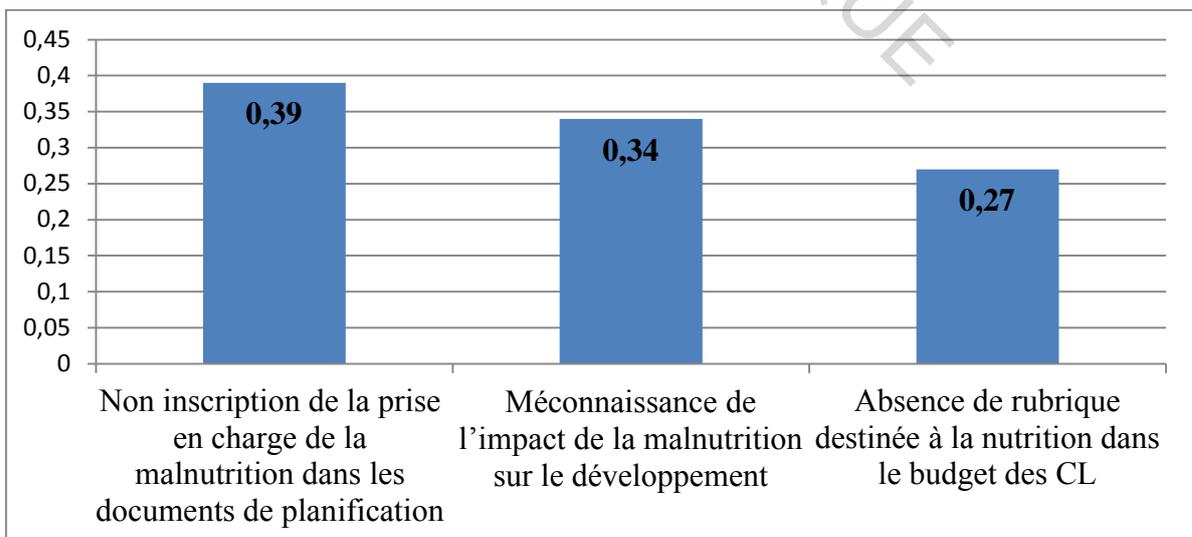
Le « diagramme de Pareto » visualise l'importance relative des différentes causes.

Le tableau VIII donne la fréquence relative et cumulée des causes du problème prioritaire.

**Tableau VIII : Fréquence relative des causes**

Causes	Score	Fréquence relative	Fréquence cumulée
Non inscription de la prise en charge de la malnutrition dans les documents de planification	65	$65/166= 0.39$	0.39
Méconnaissance de l'impact de la malnutrition sur le développement	56	$56/166= 0.34$	0.73
Absence de rubrique destinée à la nutrition dans le budget des CL	45	$45/166= 0.27$	1
Total	166		

La figure 9 donne la représentation graphique des fréquences relatives de chaque cause du problème prioritaires.



**Figure 9 : Histogramme de fréquence des causes du problème**

La « non inscription de la prise en charge de la malnutrition dans les documents de planification des CL » représente 39% des causes du problème. Selon la règle de Pareto, ces 39% pourraient expliquer 61% du problème. Ainsi la résolution de ces 39% permettrait d'améliorer les insuffisances liées à la participation des élus locaux et d'améliorer la participation communautaire dans la mise en œuvre du PRN.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## **CHAPITRE 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS**

### **6.1 Identification des solutions**

Les solutions proposées sont issues de la revue de la littérature et des résultats de l'enquête.

#### **6.1.1 Solution selon la littérature**

Les solutions suivantes sont proposées dans les documents consultés.

- **Transfert aux collectivités locales de la gestion des interventions en nutrition**

La nutrition entre dans le domaine des compétences transférées aux collectivités locales. La deuxième phase du PRN a mis en place un schéma institutionnel basé sur le transfert aux collectivités locales la gestion des interventions en nutrition. La collectivité locale a pour mandat (CLM, Mai 2006) :

- assurer la prise en compte de la lettre de Politique de Développement de la Nutrition dans le Plan de Développement de la collectivité locale ou lors de la révision de ce document ;
  - sélectionner une AEC avec l'assistance de la CLM et selon des procédures et critères définis ;
  - identifier les villages ou quartiers d'intervention avec la contribution du District de Santé.
- **Renforcement de capacité des élus locaux en leadership axé sur la nutrition**<sup>12</sup>

La CLM a organisé, en partenariat avec le Programme National de Développement Local (PNDL), une session de formation qui avait pour objectif de faciliter aux Collectivités locales l'adoption d'outils liés à la promotion de la nutrition dans leur méthode de gouvernance.

#### **6.1.2 Solution selon les résultats de l'enquête**

L'analyse des résultats de l'enquête permet d'identifier les solutions suivantes :

- **Impliquer les élus locaux lors de l'élaboration des plans d'actions annuelles des AEC**

---

<sup>12</sup><http://www.pndl.org>

Les élus locaux sont les maîtres d'ouvrage des projets de nutrition communautaire. La participation des élus aux processus facilite l'appropriation du plan d'action.

- **Renforcer les capacités des élus locaux sur l'importance de la nutrition dans le développement humain**

Le renforcement de la capacité des élus sur l'importance de la nutrition dans le développement humain permet de faire de la nutrition une des priorités de développement local.

- **Renforcer la sensibilisation des élus locaux avant le vote des budgets**

La sensibilisation des élus locaux avant le vote du budget attire leur attention sur la nécessité de prévoir une rubrique dans le budget pour la prise en charge de la malnutrition.

- **Organiser des rencontres de restitution avec les élus locaux**

La restitution communautaire en présence des élus permet de faire engager ces derniers dans la prise en charge de la malnutrition.

- **Intégrer la nutrition dans les documents de planification des collectivités locales**

L'inscription de la nutrition dans les documents de planification est une assurance de la prise en charge de la nutrition par les collectivités locales. Dans ce cas, les élus locaux participeront activement à la mise en œuvre du PRN.

## **6.2 Priorisation des solutions**

L'analyse des problèmes a été effectuée sur la base de quatre critères.

- La faisabilité technique de la solution qui se rapporte à la capacité technique de mettre en œuvre la solution.
- Le coût qui se rapporte aux avantages de la solution en termes de coût/efficacité ;
- Le délai de mise en œuvre qui se rapporte au délai dans lequel la mise en œuvre de la solution pourrait être envisagé.
- L'impact qui se rapporte à la capacité de la solution à influencer durablement le problème dans le sens de la résolution.

Le groupe de priorisation considère que les critères ont le même poids donc le même coefficient a été appliqué à tous les critères.

Chaque critère est coté de 1 à 5 points.

Chaque membre du groupe a fait sa notation sur une feuille ramassée avant de reporter les résultats.

Le tableau IX donne les résultats de la priorisation des solutions.

**Tableau IX : Tableau de priorisation des solutions**

	Faisabilité technique de la solution	Coût de la solution	Délai de la mise en œuvre	Impact	Score	Rang
Renforcer la sensibilisation des élus locaux avant le vote des budgets	3+5+4+5= <b>17</b>	4+3+2+3= <b>12</b>	1+2+2+2= <b>7</b>	5+5+5+5= <b>20</b>	<b>56</b>	2 <sup>ème</sup>
Renforcer les capacités des élus locaux sur l'importance de la nutrition dans le développement humain	3+5+5+2= <b>15</b>	4+3+5+1= <b>13</b>	1+1+2+3= <b>7</b>	5+5+3+2= <b>15</b>	<b>50</b>	4 <sup>ème</sup>
Impliquer les élus locaux dans l'élaboration des plans d'action annuels des AEC	3+5+3+5= <b>16</b>	2+4+3+2= <b>11</b>	2+2+2+2= <b>8</b>	5+5+5+5= <b>20</b>	<b>55</b>	3 <sup>ème</sup>
<b>Intégrer la nutrition dans les documents de planification des collectivités locales</b>	5+5+5+5= <b>20</b>	4+5+3+3= <b>15</b>	3+2+2+2= <b>9</b>	5+5+5+5= <b>20</b>	<b>64</b>	1 <sup>ère</sup>
Organiser des rencontres de restitution avec les élus locaux	4+5+4+4= <b>17</b>	1+1+2+2= <b>6</b>	3+2+1+1= <b>7</b>	4+4+5+5= <b>18</b>	<b>48</b>	5 <sup>ème</sup>

### 6.3 Justification du choix de la solution

La solution « Intégrer la nutrition dans les documents de planification des collectivités locales » a obtenu le score le plus élevé (64 points). Elle se retrouve être la solution la plus appropriée pour résoudre la participation insuffisante des élus locaux dans la mise en œuvre du PRN.

