



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

**Appropriation par les communautés des activités des
interventions de lutte contre la malnutrition aiguë
au Burkina Faso :
Cas des comités villageois de nutrition
de la Croix-Rouge dans la région du Sud-ouest**

présenté par

Bertille YAMEOGO épouse SAWADOGO

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Politiques Nutritionnelles

le 24 Mars 2015

Devant le jury composé de :

Docteur François Marie LAHAYE, MD

Directeur du département Santé de l'Université Senghor
d'Alexandrie

Président

Professeur Francis DELPEUCH

Directeur de recherche - IRD - Université de Montpellier

Examineur

Professeur Geneviève Le BIHAN

Maître de conférence associée - Université de Montpellier -
UFR STAPS et Responsable pédagogique
du Master PESAP

Examineur

REMERCIEMENTS

*A l'Éternel DIEU : merci
pour ton assistance tout au
long de la réalisation de ce*

Nos remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réalisation de ce travail, et en particulier :

- **A la Croix-Rouge du Burkina** : pour nous avoir offert un cadre de stage en acceptant notre thématique de travail.
- **A M. Denis Koudbi ZONGO** : pour avoir eu confiance en nous, vous avez bien voulu nous accompagner dans l'élaboration de ce document. Qu'il me soit permise de vous exprimer ma profonde reconnaissance et ma grande estime.
- **A Dr Maxime Nebnoma YAMEOGO et M. Félicien Muhire** : pour avoir contribué à l'aboutissement de cet ouvrage. Recevez ici l'expression de notre gratitude.
- **A tous les étudiants de la promotion 2013-2015 du département santé de l'Université Senghor d'Alexandrie** : pour la bonne collaboration et le partage d'expérience.
- **A tous mes enseignants du diplôme du Master en Développement de l'Université Senghor d'Alexandrie** : merci pour votre encadrement.

Je dédie ce travail à :

Mon époux Michel SAWADOGO : tu as toujours voulu de moi le meilleur. Ce travail est le nôtre. Tu n'as ménagé aucun effort pour que je sois dans de bonnes conditions tout au long de cette formation. Merci pour le sacrifice. Très affectueusement !

Ma fille chérie Anaëlle Ouanogo SAWADOGO : tu me donnes la joie de vivre. Tu as dit tes premiers mots loin de ton père, dans une ville qui restera à jamais gravée dans ton subconscient. Pour toutes les fois que tu as pleuré mon absence, sois en bénie et que Dieu te fasse réussir plus que tes parents.

Ma belle-mère Zenabo SAWADOGO : rien de ce que je pourrai dire ici ne peut traduire le sacrifice que tu as fait pour moi. Merci, d'avoir accepté me suivre à Alexandrie durant ces deux années de formation pour t'occuper de ma fille (ta petite fille). Que Dieu te donne une longue vie afin que tu profites des fruits de ton sacrifice.

Mon père Emmanuel YAMEOGO et ma mère Salamata SANKARA: vous m'avez toujours témoigné votre affection. Merci pour vos prières et sages conseils. Puisse Dieu vous bénir et vous accorder une longue vie !

La famille SAWADOGO : vous m'avez toujours témoigné beaucoup d'estime, de considération et d'affection. Trouvez ici ma reconnaissance et mon attachement.

A tous les membres de ma famille : vous avez toujours porté beaucoup d'intérêt à mes études. Merci pour vos encouragements. Puisse ce travail, vous procurer satisfaction et fierté.

RESUME

Introduction-Problématique : La lutte contre la Malnutrition Aiguë (MA) reste l'une des priorités en santé publique au Burkina Faso. C'est ainsi que la Croix-Rouge (CR) burkinabé, en partenariat avec celle de la Belgique, a conduit de juin 2007 à décembre 2012 un projet de prise en charge communautaire de la MA dans la région du Sud-ouest. L'innovation dans ce projet a été la prise en charge des cas de malnutrition au sein des villages par la mise en place de « comités villageois de nutrition (CVN) ». Le projet s'est révélé efficace en termes du nombre élevé de cas dépistés, de la réduction de la prévalence des cas de MA sévère et du faible taux de décès. Cependant, comme pour tout projet, se pose la question de son appropriation par la population et de la pérennisation des acquis à sa clôture.

Objectif global: Evaluer le niveau d'appropriation par les CVN de l'approche communautaire de la CR dans la prise en charge de la MA, 18 mois après la clôture du projet dans la région du Sud-ouest du Burkina Faso.