En effet une intégration de la nutrition dans les documents de planification des collectivités locales permet d'obtenir une meilleure participation des élus locaux dans la mise en œuvre du PRN.

## **CHAPITRE 7 : PROJET DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION RETENUE**

L'amélioration de la participation des élus locaux dans la mise en œuvre du PRN réside dans l'intégration des activités de nutrition dans les documents de planification des collectivités locales. Les bureaux régionaux de la Cellule de lutte contre la malnutrition, aux côtés des élus locaux, des agents des Agences régionales de développement et des Services techniques déconcentrés, ont un rôle important à jouer. Un projet de mise en œuvre est proposé.

### **7.1 Objectifs du projet**

#### **7.1.1 Objectif général**

L'objectif général est d'améliorer d'ici 2016 le niveau de participation des élus locaux dans la mise en œuvre du PRN par une intégration de la nutrition dans les documents de planification des collectivités locales.

#### **7.1.2 Objectifs spécifiques**

Il s'agit plus spécifiquement de :

- Renforcer les compétences de 100% des élus locaux et planificateurs du département de Kolda sur l'impact de la nutrition sur le développement d'ici 2016.
- Amener 100% des collectivités locales à intégrer la nutrition dans les documents de planification d'ici 2016.

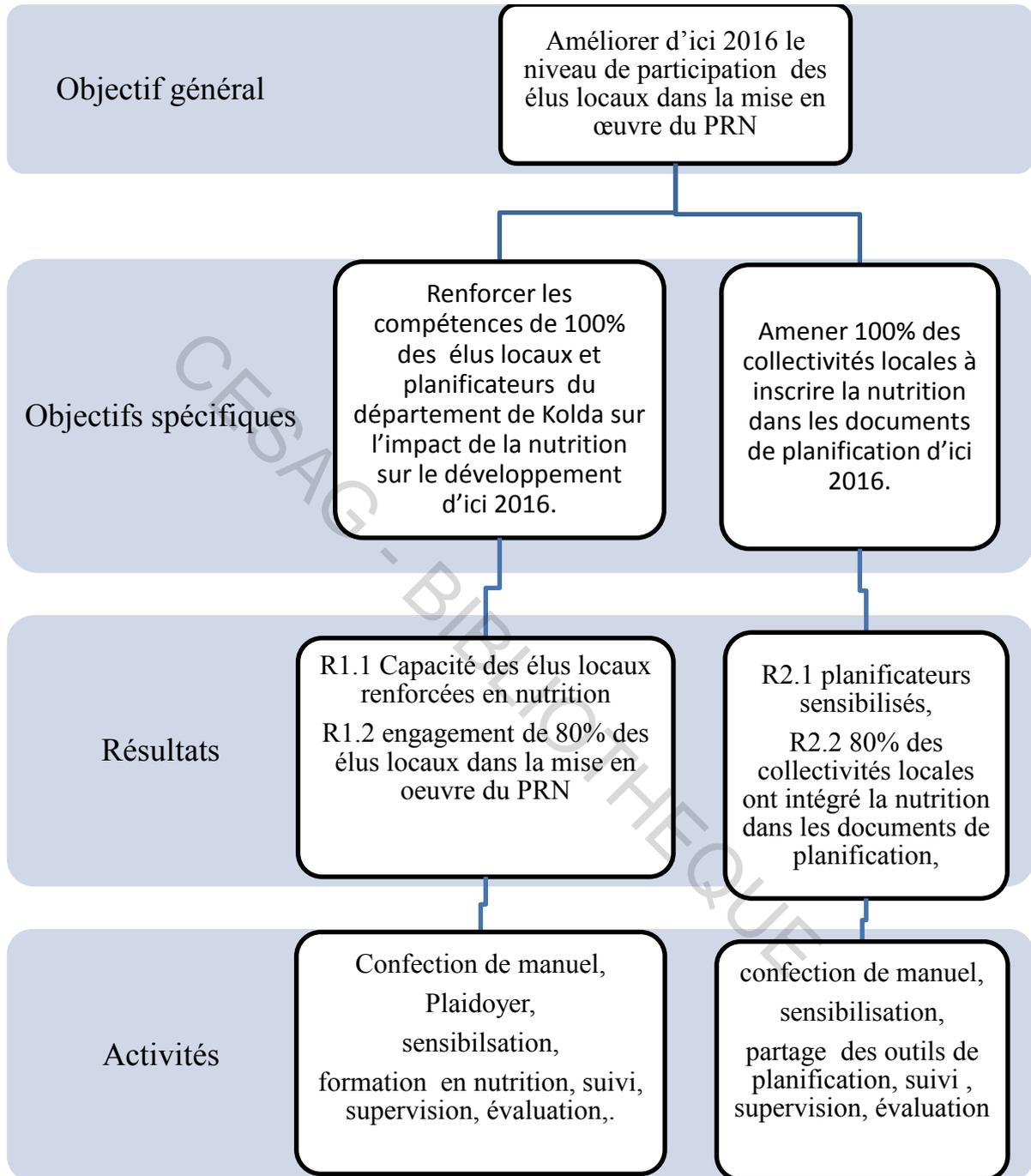
### **7.2 Cibles**

Ces activités toucheront :

- les maires des collectivités locales financées par la CLM ;
- les présidents des commissions de santé de ces collectivités locales ;
- les agents de l'agence régionale de développement de Kolda.

### 7.3 Arbre des objectifs

La figure 10 représente l'arbre des objectifs de la mise en œuvre de la solution prioritaire.



**Figure 10 : Arbre des objectifs**

## 7.4 Cadre logique

Le tableau X donne le cadre logique de la mise en œuvre de la solution retenue.

**Tableau X : Cadre logique de la mise en œuvre de la solution**

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement mesurables (IOV)	Source de vérification	Hypothèse/Condition critique
<p><b>Objectif général :</b> Améliorer d'ici 2016 le niveau de participation des élus locaux dans la mise en œuvre du PRN par une intégration de la nutrition dans les documents de planification des collectivités locales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proportion d'élus locaux participant à la mise en œuvre du PRN ;</li> <li>- Proportion d'activités de prise en charge d'enfants malnutris (MAM et MAS) soutenues par les CL.</li> </ul>	Rapport d'enquête ; Rapport de supervision ; Rapport d'activités.	Engagement politique de l'état ; Engagement des partenaires techniques et financiers,
<p><b>Objectifs spécifiques :</b>                      OS1 : Renforcer les compétences de 100% des élus locaux et planificateurs du département de Kolda sur l'impact de la nutrition sur le développement d'ici 2016.                       OS2 : Amener 100% des collectivités locales à intégrer la nutrition dans les documents de planification d'ici 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proportion d'élus locaux connaissant l'importance de la nutrition dans le développement ;</li> <li>- Proportion d'élus locaux qui participent aux suivis des activités du PRN ;</li> <li>- Proportion d'élus locaux qui participent à la supervision des relais ;</li> <li>-Proportion de collectivités ayant intégré la nutrition dans le plan de développement local..</li> </ul>	EDS ; Rapport de formation ; Rapport d'activité ; Procès verbal de rencontre,	Engagement politique de l'état; Stabilité institutionnelle et politique ; Adhésion de toutes les parties prenantes : CLM, BEN, BER, CL, ARD, AEC

Logique d'intervention	Indicateurs objectivement mesurables (IOV)	Source de vérification	Hypothèse/Condition critique
<p><b>Résultats :</b></p> <p><b>R1.1</b> Capacité des élus locaux renforcés en nutrition,</p> <p><b>R1.2</b> engagement de 80% des élus locaux dans la mise en œuvre du PRN.</p> <p><b>R2.1</b> 100% des planificateurs sensibilisés,</p> <p><b>R2.2</b> 80% des collectivités locales ont intégré la nutrition dans les documents de planification.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proportion des maires formés en nutrition ;</li> <li>- Proportion de présidents de commission de santé des CL du district sanitaire de Kolda formés en nutrition ;</li> <li>- Nombre de participant à l'atelier de formation ;</li> <li>- Proportion de planificateurs du département de Kolda sensibilisés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport d'activités ;</li> <li>- Rapport d'enquête de Connaissance Pratique Comportement (CPC) ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation des élus locaux,</li> <li>- Participation des agents des services décentralisés, déconcentrés et techniques.</li> </ul>

<b>Logique d'intervention</b>	<b>Indicateurs objectivement mesurables (IOV)</b>	<b>Source de vérification</b>	<b>Hypothèse/Condition critique</b>
<p><b>Activités :</b></p> <p>A1.1 Confection des manuels de formateurs et apprenants en nutrition,</p> <p>A1.2 organisation d'atelier de formation en nutrition,</p> <p>A1.3 organisation de séances de plaidoyer auprès des décideurs locaux.</p> <p>A2.1 Organisation d'atelier de concertation,</p> <p>A2.2 organisation d'atelier de partage des outils de planification.</p> <p>A2.3 Suivi et évaluation des activités</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nombre de manuels de formation disponibles ;</li> <li>- Nombre d'ateliers de formation réalisés ;</li> <li>- Nombre d'activités de sensibilisation réalisées ;</li> <li>- Nombre d'élus locaux présents à la formation ;</li> <li>- Nombre d'activités de plaidoyer organisées ;</li> <li>- Proportion de décideurs locaux ayant participé aux séances de plaidoyer ;</li> <li>- Nombre de séances de partage d'outils de planification réalisés,</li> <li>- Nombre de supervisions exécutées,</li> <li>- Nombre d'enquêtes réalisées ;</li> <li>- Nombre de rencontres de dissémination de résultats organisées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Liste de présence</li> <li>- Procès verbal de livraison des manuels</li> <li>- Rapport d'activité</li> <li>- Procès verbal</li> </ul>	<p>Disponibilité des fonds.</p>

## 7.5 Plan d'action

Le tableau XI donne le plan d'action de la mise en œuvre des activités retenues.

**Tableau XI : plan d'action de la mise en œuvre des activités**

Activités	Indicateurs	Responsable	Début	Fin	Ressources	Lieu
A1.1 Confection des manuels de formateurs et d'apprenants en nutrition	- Nombre de manuels de formateurs disponibles, - Nombre de manuels de participants disponibles.	Responsable de suivi et d'appui des opérations de la CLM	<b>Lun 02/03/15</b>	<b>Ven 06/03/15</b>	Facilitateur, expert, fournitures de bureau, terme de référence, salle de travail, prise en charge des participants, logistique, impression.	Kolda
A1.2 organisation d'atelier de formation en nutrition	- Nombre d'ateliers de formation réalisés ; - Nombre d'élus locaux présents à la formation.	Responsable BER/CLM de Kolda	<b>Lun 13/04/15</b>	<b>Ven 17/04/15</b>	Salle de conférence, formateur, manuels de participants, manuel de formateurs, kit participant, fourniture de bureau, prise en charge des participants, secrétaire, logistique.	Kolda
A1.3 organisation de séances de plaidoyer auprès des décideurs locaux.	- Nombre d'activités de plaidoyer réalisées ; - Proportion de décideurs locaux ayant participé aux séances de plaidoyer.	Responsable BER/CLM de Kolda	<b>Lun 11/05/15</b>	<b>Jeu 28/05/15</b>	Logistique, support de communication, prise en charge de participants, secrétaire, fournitures de bureau.	Collectivités locales

Activités	Indicateurs	Responsable	Début	Fin	Ressources	Lieu
A2.1 organisation d'atelier de partage des outils de planification	- Nombre de séances de partage d'outils réalisés ; - Pourcentage des outils de planification des CL intégrant la nutrition.	Responsable BER/CLM de Kolda	<b>Lun</b> <b>08/06/15</b>	<b>Mer 10/06/15</b>	Salle de conférence, logistique, fournitures de bureau, facilitateur, prise en charge des participants, secrétaire, logistique.	Kolda
A2.2 Suivi et évaluation des activités	-Nombre de supervisions exécutées ; - Nombre d'enquête réalisée ; - Nombre de rencontres de dissémination des résultats organisées.	Responsable de zone de la CLM couvrant le district de Kolda	<b>Lun</b> <b>02/03/15</b>	<b>Mer 10/06/15</b>	Logistique, fournitures de bureau, prise en charge des enquêteurs et superviseurs, salle de réunion, moyen de diffusion.	District sanitaire de Kolda

## 7.6 Graphique de Gantt

Le tableau XII donne le chronogramme des activités.

**Tableau XII : Chronogramme des activités**

Activités	Date d'exécution			
	Mars 2015	Avril 2015	Mai 2015	Juin 2015
A1.1 Confection des manuels de formateurs et d'apprenants en nutrition	*			
A1.2 organisation d'atelier de formation en nutrition		*		
A1.3 organisation de séances de plaidoyer auprès des décideurs locaux.			*	
A2.1 organisation d'atelier de partage des outils de planification				*
A2.2 Suivi et évaluation des activités	*	*	*	*

## 7.7 Budget

Le tableau XIII donne le budget du projet d'amélioration du niveau de participation des élus locaux dans la mise en œuvre du PRN.

**Tableau XIII : Budget du projet d'amélioration du niveau de participation des élus locaux dans la mise en œuvre du PRN**

<b>BUDGET PROJET AMELIORATION DU NIVEAU DE PARTICIPATION DES ELUS LOCAUX DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PRN</b>					
<b>Désignation</b>	<b>Nombre d'unités</b>	<b>Nombre de jours</b>	<b>Coût unitaire</b>	<b>Montant (CFA)</b>	<b>Source de financement</b>
<b>A1.1 Confection des manuels de formateurs et d'apprenants en nutrition</b>					
Facilitateur	1	5	25000	125 000	PRN
expert	1	5	125000	625 000	
Représentant CLM	2	5	25000	250 000	
fournitures de bureau			PM	PM	
terme de référence			PM	PM	
salle de travail	1	5	30000	150 000	
Pause-café	5	5	1500	37 500	
Pause-déjeuner	5	5	2500	62 500	
logistique	1	1		PM	
impression	200	1	5000	1 000 000	
Imprévue				50 000	
<b>Sous total</b>				<b>2 300 000</b>	

<b>A.1.2 organisation d'atelier de formation en nutrition</b>					
Salle de conférence	1	5	30000	150 000	PRN
formateur	2	5	25000	250 000	
manuels de participants			PM	PM	
manuel de formateurs			PM	PM	
kit participant	20	1	2000	40 000	
fourniture de bureau			PM	PM	
prise en charge nuitée des participants	14	5	15000	1 050 000	
secrétaire	1	5	5000	25 000	
Transport participants	14	1	6000	84 000	
Pause-café	20	5	1500	150 000	
Pause-déjeuner	20	5	2500	250 000	
logistique	1	1	PM	PM	
Imprévue				50 000	
<b>Sous total</b>				<b>2 049 000</b>	