Méthodes : Il s'est agi d'une étude observationnelle, transversale à visée descriptive portant sur 40 CVN, 12 Centres de Santé et de Promotion Sociale, 4 districts sanitaires, 4 comités provinciaux de la CR et 4 Organisations à Base Communautaire d'Exécution (OBC-E).

Résultats : En juillet 2013, période de la présente évaluation, nous avons constaté que la plupart des CVN (62,5%) n'avait pas pu s'approprier les activités du projet. Pour les autres CVN, le niveau d'appropriation était soit insuffisant (22,5%), soit moyen (15%). Un seul des CVN poursuivait tous le Paquet d'Activités (PA) et plus de la moitié (57,5%) ne menait aucune activité. Les autres CVN poursuivaient seulement une partie du PA. En revanche, 75% des CVN maîtrisaient toujours toutes les techniques de mise en œuvre du PA, 87,5% disposaient toujours d'un local utilisable et 12,5% avaient du matériel visiblement en bon état pour poursuivre les activités. Par contre, 65% des CVN n'avaient aucune source de revenu. Les revenus des autres CVN, provenaient d'économies faites durant le projet, de l'appui d'une structure extérieure ou de la contribution de la communauté. Aussi, seulement 27,5% des CVN (dont 12,5% appuyés par des OBC-E) continuaient à avoir des membres motivés pour mener les activités.

Conclusion : Pour la durabilité des acquis de cette approche de prise en charge de la MA par les CVN, il est indispensable de définir un cadre institutionnel de relais, une source de financement dynamique puis de repenser la question de la motivation des CVN.

Mots clés : Croix-Rouge burkinabé - Appropriation - Comités villageois de nutrition - Prise en charge - Malnutrition aiguë - Sud-ouest.

ABSTRACT

Introduction: Fighting Acute Malnutrition (AM) is still one of the priorities of public health in Burkina Faso. This is the reason why the Burkina Faso Red Cross (RC) in partnership with the one of Belgium, led from June, 2007 till December, 2012 a project of community coverage of AM in the region of the Southwest. The innovation in this project was the coverage of the cases of malnutrition within villages by the implementation of "rustic committees of nutrition (RCN)". The project happened to be effective in terms of the higher number of detected cases, the reduction of prevalence of the cases of critical AM and the low rate of deaths. However, as for any project, the challenge of its appropriation by the population and the sustainability of the experiences after terminating the project occur.

General objective: Assessment of the level of appropriation by the RCN of the RC community approach in the coverage of AM, 18 months after terminating the project in the region of the Southwest of Burkina Faso.

Methodology: It was about a crosscutting observational survey in a descriptive aim concerning 40 RCN, 12 health and Social Centres, 4 sanitary districts, 4 provincial committees of the RC and 4 Organizations of Community Basis Execution (OCB-E).

Findings: in July, 2013, period of the current assessment, we noticed that most of the RCN (62.5 %) have not been able to appropriate the activities of the project. For other RCN, the level of appropriation was either insufficient (22.5 %), or middle (15 %). Only one of the RCN was pursuing all the Package of Activities (PA) and more than half (57.5 %) was leading no activity. The other remaining RCN was pursuing only one part of the PA.

On the other hand, 75 % of the RCN still mastered all the technics of implementation of the PA, 87.5 % still had a usable premises and 12.5 % had equipment apparently in good condition to pursue the activities. On the other hand, 65 % of the RCN had no source of income. The incomes of the other RCN came from savings made during the project life, from the support of an outside structure or from the contribution of the community.

In addition, only 27.5 % of the RCN (among which 12.5 % supported by OCB-E) was continuing to have members motivated to carry out the activities.

Conclusion: For the sustainability of the experiences of this approach of coverage of AM by the RCN, it is essential to define a relay institutional frame, a dynamic source of funding and also to rethink the question of the motivation of the RCN.

Keywords: Burkina Faso Red Cross - Appropriation - rustic Committees of nutrition - Coverage - Acute Malnutrition - Southwest.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ATPE :	Aliments Thérapeutiques Prêt à l'Emploi
ASC :	Agents de Santé Communautaires
ASBC :	Agents de Santé à Base Communautaire
AGR :	Activités Génératrices de Revenus
CR :	Croix-Rouge
CRBF :	Croix-Rouge du Burkina Faso
CRB :	Croix-Rouge de Belgique
CVN :	Comité Villageois de Nutrition
COGES :	Comité de Gestion
CSPS :	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CMA :	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CREN :	Centres de Récupération et d'Education Nutritionnelle
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CAPN :	Centre d'accueil du Projet Nutrition
DRS :	Direction Régionale de la Santé
DS :	Districts Sanitaires
DGCD :	Direction Générale de la Coopération et du Développement de la Belgique
ECHO	European Commission Humanitarian Office
MA :	Malnutrition Aiguë
MAM :	Malnutrition Aiguë Modérée
MAS :	Malnutrition Aiguë Sévère
OST :	Office de Santé des Travailleurs
OBC-E :	Organisations à Base Communautaire d'Exécution
ONG-Rencap :	Organisations Non Gouvernementales (ONG) de Renforcement des Capacités
PAM :	Programme Alimentaire Mondiale
PCIMAS :	Prise en Charge Intégrée de la Malnutrition Aiguë Sévère
PCMA :	Prise en charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë
PA :	Paquet d'Activités
PNLP :	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PEV :	Programme Elargie de Vaccination
PF :	Planification Familiale
UNICEF :	United Nations of International Children's Emergency Fund

TABLES DES MATIERES

REMERCIEMENTS	i
DEDICACES.....	ii
RESUME	iii
ABSTRACT	iv
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	v
LISTE DES FIGURES	viii
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES ANNEXES	ix
INTRODUCTION-ENONCE DU PROBLEME	1
I. DEFINITIONS DE CONCEPTS	5
II. PRESENTATION DU CHAMP ET DU PROJET D’ACCUEIL DE L’ETUDE.....	6
II.1 Champ de l’étude.....	6
II.1.1 Présentation générale de la région du Sud-ouest	6
II.1.2 Présentation de la Direction régionale de la santé du Sud-ouest.....	8
II.1.3 Présentation de la Croix-Rouge du Burkina Faso.....	8
II.2 Présentation du projet de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë conduit par la Croix-Rouge.....	9
III. ETUDE CONCEPTUELLE	15
III.1 Participation communautaire aux activités de santé	15
III.2 Schéma du cadre conceptuel.....	15
IV. MATERIELS ET METHODE	17
IV.1 Cadre de l’étude	17
IV.2 Type d’étude	17
IV.3 Population de l’étude	17
IV.4 Echantillon et échantillonnage.....	17
IV.5 Opérationnalisation des variables de l’étude	18

IV.6 Instruments et techniques d'enquête	22
IV.7 Déroulement de l'enquête	22
V. RESULTATS	24
V.1 Caractéristiques sociodémographiques des membres des CVN	24
V.1.1 La composition des CVN.....	24
V.1.2 Le niveau d'instruction des membres des CVN	24
V.1.3 La profession des membres des CVN.....	24
V.2 Facteurs déterminant l'appropriation.....	25
V.2.1 La compétence des CVN	25
V.2.2 Les moyens logistiques.....	25
V.2.2.1 Etat du Centre d'Accueil du Projet Nutrition.....	25
V.2.2.2 Existence de matériel visiblement en bon état pour la poursuite du paquet d'activités	25
V.2.3 La mise en œuvre d'activités après le projet	26
V.2.3.1 Dates des dernières activités menées par les CVN.....	26
V.2.3.2 Poursuite des activités après le projet.....	27
V.2.3.3 Types d'activités actuellement mis en œuvre par les CVN.....	27
V.2.3.4 Raisons de la non poursuite des activités après le projet.....	28
V.2.4 L'autonomie financière des CVN.....	28
V.2.4.1 Sources de revenus actuelles des CVN.....	28
V.2.4.2 Développement d'activités génératrices de revenus (AGR).....	29
V.2.5 La disponibilité et/ou la motivation des membres des CVN	30
V.2.6 L'ancrage institutionnel.....	30
V.2.6.1 Lien entre les CVN et des organisations œuvrant dans le domaine de la santé.....	30
V.2.6.2 Lien entre les CVN, les districts sanitaires et les CSPS	31
V.2.6.3 Lien entre les CVN et les structures provinciales de la Croix-Rouge.....	32
V.3 Appropriation des activités du projet par les CVN.....	32