<b>A1.3 organisation de séance de plaidoyer auprès des décideurs locaux</b>					
Logistique			PM	PM	PRN
support de communication			PM	PM	
prise en charge de participants	21	1	25000	525 000	
secrétaire	1	2	5000	10 000	
fournitures de bureau			PM	PM	
Imprévue				25 000	
<b>Sous total</b>				<b>560 000</b>	

<b>A2.1 organisation d'atelier de partage des outils de planification</b>					
Salle de conférence	1	3	30000	90 000	PRN
logistique			PM	PM	
fournitures de bureau			PM	PM	
facilitateur	1	3	50000	150 000	
prise en charge nuitée des participants	15	3	15000	675 000	
secrétaire	1	3	5000	15 000	
Pause-café	15	3	1500	67 500	
Pause-déjeuner	15	3	2500	112 500	
transport participants	7	1	6000	42 000	
logistique			PM	PM	
Imprévus				25 000	
<b>Sous total</b>				<b>1 177 000</b>	

<b>A2.2 Suivi et évaluation des activités</b>						
Logistique				PM	PM	PRN
fournitures de bureau				PM	PM	
prise en charge des enquêteurs et superviseurs				PM	PM	
salle de réunion	1	2		30000	60 000	
moyen de diffusion				300000	300 000	
<b>Sous total</b>					<b>360 000</b>	
<b>TOTAL</b>					<b>6 446 000</b>	

## 7.8 Plan de suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation sont d'une importance capitale pour la réussite de ce projet. Ils se font du début à la fin par les acteurs. Les évaluations apprécieront le niveau de participation des élus locaux dans la mise en œuvre du PRN.

### 7.8.1 Cadre logique de suivi et évaluation

La figure 11 donne le cadre logique de suivi et évaluation du projet.

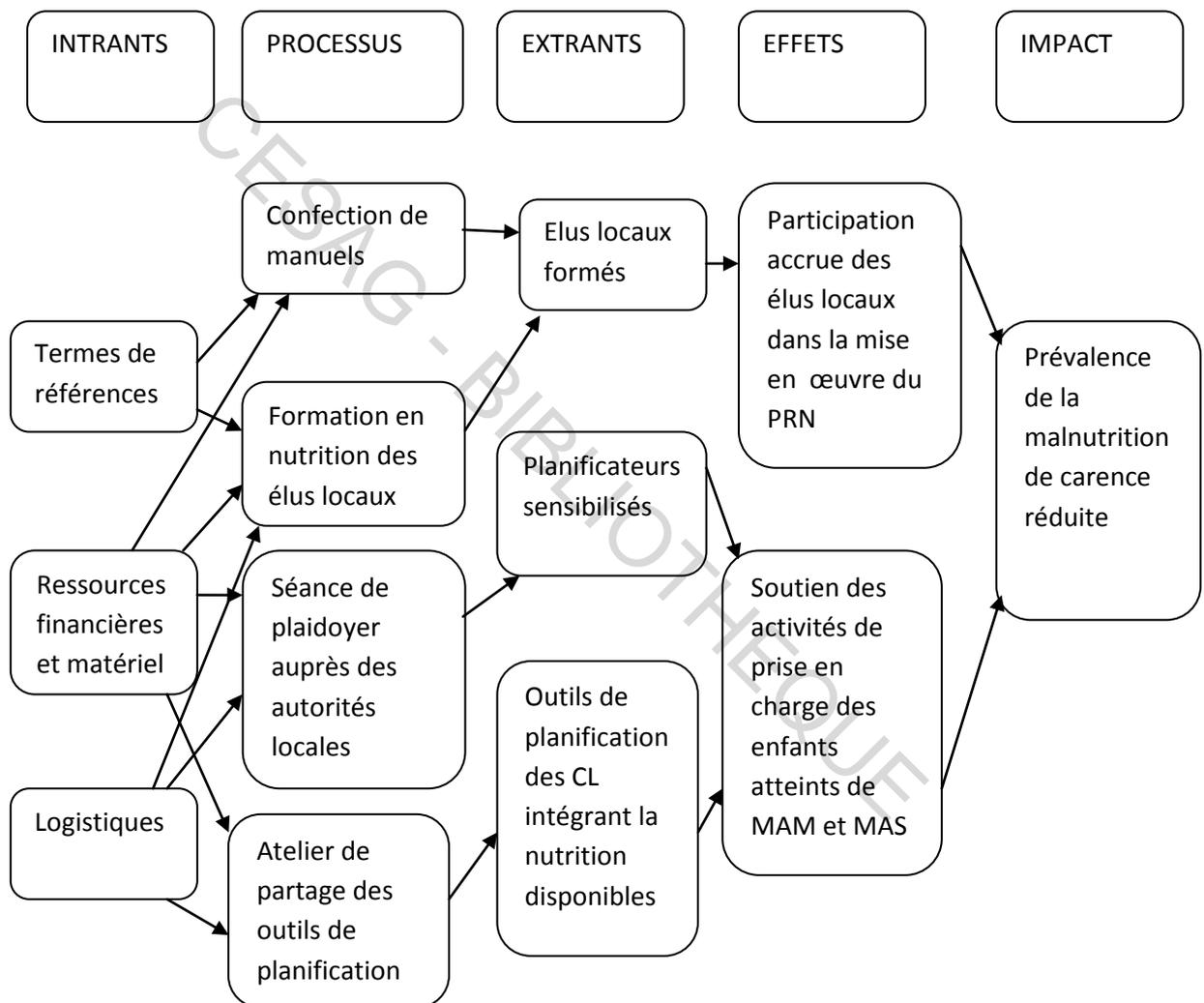


Figure 11 : Cadre logique de suivi et évaluation

### 7.8.2 Indicateurs par niveau

Le tableau XIV donne les indicateurs du projet d'amélioration de la participation des élus locaux dans la mise en œuvre du PRN.

**Tableau XIV : Indicateurs par niveau**

Indicateurs	Définition	Mode de calcul	Sources de données	Personne responsable
INTRANTS	Proportion de ressources financières disponibles	$\frac{\text{Ressources financières disponibles}}{\text{Total ressources financières attendues ou prévues}}$	Relevé bancaire, rapports financiers	Administrateur comptable du BER/CLM Kolda
	Nombre de véhicules/motos disponibles	Comptage	Rapport d'inventaire	Administrateur comptable du BER/CLM Kolda
	Quantité de fournitures de bureau disponibles	comptage	Rapport d'inventaire	Administrateur comptable du BER/CLM Kolda
PROCESSUS	Nombre de manuels de formation disponibles	comptage	Rapport d'inventaire	Administrateur comptable du BER/CLM Kolda
	Nombre d'élus locaux présents à la formation	comptage	Liste de présence	Responsable BER/CLM Kolda
	Proportion de décideurs locaux ayant participé aux séances de plaidoyer.	$\frac{\text{Nombre de décideurs locaux présents}}{\text{Total des décideurs locaux ciblés}}$	Liste de présence	Responsable BER/CLM Kolda
	Nombre de	Comptage	Rapport	Responsable

	séances de partage d'outils réalisées		d'activités	BER/CLM Kolda
	Nombre de supervisions exécutées	Comptage	Rapport de supervision	Responsable BER/CLM Kolda
EXTRANTS	Proportion d'élus locaux connaissant l'importance de la nutrition dans le développement	$\frac{\text{Nombre d'élus connaissant au moins 3 impacts de la nutrition sur le développement}}{\text{Total des élus locaux formés}}$	Rapport d'enquête	Responsable de la zone couvrant le district sanitaire de Kolda
	Proportion de planificateurs sensibilisés	$\frac{\text{Nombre de palnificateurs sensibilisés}}{\text{Total des palnificateurs des CL du département de Kolda}}$	Rapport d'enquête	Responsable de la zone couvrant le district sanitaire de Kolda
	Proportion d'outils de planification des CL intégrant la nutrition.	$\frac{\text{Nombre d'outils de palnification des CL intégrant la nutrition}}{\text{Total des outils de palnification des CL}}$	Rapport d'activités	Responsable de la zone couvrant le district sanitaire de Kolda
EFFET	Proportion d'élus locaux participant à la mise en œuvre du PRN	$\frac{\text{Nombre d'élus locaux participant à la mise au suivi et supervision}}{\text{Nombre total d'élus locaux}}$	Rapport d'activités	Responsable BER/CLM Kolda