V.3.1 Comparaison des provinces selon les niveaux de l'appropriation des activités	33
V.4 Difficultés rencontrées par les CVN dans la mise en œuvre des activités après le projet et leurs suggestions pour la poursuite de l'action	33
VI. DISCUSSION	34
VI.1 L'appropriation des activités du projet par les CVN	34
VI.2 Les facteurs déterminant l'appropriation des activités du projet par les CVN	34
VI.2.1 La poursuite des activités.....	34
VI.2.2 La compétence des CVN	34
VI.2.3 La disponibilité de moyens logistiques.....	35
VI.2.4 L'autonomie financière ou sources d'approvisionnement actuelles des CVN	36
VI.2.5 La disponibilité et/ou la motivation des membres des CVN	36
VI.2.6 L'ancrage institutionnel	37
VI.3 Contraintes et limites de l'étude	39
VI.4 Les leçons apprises du projet	39
CONCLUSION	42
SUGGESTIONS.....	43
REFERENCES	45
ANNEXES	I

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre conceptuel.....	16
Figure 2 : Répartition des CVN selon leur niveau de compétence.....	25
Figure 3 : Raisons de la non poursuite des activités après le projet	28
Figure 4 : Répartition des CVN selon la disponibilité et/ou la motivation de leurs membres .	30

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Récapitulatif des variables de l'étude, dimensions de mesure et scores attribués .	19
Tableau II : Répartition des membres des CVN selon leur niveau d'instruction	24
Tableau III : Répartition des CVN en fonction de la présence de matériels visiblement en bon état pour la poursuite des activités.....	26
Tableau IV : Répartition des CVN selon les dates des dernières activités menées.....	26
Tableau V : Répartition des CVN en fonction de la poursuite d'activités après le projet.....	27
Tableau VI : Fréquences des types activités menées par les CVN à la période de l'enquête ..	27
Tableau VII : Répartition des CVN selon leurs sources de revenu actuelles	29
Tableau VIII : Raisons évoquées pour l'absence d'AGR.....	29
Tableau IX : Récapitulatif des CVN appuyés par des OBC-E avec les domaines de collaboration	31
Tableau X : Domaines de collaboration actuels entre CSPS et CVN	32
Tableau XI : Répartition des CVN selon le niveau d'appropriation des activités du projet	32
Tableau XII : Comparaison des niveaux d'appropriation des activités selon les provinces	33
Tableau XIII : Récapitulatif des difficultés rencontrées par les CVN et les suggestions formulées pour la pérennisation de l'action	33

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Carte géographique du Burkina Faso.....	I
Annexe 2 : Organigramme du projet	I
Annexe 3 : Thématiques des séances de causeries éducatives	II
Annexe 4 : Pyramide sanitaire du Burkina Faso	II
Annexe 5 : Guide d'entretien avec les comites villageois de nutrition	III
Annexe 6 : Entrevue au niveau des Centres de Santé	VII
Annexe 7 : Entrevue au niveau des districts sanitaires (avec le point-focal nutrition)	VII
Annexe 8 : Entrevue avec les responsables des comités provinciaux de la Croix-Rouge.....	VIII
Annexe 9 : Entrevue avec le point-focal nutrition de la DRS du Sud-ouest	IX
Annexe 10 : Entrevue avec les responsables d'OBC-E en lien actuellement avec des CVN ..	IX
Annexe 11 : Entrevue avec le chef de projet nutrition de la Croix-Rouge.....	X
Annexe 12 : Cadre légal de l'étude	X

INTRODUCTION-ENONCE DU PROBLEME

Dans le monde, en 2012, 51 millions d'enfants de moins de 5 ans souffraient de Malnutrition Aiguë (MA), 16 % et 9% d'entre eux vivaient respectivement en Asie du Sud et en Afrique sub-saharienne [1]. Dans ces régions, la malnutrition provoque chaque année le décès de près de 3 à 5 millions d'enfants [2]. Ses effets négatifs sur le développement psychosomatique et la santé ont été rapportés dans la littérature [3, 4, 5, 6]. Malgré les réponses en matière de prévention, la malnutrition de l'enfant demeure aujourd'hui un problème de santé publique dans le monde en développement [3]. Le Burkina Faso, pays de l'Afrique de l'ouest, n'est pas épargné par ce fléau.

La situation sanitaire au Burkina Faso reste marquée par une morbidité et une mortalité globales très élevées. Malgré les actions entreprises par l'Etat en matière de prévention et de couverture sanitaire, le taux de mortalité infanto-juvénile reste très élevé [7]. Estimé à 184 pour 1000 naissances vivantes en 2003, il était de 129 pour 1000 en 2010 mais reste malheureusement encore loin du 4^{ème} Objectif du Millénaire pour le Développement 2015, de 61 pour 1000 [8]. La malnutrition qui sévit toujours sous toutes ses formes [9] est à elle seule une cause directe ou associée de 35% des décès [8].

Cependant, la tendance actuelle de la prévalence de la MA est à la baisse. De 19% en 2003 cette prévalence est passée à 11,3% en 2009 et à 8,2% en 2013 [10, 9]. Cette baisse est à mettre à l'actif des interventions menées par l'Etat et ses partenaires tels que l'UNICEF (United Nations of International Children's Emergency Fund), Action Contre la Faim (ACF), Helen Keller International (HKI), Médecins Sans Frontières (MSF), Catholic Relief Service (CRS) etc. Mais, de nombreux défis demeurent car on observe des disparités dans le pays et parfois à l'intérieur d'une même région. L'écart de la prévalence de la MA entre provinces varie de 1,4% dans la région du Centre-ouest (Sissili (8,8%) et Sanguié (10,2%)) à 9,2% au Sud-ouest (Poni (4,8%) et Ioba (14%)) [9]. On constate également que les taux de malnutrition élevés ne sont pas forcément corrélés aux régions en déficit de production. En effet, dans la région du Sud-ouest qui est à fort potentiel vivrier et non décrite comme une zone d'insécurité alimentaire, la situation reste paradoxale. Le taux de MA de 9,8% au niveau régional en 2013, est alarmant dans certaines de ses provinces comme le Ioba (14%) et la Bougouriba (13,7%) [9].

Le traitement de la MA a beaucoup évolué. Des études ont montré que l'implication de la communauté dans la prévention, le dépistage et la prise en charge donne des résultats satisfaisants [11, 12, 13, 14, 15]. Cette approche communautaire comme stratégie de lutte

contre la MA est appelée communément prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA). Elle consiste à détecter en temps voulu les cas de MA dans la communauté et à fournir, lorsqu'il n'y a pas de complications médicales, un traitement composé d'Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE) ou d'autres aliments nutritifs, administrés à domicile [16]. Elle présente de nombreux avantages, à savoir le renforcement des capacités et l'engagement des communautés dans un processus participatif qui les responsabilise par rapport à leurs propres problèmes de santé en l'occurrence la malnutrition. L'efficacité de la PCMA a d'ailleurs été établie depuis 2007 avec son adoption par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [17, 18]. Ainsi, dans sa dynamique d'appuyer l'Etat burkinabé dans le renforcement des interventions en nutrition, la Croix-Rouge du Burkina Faso (CRBF), en collaboration avec la Croix-Rouge de Belgique (CRB), a initié en juin 2007 un projet pilote innovant de lutte contre la malnutrition à base communautaire dans trois régions (Sahel, Nord et Sud-ouest). L'enquête démographique et de santé réalisée en 2003 avait présenté ces trois régions comme ayant des prévalences de MA supérieures à 15%. Il s'agit du seuil défini par l'OMS au dessus duquel des interventions d'urgence sont recommandées en vue de réduire les risques de mortalité et de morbidité liés à la malnutrition. L'innovation dans ce projet a été la prise en charge des cas de malnutrition directement au sein des villages par la mise en place de « comités villageois de nutrition (CVN) ». Le projet s'est révélé efficace en termes de nombre élevé de cas dépistés, de taux de guérison élevé et de faible taux de décès selon une évaluation externe réalisée en 2008 [19]. Il a été estimé que 90% des enfants se faisaient dépister régulièrement dans les villages et 98% des cas de malnutrition attendus étaient dépistés et pris en charge avec un taux de guérison dépassant les 85%. Le taux de décès était inférieur à 1% et le taux d'abandon inférieur à 7%.