	Proportion d'activités de prise en charge d'enfants malnutris (MAM et MAS) soutenues par les CL	$\frac{\text{Nombre d'activités de prise en charge d'enfants (MAM et MAS) soutenues}}{\text{Nombre d'activités}}$	Rapport de supervision	Responsable BER/CLM Kolda
IMPACT	Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 5 ans présentant une malnutrition	$\frac{\text{Nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans malnutris}}{\text{Nombre total d'enfants}}$	Rapport d'enquête SMART	Responsable de suivi et d'appui des opérations de la CLM

### 7.8.3 Plan de mise en œuvre du plan de suivi et évaluation

Le tableau XV résume la mise en œuvre du plan de suivi et évaluation.

**Tableau XV : plan de mise en œuvre du plan de suivi et évaluation**

Activités	Moyen de vérification	Période	Responsable	Budget
Suivi des activités du plan d'action	Rapport d'activités	Mensuelle	Responsable BER/CLM Kolda	PM
Supervision des activités	Rapport de supervision	Trimestrielle	Responsable BER/CLM Kolda	PM
Enquête qualitative auprès des prestataires et bénéficiaires	Rapport d'enquête	Semestrielle	Responsable BER/CLM Kolda	PM
Atelier de partage des résultats	Rapport d'activités	Trimestrielle	Responsable BER/CLM Kolda	PM
Evaluation finale	Rapport d'évaluation	Fin du projet	Responsable BER/CLM Kolda	PM

#### **7.8.4 Dissémination et utilisation de l'information**

La dissémination de l'information se fera lors des réunions de coordination et des ateliers de partage des résultats. Les canaux de dissémination de l'information seront les rapports d'activités, les dépliants, les revues du projet et audiovisuel.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

## 8. RECOMMANDATIONS

Au terme de l'étude des recommandations ont été formulées.

### ▪ **Au Programme de Renforcement de la nutrition**

- redynamiser les comités de pilotage des sites communautaires ;
- actualiser les listes des agents relais communautaires ;
- revoir le système d'intéressement pécuniaire des relais ;
- doter les relais de vélo comme moyen de déplacement ;
- encourager l'organisation des restitutions communautaires ;
- revoir à la hausse le montant alloué aux démonstrations culinaires lors des regroupements pour la prise en charge des enfants malnutris ;
- renforcer en jouets d'éveil les sites communautaires ;
- encourager l'organisation des relais en association ;
- organiser un plaidoyer auprès des autorités locales pour le soutien des activités de nutrition communautaire.

### ▪ **A Childfund Kolda**

- former les relais communautaires en production de farines enrichies ;
- harmoniser la densité des relais communautaires (exemple 1 relais pour un nombre de ménages définis) ;
- confier certaines activités aux associations des relais communautaires ;
- impliquer les élus locaux dans l'élaboration du plan de travail annuel ;
- mettre l'accent sur la réalisation des restitutions communautaires en présence de la communauté ;
- renforcer la capacité des relais en nutrition communautaire.

## CONCLUSION

Les interventions en nutrition ont enregistré d'énormes progrès depuis l'adoption de l'approche programme. Ces avancées se sont matérialisées par la couverture des 14 régions par le PRN, l'engagement politique de l'état, la mise sur place d'un cadre institutionnel, l'engagement des partenaires et l'amélioration des indicateurs de santé.

Mais la malnutrition constitue un fardeau pour la population dans un contexte marqué par l'insécurité alimentaire, la pauvreté, la méconnaissance de l'impact de la nutrition sur le développement.

La nutrition communautaire a permis à la population de prendre en charge la malnutrition. Cette prise en charge de la malnutrition nécessite la participation communautaire. Dans le district sanitaire de Kolda les défis de la participation communautaire comprennent :

- l'amélioration du niveau de participation des élus locaux dans la mise en œuvre du PRN ;
- la redynamisation des comités locaux de pilotage ;
- l'implication des Organisations Communautaire de Base dans la mise en œuvre du PRN.

Cette étude a proposé des solutions à l'amélioration de la participation communautaire dans la mise en œuvre du PRN. La solution principale est de mener des activités pouvant aboutir à l'intégration de la nutrition dans les documents de planification des collectivités locales.

Nous recommandons alors des recherches qui ont pour objectif de comprendre comment l'accompagnement des collectivités locales pourrait rendre plus efficaces les actions des acteurs communautaires (relais, comité de pilotage et OCB) dans les projets de nutrition communautaire.

## REFERENCES

1. (s.d.). Consulté le juillet 20, 2014, sur [http://www.statistiques-mondiales.com/mortalite\\_infantile.htm](http://www.statistiques-mondiales.com/mortalite_infantile.htm)
2. (s.d.). Consulté le Juillet 15, 2014, sur [http://www.ansd.sn/index.php?option=com\\_rapports&view=rapports&Itemid=411](http://www.ansd.sn/index.php?option=com_rapports&view=rapports&Itemid=411)
3. (ENN), E. N. (juillet 2014). *NUTRITION EXCHANGE* , 39p.
4. ANSD. (2010-2011). *Enquête nationale de pauvreté*.
5. ANSD. (Juillet 2013). *Enquête Démographique et de Santé continue au Sénégal (EDS-Continue) 2012-2013*, 215p.
6. ANSD. (Mars 2014). *Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'agriculture et de l'élevage (RGPHAE)*. Recensement, ANSD, Dakar, 418p.
7. CCF. (Octobre 2008). *Community Actions Against Malnutrition*.
8. Chidfund/USAID. (2006-2011). *Expérience acquise de santé communautaire, évaluation finale*. Rapport d'activités.
9. CLM. (Mai 2006). *Programme de Renforcement de la Nutrition: Plan Stratégique-Phase II 2007-2011*.
10. CLM, B. E. (2014). *Population cibles*.
11. Communautaire, C. d. (2014). *Plan national stratégique de santé communautaire 2014-2018*. Ministère de la santé et de la prévention, Cellule de Santé Communautaire, Dakar.
12. DANSE, M. d. (Mai 2010). *Protocole de prise en charge de la malnutrition aigue*. Ministère de la Santé et de la Prévention du Sénégal, Division de l'Alimentation de la Nutrition et de la Survie de l'Enfant (DANSE), Dakar.
13. FAO. (2010). *Améliorer les programmes de nutrition: un outil d'analyse tourné vers l'action*. Rome. 99p.