Pour la CRBF, l'un des enjeux du projet était de pouvoir faire un transfert de compétences et du dispositif au système national de santé afin de maintenir et de développer les acquis. Après cinq ans de mise en œuvre, le projet a été clôturé en décembre 2012 dans la région du Sud-ouest et la question qui se posait au moment de la réalisation du présent travail était de connaître le niveau d'appropriation des activités du projet par les CVN, 18 mois après le retrait de la CRBF. Cette question méritait d'être posée étant donné l'investissement humain, organisationnel et financier qui a accompagné cette approche. Aussi, il faut reconnaître qu'en Afrique en général et au Burkina Faso en particulier, les projets de santé à base communautaire donnent très souvent de bons résultats [20, 21, 22, 23, 24]. Mais, on constate dans les années suivant la clôture de ces projets, un retour à la « case départ » avant projet. Ce qui suscite la question sur la problématique de la pérennisation des acquis des

projets de développement en général. Cependant, la pérennisation d'un projet à base communautaire sous-entend au préalable sa réelle appropriation par les bénéficiaires.

Ainsi, vu que le niveau communautaire ne fait pas encore partie de la pyramide sanitaire formelle du Burkina Faso, trouver une stratégie pour la pérennisation des acquis des interventions de prise en charge communautaire de la MA s'avère pour nous nécessaire. Pour ce faire, il sied de connaître le niveau d'appropriation des activités du projet de la CRBF par les CVN et de mieux cerner ses déterminants.

C'est dans cette optique que nous avons voulu apporter notre contribution à travers le thème de notre étude intitulé « **Appropriation par les communautés des activités des interventions de lutte contre la malnutrition aiguë au Burkina Faso: Cas des comités villageois de nutrition de la Croix-Rouge dans la région du Sud-ouest** ».

Pour mieux cerner le sujet de notre étude, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 : le niveau d'appropriation par les CVN de l'approche communautaire de la prise en charge de la MA de la CRBF dans la région du Sud-ouest n'est pas satisfaisant.
- Hypothèse 2 : les principaux facteurs déterminant l'appropriation sont d'ordre organisationnel (ancrage, appui technique et dynamique communautaire), financier (autonomie financière), matériel (intrants) et psychologique (motivation).

L'objectif général de ce travail est, d'évaluer le niveau d'appropriation par les CVN de l'approche communautaire de la Croix-Rouge dans la prise en charge de la malnutrition aiguë, 18 mois après la clôture du projet dans la région du Sud-ouest du Burkina Faso.

Plus spécifiquement, il vise à :

- Identifier les facteurs déterminant l'appropriation des activités du projet au niveau communautaire ;
- Apprécier le niveau d'appropriation des activités du projet par les CVN dans la région du Sud-ouest du Burkina Faso ;
- Décrire les leçons apprises pour une meilleure appropriation du projet par les CVN.

Cette étude qui s'inscrit dans le cadre de notre formation de Master en développement permettra d'apporter non seulement un éclairage sur le niveau d'appropriation du projet par les CVN ainsi que les facteurs qui l'ont influencé, mais aussi de jeter les bases d'une stratégie pour une meilleure pérennisation des acquis d'un tel projet au profit des bénéficiaires.

A partir des leçons apprises, elle permettra à court terme à la CRBF d'améliorer la sortie du programme dans la région du Sahel où le projet continue d'être mis en œuvre. Dans le moyen et long terme, elle lui permettra de tenir compte de certains aspects dans la rédaction et la planification des projets à base communautaire.

Pour les autorités sanitaires de la région du Sud-ouest, cette étude permettra de s'appuyer sur les CVN toujours actifs comme un relais communautaire dans les interventions de santé visant directement la population et servira de pistes de réflexion avec d'autres partenaires pour la promotion de la santé.

Pour les gestionnaires de projets ou décideurs, l'étude permettra de capitaliser les leçons apprises dans cette approche des CVN dans la prise en charge de la MA en vue d'améliorer les stratégies de la Prise en Charge Intégrée de la MA Sévère (PCIMAS) dont il est question actuellement dans la Politique Nationale de Santé et également servira dans la rédaction de futurs projets à base communautaire.

Pour la recherche, elle servira d'éclairage à la mise en évidence de nouveaux items sur la thématique dont l'exploration fournira des éléments pour mieux orienter les décisions.

Le présent mémoire s'articulera autour de six grandes parties qui sont :

- La définition de certains concepts relatifs à cette étude.
- La présentation du champ et du projet d'accueil de l'étude: cette partie décrira brièvement la région du Sud-ouest, la Direction Régionale de la Santé, ainsi que le projet de prise en charge communautaire de la MA conduit par la CR.
- L'étude conceptuelle où un cadre conceptuel sera construit.
- Le cadre empirique qui détaillera le matériel et la méthode de travail. Dans cette partie, il sera aussi question de la définition opérationnelle des variables de l'étude.
- La présentation des résultats : cette partie présentera les résultats de nos enquêtes sous forme de tableaux, figures et textes.
- La discussion, conclusion et recommandations: cette partie permettra d'interpréter et de discuter les résultats obtenus en fonction de nos hypothèses, des objectifs et des résultats des études nationales ou internationales antérieures sur la question. Ce sera aussi le lieu de formuler les grandes lignes de la stratégie d'appropriation de la PCMA par les acteurs communautaires sous forme de suggestions.

I. DEFINITIONS DE CONCEPTS

La malnutrition [25] : c'est la conséquence d'un déséquilibre entre l'apport alimentaire (quantité et qualité des aliments) et les besoins nutritionnels d'un individu. On distingue :

- La dénutrition qui découle de la consommation de rations alimentaires insuffisantes, de faible valeur nutritive, et/ou de l'incapacité intestinale à absorber les nutriments nécessaires au bon fonctionnement de l'organisme. Il existe deux types de dénutrition :
 - La dénutrition aiguë appelée Malnutrition Aiguë ou émaciation ;
 - Le retard de croissance appelé Malnutrition Chronique.
- La surnutrition qui découle d'une consommation d'aliments en quantité excessive par rapport aux besoins réels de l'organisme et engendre une surcharge pondérale ou une obésité.
- La carence en micronutriments qui est souvent cause de troubles parfois irréversibles dans l'organisme. Les principales carences sont : les carences en vitamine A, en fer, en iode, en zinc.

La malnutrition aiguë (dénutrition aiguë ou émaciation) se développe rapidement, en lien avec une situation de manque temporaire (conflit, épidémie de choléra, les diarrhées infantiles, etc.) ou répétée (période de soudure, pauvreté, changement répété dans l'alimentation, etc.). C'est de ce type de malnutrition dont il est question dans notre étude. On distingue deux types de malnutrition aiguë, grâce aux mesures anthropométriques (l'indice du poids en fonction de la taille, le périmètre brachial), et à la présence d'œdème:

- Malnutrition Aiguë Modérée (MAM), qui se caractérise par une perte de poids modérée ;
- Malnutrition Aiguë Sévère (MAS) qui se caractérise par une perte de poids importante et par la présence d'œdème.

La malnutrition chronique (retard de croissance « le fait d'être de petite taille compte tenu de l'âge ») se développe lentement, en lien avec une situation de pauvreté structurelle. Elle reflète les effets cumulés de la dénutrition et des infections subies depuis la naissance voire *in utero*. Elle se détecte avec l'indice de la taille en fonction l'âge.

L'insuffisance pondérale, plus communément appelée malnutrition globale (terme global qui regroupe la malnutrition chronique plus la malnutrition aiguë). Elle se détecte avec l'indice du poids en fonction de l'âge. C'est un bon outil de suivi de la croissance de l'enfant, qui est basé sur le gain de poids.

La PCMA : c'est une approche de la prise en charge de la MA qui comprend plusieurs composantes qui sont : 1. Une composante de prise en charge (PEC) hospitalière pour les enfants de moins de 6 mois avec MA et pour les enfants de 6 à 59 mois avec MAS et complications médicales, 2. La PEC ambulatoire pour les enfants âgés de 6 à 59 mois avec MAS sans complications médicales, 3. La PEC ambulatoire pour les enfants de 6 à 59 mois avec MAM et 4. Un réseau de relais communautaires pour la mobilisation, la sensibilisation et le dépistage actif, afin de détecter et de référer les cas de MA à un stade précoce [17, 26].

L'approche communautaire : c'est une stratégie d'intervention qui mise sur le potentiel des individus, des réseaux sociaux, des groupes communautaires et des ressources issues d'elles-mêmes pour prendre en main leurs problèmes sociaux et de santé. Elle émane de la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaire (SSP) comme stratégie de développement de santé autrement appelé santé communautaire [7].

L'appropriation : selon le dictionnaire Larousse, l'appropriation c'est l'action de s'approprier, de se donner la propriété de, faire sien, s'attribuer une chose.

L'autonomisation : c'est un processus permettant à un groupe de personnes d'agir directement, en marge de toute organisation [27].

Le désengagement : C'est l'action de se retirer d'un engagement [27]. Dans le contexte de projet, c'est un processus mettant en scène au moins deux acteurs et un objet à pérenniser.