14. MSP, M. d. (Janvier 2009). *Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018*. MSP, 86p.
15. NDIAYE, A. I. (Février 2010). *COMPRENDRE LES FACTEURS POLITIQUES ET INSTITUTIONNELS CONDUISANT AU CHANGEMENT DES POLITIQUES DE NUTRITION: le cas du Sénégal*,
16. Pineault, R. -C. (1995). *La planification de la santé concept-méthodes-stratégie*. Ottawa: Edition nouvelle, 480p.
17. PNDL. (s.d.). Consulté le Octobre 12, 2014, sur <http://www.pndl.org/Pour-une-integration-des-outils-de.html>
18. SECK, P. I. (2013-2014). Cours de santé communautaire. Sénégal.
19. SEMBENE, D. B. (Juillet 2008). *Evaluation de la participation communautaire au processus de planification dans un système de santé district: étude de cas du district sanitaire de Mbao*. Mémoire, INAS centre collaborateur de l'OMS, Maroc. pp.20-40.
20. SNDES. (Octobre 2012). *Stratégie Nationale de Développement Economique et Sociale 2013-2017*, 79p.
21. SOKHNA, D. S. (2009). *Contribution pour une meilleure implication des OCB et ONG aux activités de lutte contre la tuberculose et la mise en oeuvre de la DOTS communautaire au Sénégal*. Mémoire. pp.60-70

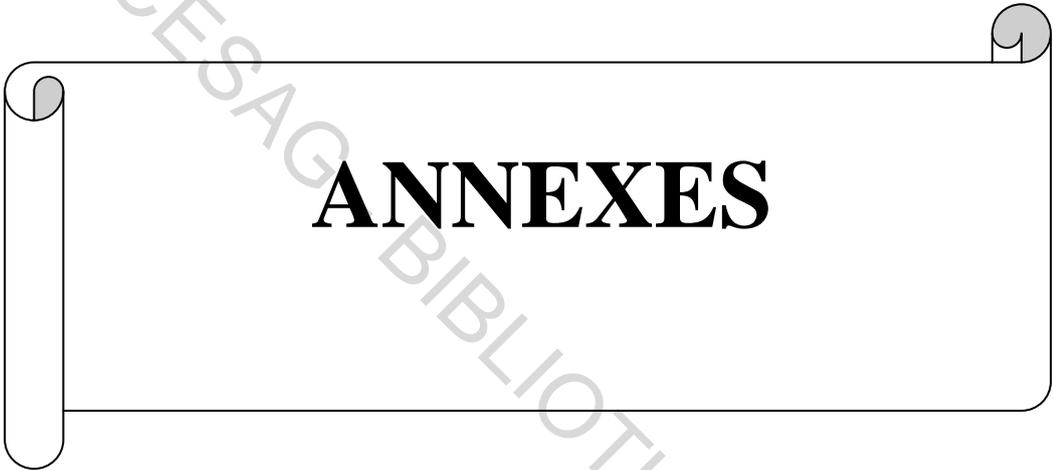
## TABLE DES MATIERES

DEDICACES .....	i
REMERCIEMENTS .....	ii
SOMMAIRE .....	iii
<b>ABREVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	v
LISTE DES TABLEAUX .....	vii
LISTE DES FIGURES .....	viii
CHAPITRE 1 : ANALYSE SITUATIONNELLE .....	4
<b>1.1 Analyse de l’environnement externe : le Sénégal</b> .....	4
<b>1.1.1 Situation géographique</b> .....	4
<b>1.1.2 Organisation administrative</b> .....	5
<b>1.1.3 Caractéristiques de la population</b> .....	5
<b>1.1.4 Caractéristiques socio-économiques</b> .....	6
<b>1.1.5 Organisation sanitaire du Sénégal</b> .....	6
<b>1.1.5.1 Politique sanitaire</b> .....	6
<b>1.1.5.2 Pyramide sanitaire du Sénégal</b> .....	7
<b>1.1.5.3 Référence et contre référence</b> .....	8
<b>1.1.5.4 Infrastructures sanitaires</b> .....	8
<b>1.1.5.5 Ressources humaines</b> .....	9
<b>1.1.5.6 Financement du système de santé</b> .....	10
<b>1.1.6 Situation nutritionnelle du Sénégal</b> .....	11
<b>1.1.7 Principaux indicateurs de santé</b> .....	12
<b>1.1.8 Politique de nutrition au Sénégal</b> .....	13
<b>1.2 Analyse de l’environnement interne</b> .....	15
<b>1.2.1 Présentation du district sanitaire (DS) de Kolda</b> .....	16
<b>1.2.1.1 Situation géographique</b> .....	16
<b>1.2.1.2 Mission</b> .....	16
<b>1.2.1.3 Caractéristiques administratives</b> .....	16
<b>1.2.1.4 Données sociodémographiques</b> .....	17
<b>1.2.1.5 Caractéristiques sanitaires</b> .....	17
<b>1.2.2 Présentation de la Division de l’Alimentation et de la Nutrition (DAN)</b> .....	19
<b>1.2.3 Présentation de la Cellule de Lutte contre la Malnutrition (CLM)</b> .....	20
<b>1.2.3.1 Vision</b> .....	20
<b>1.2.3.2 Missions</b> .....	20

1.2.3.3	<b>Fonctionnement</b> .....	22
1.2.3.4	<b>Axes stratégiques</b> .....	22
1.2.3.5	<b>Schéma institutionnel</b> .....	23
1.2.4	<b>Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN)</b> .....	24
1.2.4.1	<b>Contexte</b> .....	24
1.2.4.2	<b>Objectifs</b> .....	25
1.2.4.3	<b>Stratégies</b> .....	25
1.2.4.4	<b>Cibles</b> .....	25
1.2.4.5	<b>Phase du Programme</b> .....	25
1.2.5	<b>Présentation de l'Agence d'Exécution Communautaire (AEC) responsable de la zone</b>	26
1.3	<b>Synthèse de l'environnement (Forces, Faiblesses)</b> .....	27
1.3.1	<b>Forces du PRN</b> .....	27
1.3.2	<b>Faiblesses</b> .....	27
2.1	<b>Problématique</b> .....	28
2.1.1	<b>Contexte</b> .....	28
2.1.2	<b>Enoncé du problème</b> .....	28
2.1.3	<b>Ampleur du problème</b> .....	29
2.1.4	<b>Conséquences du problème</b> .....	30
2.2	<b>Intérêt et justification</b> .....	31
2.2.1	<b>Intérêt de l'étude</b> .....	31
2.2.1.1	<b>Pour le PRN</b> .....	31
2.2.1.2	<b>Pour le Centre Africain d'Etude Supérieure en Gestion (CESAG)</b> .....	31
2.2.1.3	<b>Pour le stagiaire</b> .....	31
2.2.2	<b>Justification</b> .....	31
2.3	<b>But et Objectifs de l'étude</b> .....	32
2.3.1	<b>But</b> .....	32
2.3.2	<b>Objectif général</b> .....	32
2.3.3	<b>Objectifs spécifiques:</b> .....	33
2.4	<b>Cadre conceptuel</b> .....	33
2.4.1	<b>Définition des concepts</b> .....	33
2.4.1.1	<b>Malnutrition par carence</b> .....	33
2.4.1.2	<b>Communauté</b> .....	34
2.4.1.3	<b>Santé communautaire</b> .....	34

2.4.1.4	Acteur communautaire .....	34
2.4.1.5	Nutrition communautaire .....	34
2.4.1.6	Participation communautaire .....	34
2.4.1.7	Collectivité locale .....	35
2.4.2	Nutrition communautaire au Sénégal et dans le DS de Kolda .....	35
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE .....		39
3.1	Population de l'étude .....	39
3.2	Méthode et technique d'échantillonnage .....	39
3.3	Stratégie de recherche .....	40
3.3.1	Type d'étude .....	40
3.3.2	Technique et instruments de collecte des données .....	40
3.3.2.1	Revue documentaire .....	40
3.3.2.2	Observation .....	41
3.3.2.3	Entretiens .....	41
3.3.2.4	Focus groupe .....	41
3.4	Pré-test .....	41
3.5	Déroulement de l'enquête .....	41
3.6	Dépouillement et traitement des données .....	42
3.6.1	Appréciation de la participation communautaire et identification du problème .....	42
3.6.2	Analyse des causes .....	43
3.6.3	Analyse des solutions .....	43
3.7	Difficultés et limites de l'étude .....	43
4.1	Bilan de la mise en œuvre de l'expérience .....	44
4.2	Mesure de la participation communautaire .....	46
4.2.1	Appréciation des besoins .....	50
4.2.2	Direction/leadership/représentation .....	50
4.2.3	Organisation .....	50
4.2.4	Mobilisation des ressources additionnelles .....	50
4.2.5	Gestion/mise en œuvre .....	51
4.2.6	Evaluation .....	51
4.3	Identification des problèmes et leur priorisation .....	53
4.3.1	Identification des problèmes .....	53
4.3.2	Priorisation des problèmes .....	53
CHAPITRE 5 : IDENTIFICATION-ANALYSE DES CAUSES ET LEUR PRIORISATION .....		56

<b>5.1</b>	<b>Identification des causes</b> .....	56
5.1.1	Causes selon la littérature.....	56
5.1.2	Causes selon les résultats de l'enquête .....	56
<b>5.2</b>	<b>Analyse des causes du problème</b> .....	56
5.2.1	Diagramme de causes à effets.....	57
5.2.2	Diagramme d'ISHIKAWA.....	58
<b>5.3</b>	<b>Priorisation des causes</b> .....	59
<b>CHAPITRE 6 : IDENTIFICATION ET PRIORISATION DES SOLUTIONS</b> .....		62
<b>6.1</b>	<b>Identification des solutions</b> .....	62
6.1.1	Solution selon la littérature .....	62
6.1.2	Solution selon les résultats de l'enquête .....	62
<b>6.2</b>	<b>Priorisation des solutions</b> .....	63
<b>6.3</b>	<b>Justification du choix de la solution</b> .....	64
<b>CHAPITRE 7 : PROJET DE MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION RETENUE</b> .....		65
<b>7.1</b>	<b>Objectifs du projet</b> .....	65
7.1.1	Objectif général .....	65
7.1.2	Objectifs spécifiques.....	65
<b>7.2</b>	<b>Cibles</b> .....	65
<b>7.3</b>	<b>Arbre des objectifs</b> .....	66
<b>7.4</b>	<b>Cadre logique</b> .....	67
<b>7.5</b>	<b>Plan d'action</b> .....	70
<b>7.6</b>	<b>Graphique de Gantt</b> .....	72
7.7	Budget .....	73
<b>7.8</b>	<b>Plan de suivi et évaluation</b> .....	78
7.8.1	Cadre logique de suivi et évaluation .....	78
7.8.2	Indicateurs par niveau .....	79
7.8.3	Plan de mise en œuvre du plan de suivi et évaluation .....	81
7.8.4	Dissémination et utilisation de l'information .....	82
<b>8.</b>	<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	83
<b>CONCLUSION</b> .....		84
<b>REFERENCES</b> .....		85



**ANNEXES**

CESAG BIBLIOTHEQUE

## **LISTE DES ANNEXES**

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX ARC/RELAIS .....	I
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AU MOBILISATEUR COMMUNAUTAIRE .....	II
ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AU COMITE LOCAL DE PILOTAGE .....	III
ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX ELUS LOCAUX.....	IV
ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX ICP .....	V
ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX MERES OU GARDIENNES D'ENFANTS.....	VI
ANNEXE 7 : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AU POINT FOCAL NUTRITION DE L'ECD .....	VII
ANNEXE 8 : GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AU SUPERVISEUR PRN DE CHILDFUND.....	VIII
ANNEXE 9 : GRILLE D'OBSERVATION DES SITES COMMUNAUTAIRES .....	X
ANNEXE 10 : ORGANIGRAMME DU BUREAU EXECUTIF NATIONAL DE LA CLM .....	XII

## ANNEXE 1

### GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX ARC/RELAIS

Région de Kolda

District sanitaire de Kolda

Collectivité locale de : .....

Localité de : ..... Fonction:

1. Quel est le nombre de villages/quartiers polarisés par le site?
2. Quelles sont les principales activités que vous menez?
3. Qui vous supervise?
4. A quelle fréquence?
5. Quelles sont les responsabilités qui vous sont confiées?
6. Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans le travail?
7. Quelles sont les causes?
8. Quelles sont les solutions?
9. Pouvez-vous me parler de vos relations avec l'ICP, le CLP, les bénéficiaires?
10. Quelle appréciation donnez-vous à la participation :
  - ICP - Elus locaux – Bénéficiaires - Comité local de pilotage - Autres groupes communautaire
11. Participez-vous aux réunions de restitution? Qui participe.
12. Participez-vous à l'auto-planification mensuelle au niveau du site? Qui participe.
13. Qui est ce qui est planifié pour ce mois de Septembre?
14. De quelle manière avez-vous participé à la mobilisation des ressources additionnelles des projets de nutrition communautaires?
15. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la mobilisation de la communauté?
16. Quelles sont les causes de ces problèmes?
17. Quelles solutions proposez-vous?
18. Que suggérez-vous pour la réussite et la pérennisation du PRN?
19. Avez-vous d'autres questions à aborder?

**Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.**

## ANNEXE 2

### GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AU MOBILISATEUR COMMUNAUTAIRE

Région de Kolda

District sanitaire de Kolda

Collectivité locale de :

Localité de :

Fonction:.....

1. Quel est le nombre de sites communautaires fonctionnels dans la collectivité locale?
2. Quelles sont les principales activités que vous menez dans le cadre de la nutrition communautaire?
3. Qui vous supervise?
4. A quelle fréquence?
5. Quelles sont les responsabilités qui vous sont confiées?
6. Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans le travail?
7. Quelles sont les causes?
8. Quelles sont les solutions?
9. Pouvez-vous me parler de vos relations avec l'ICP, le CLP, les bénéficiaires?
10. Quelle appréciation donnez-vous à la participation :
  - ICP - Elus locaux – Bénéficiaires - Comité local de pilotage - Autres groupes communautaire
11. Participez-vous aux réunions de restitution? Qui sont invités ?
12. Participez-vous à l'auto-planification mensuelle au niveau du site?
13. Qui est ce qui est planifié pour ce mois de Septembre?
14. De quelle manière avez-vous participé à la mobilisation des ressources additionnelles des projets de nutrition communautaires?
15. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la mobilisation de la communauté?
16. Quelles sont les causes de ces problèmes?
17. Quelles solutions proposez-vous?
18. Que suggérez-vous pour la réussite et la pérennisation du PRN?
19. Avez-vous d'autres questions à aborder?

**Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.**

### ANNEXE 3

#### GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AU COMITE LOCAL DE PILOTAGE

Région de Kolda

District sanitaire de Kolda

Collectivité locale de : .....

Site de : .....

1. Depuis quand ce comité est mis sur place?
2. Pouvez-vous me parler des conséquences de la malnutrition?
3. Quel est le nom du projet de nutrition en cours?
4. Qui le finance?
5. Qui le met en œuvre?
6. Pouvez-vous me parler du PRN?
7. Comment le comité de pilotage a été mis sur place?
8. Les membres du CLP ont-ils été orientés sur leurs rôles et responsabilités?
9. Quelles sont vos responsabilités?
10. A quelle fréquence vous vous réunissez?
11. Pouvez-vous me parler des activités que vous avez menées les 3 mois derniers?
12. Participez-vous aux réunions de restitution?
13. Participez-vous à la mobilisation des ressources additionnelles et comment?
14. Participez-vous à la supervision des ARC et AC de votre collectivité locale?
15. Quelles sont les initiatives que vous avez mises sur place?
16. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez?
17. Quelles sont les solutions?
18. Participez-vous aux réunions d'auto-évaluation et planification communautaire?
19. Qui est ce qui vous pousserez à améliorer votre participation à la lutte contre la malnutrition?
20. Que suggérez-vous pour la réussite et la pérennisation du PRN?

**Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.**

## ANNEXE 4

### GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX ELUS LOCAUX

Région de Kolda

District sanitaire de Kolda

Collectivité locale de : .....

Fonction: .....

1. Existe t-il un projet de nutrition financé par la CLM dans votre collectivité locale ?
2. Pouvez-vous me parler du PRN ?
3. Pouvez-vous me parler de quelques points forts et faibles de ce projet de nutrition communautaire ?
4. Quelles sont les activités que vous menez dans le cadre du projet du PRN ?
5. Etes-vous consultés dans l'identification et la priorisation des besoins de nutrition dans votre collectivité locale ?
6. Que faites-vous dans le soutien et la mobilisation des ressources additionnelles pour la lutte contre la malnutrition ?
7. Avez-vous participé à l'évaluation des projets de nutrition ?
8. Que pensez-vous de la participation de la population dans la lutte contre la malnutrition ?
9. Que pensez-vous du choix des membres du comité de pilotage ?
10. Pouvez-vous me parler du comité régional de suivi ?
11. Que suggérez-vous pour la pérennisation des projets de lutte contre la malnutrition dans votre collectivité locale ?

**Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.**

## ANNEXE 5

### GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX ICP

Région de Kolda

District sanitaire de Kolda

Poste de santé de : .....

Occupe le poste depuis : -5ans ; 5 à 10 ans ; plus de 10 ans

1. Recevez-vous des enfants malnutris référés par les ARC ?
2. Sous quelle forme participez-vous à la mise en œuvre des projets de nutrition communautaires ?
3. Avez-vous reçu le plan d'action des sites de nutrition communautaire ?
4. Quelles sont vos responsabilités dans les activités du PRN ?
5. A quelle fréquence participez-vous à la supervision des ARC, AC dans le cadre du PRN ?
6. Avez-vous participez aux réunions d'évaluation et de planification des projets de luttres contre la malnutrition ?
7. Recevez-vous des rapports d'activités sur le projet de nutrition communautaire?
8. A quelle fréquence ?
9. Avez-vous noté des difficultés particulières dans le cadre de votre collaboration avec Childfund dans le cadre du PRN ?
10. Quelles recommandations formulerez-vous pour une amélioration de votre collaboration avec Childfund dans le cadre du PRN ?
11. Que suggérez-vous par rapport à la prise en charge de la malnutrition par la communauté ?
12. Que suggérez-vous pour la pérennisation du programme de renforcement de la malnutrition ?

**Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.**

## ANNEXE 6

### **GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX MERES OU GARDIENNES D'ENFANTS BENEFICIAIRES DU PROGRAMME**

Collectivités locales de : .....

Village/ville de : .....

Quartier : .....

#### **INTRODUCTION**

- Saluer
- Préciser les objectifs de l'étude

#### **Sous thème : Connaissance du projet**

1. Comment avez-vous connu le programme de renforcement de la nutrition ?
2. Qui est ce que vous pouvez-dire sur le programme de renforcement de la nutrition ?

#### **Sous thème 2 : Participation communautaire**

3. Recevez-vous les relais chez vous ?
4. Quelles sont les différentes activités que vous menez dans le cadre du projet ?
5. Etes-vous représentées dans les réunions du projet ?
6. Participez-vous à la mobilisation des ressources additionnelles dans le cadre du projet ?
7. Que pensez-vous du travail du CLP ?
8. Citez-moi trois signes de malnutrition de carence chez un enfant âgé de 0-5 ans ?
9. Etes-vous autonome dans la prise en charge de la malnutrition de carence infantile ?
10. Qu'est ce que vous pensez de vos relations avec les relais et agents du projet ?
11. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'alimentation de vos enfants ?
12. Quelles sont les causes de ces difficultés ?
13. Pouvez-vous me proposer des solutions à ces difficultés ?
14. Que suggérez-vous pour que toutes les femmes participent au programme de renforcement de la nutrition ?
15. Avez-vous d'autres points à développer ?

**Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.**

## ANNEXE 7

### GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AU POINT FOCAL NUTRITION DE L'ECD

Région de Kolda

District sanitaire de Kolda

Fonction : .....

#### INTRODUCTION

- Saluer
- Préciser les objectifs de l'étude

#### Sous-thème 1 : Connaissance du PRN

1. Depuis quand êtes-vous à ce poste ?
2. Connaissiez-vous le programme de renforcement de la nutrition ?

#### Sous-thème 1 : Collaboration/soutien

3. Recevez-vous des rapports d'activités sur le projet de nutrition ?
4. A quelle fréquence ?
5. Quelles sont les activités que vous menez dans la lutte contre la malnutrition en collaboration avec Childfund dans le cadre du PRN ?
6. Pouvez-vous me donner la prévalence de la MAM, MAS dans le district sanitaire de Kolda ?
7. Que pensez-vous de la participation de la communauté dans le PRN ?
8. Quels sont les difficultés liées à la participation de la communauté dans le PRN ?
9. Quelles sont les solutions à ces problèmes ?
10. Avez-vous noté des difficultés particulières dans le cadre de votre collaboration avec Childfund dans le cadre du PRN ?
11. Quelles recommandations formulerez-vous pour une amélioration de votre collaboration avec childfund dans le cadre du PRN ?

**Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.**

## ANNEXE 8

### GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AU SUPERVISEUR PRN DE CHILDFUND

Structure : .....

Fonction : .....

#### INTRODUCTION

- Saluer.
- Préciser les objectifs de l'étude.

#### Sous thème 1: Connaissance du PRN

1. Depuis quand vous êtes à ce poste ?
2. Depuis quand exécutez-vous le PRN ?
3. Pouvez-vous m'expliquer les grandes étapes de l'exécution du PRN ?
4. Quels sont les acteurs de mise en œuvre du PRN ?
5. Pouvez-vous me parler de la responsabilité des différents acteurs ?

#### Sous thème 2 : Participation communautaire

6. Quels acteurs ont participé au suivi et évaluation ?
7. Par quel moyen avez-vous informé les acteurs de l'obtention du financement ?
8. Existe t-il un plan d'action opérationnelle au niveau communautaire ?
9. Quels sont les acteurs impliqués dans l'élaboration du plan d'action communautaire ?
10. Quels sont les responsabilités confiées aux collectivités locales et comité local de pilotage ?
11. Existe t-il un dispositif de mobilisation des ressources additionnelles au niveau communautaire ?
12. Pouvez-vous me parler des modalités d'enrôlement des relais et de motivation des ARC ?
13. Avez-vous des cadres de collaboration avec les organisations (groupe) communautaires et leaders dans la lutte contre la malnutrition? Donner des exemples.
14. Organisez-vous des réunions de restitution avec les collectivités locales ?
15. Quels sont les acteurs impliqués ?
16. Quelle est la périodicité ?
17. Pouvez-vous me parler du comité régional de suivi ?
18. Quel est le niveau de collaboration entre vous et les acteurs communautaire ?
19. Quel est le niveau de collaboration entre vous et l'ECD, les ICP, les élus locaux ?

20. Au cas où elle est passable, donner la cause.
21. Quel est le rôle des collectivités locales dans le financement des projets de nutrition communautaire ?
22. Disposez-vous d'un réseau de relais communautaire ? Oui (vérifier le document attestant son existence).
23. Quelles sont les difficultés liées à la participation communautaire dans les projets de nutrition des collectivités locales ?
24. Quelles sont les causes de ces difficultés ?
25. Quelles sont les solutions proposées à ces difficultés ?
26. Y a-t-il un aspect que vous auriez souhaité abordé, et dont on n'a pas fait mention ?
27. Que suggérez-vous pour la pérennisation du PRN ?

**Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude.**

CFEVSAG - BIBLIOTHEQUE

## ANNEXE 9

### GRILLE D'OBSERVATION DES SITES COMMUNAUTAIRES

<b>Aspects organisationnels</b>	<b>Types d'activités</b>	<b>Types et niveau de participation des participants</b>	<b>Groupes présents</b>	<b>Relations entre participants</b>

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**ANNEXE 10**

**ORGANIGRAMME DU BUREAU EXECUTIF NATIONAL DE LA CLM**