La pérennisation : c'est la continuation des bénéfices résultant d'une action après la fin de l'intervention selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) [28]. Plusieurs définitions en santé publique existent dans la littérature [29, 30, 31, 32] avec peu de consensus sur la définition opérationnelle [31]. Pour Schediac-Rizkallah [33], la pérennisation des projets en santé est la capacité des organisations à maintenir les services et à produire les bénéfices attendus après l'arrêt de l'apport de ressources extérieures.

II. PRESENTATION DU CHAMP ET DU PROJET D'ACCUEIL DE L'ETUDE

II.1 Champ de l'étude (confère (cf) carte géographique du Burkina Faso annexe 1)

II.1.1 Présentation générale de la région du Sud-ouest [34, 35]

Issu de la loi N° 2001-013/AN du 02 juillet 2001 portant création des régions, le Sud-ouest fait partie des treize (13) régions que compte le Burkina Faso. Elle regroupe quatre

provinces qui sont : le Ioba, la Bougouriba, le Poni, et le Noumbiel qui ont respectivement pour chef lieu, les villes de Dano, Diébougou, Gaoua et Batié. Elle s'étend sur une superficie de 16 533 km² (6% du territoire national) avec une population estimée à 729 362 habitants en 2012. Elle fait frontière avec la république du Ghana et celle de la Côte d'Ivoire (cf annexe 1).

Le relief est très accidenté constitué en majorité de plateaux. On y trouve aussi de vastes plaines, des bas-fonds, des chaînes de montagne, des collines et des buttes. On note une diversité de sols qui constitue un énorme potentiel pour l'activité agricole dans la zone. En effet, la région du Sud-ouest est considérée comme le « grenier » du pays, compte tenu de la bonne pluviométrie (comprise entre les isohyètes 900 et 1 200 mm) et de la qualité des sols propices à la culture. La position géographique de la région lui procure aussi d'énormes avantages commerciaux avec les pays frontaliers.

La végétation est constituée dans son ensemble de savanes boisées et herbeuses, de forêts claires et de forêts galeries. On dénombre trois forêts classées et trois réserves de faune très riches en mammifères (porc-épics, lièvres, éléphants etc.) et oiseaux (perdrix, pintades, francolins etc.). Deux bassins versants parcourent la région : le Mouhoun et la Comoé ainsi que d'autres cours d'eau permanents : le Poni, la Déko, la Kamba et le Pouéné.

On note en plus, d'importantes activités artisanales et minières (près d'une centaine de mines d'or artisanales sont recensées à ce jour: Fofora, Boussera, Guéguéré Fofa, etc. et d'importants gisements de cuivre : Diénémera et Gongondy). La région est ainsi un objet d'attraction pour de nombreux touristes avec les ruines de Loropeni qui sont inscrites sur la liste du patrimoine mondial de l'humanité par l'UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization).

L'urbanisation est très faible et ne représente que 11,3% de la population. A l'instar des autres régions du pays, la population de la région du Sud-ouest est relativement jeune (56,7% de sa population a moins de 20 ans) et en majorité rurale avec comme principales activités l'agriculture, l'élevage et récemment l'orpaillage. Le taux brut de scolarisation a été estimé en 2006 à 48,7% en dessous de la moyenne nationale qui est de 63,3% [35] et est respectivement de 46% et 51,1% pour les filles et les garçons. Quant au taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15 ans et plus, il se situait à 15,9% en 2006.

Sur le plan sanitaire, la région est caractérisée par une mortalité et une morbidité globales élevées. La malnutrition en est l'une des causes. Elle sévit sous toutes ses formes. En 2013, selon les données de l'enquête nutritionnelle nationale, on notait des prévalences de 8,9% (8,3-11,2) pour la MA, de 37,4% (35,0-39,9) pour la malnutrition chronique et de 25,4% (23,2-27,6) pour l'insuffisance pondérale. A l'échelle provinciale la prévalence de la

MA était respectivement de 13,7% (11,2-16,7) ; 14% (11,0-17,6) ; 9,7% (6,9-13,6) et 4,8% (2,7- 8,5) pour la Bougouriba, le Ioba, le Noumbiel et le Poni.

II.1.2 Présentation de la Direction régionale de la santé (DRS) du Sud-ouest

La DRS du Sud-ouest regroupe quatre districts sanitaires (DS) correspondant aux communes urbaines qui sont : les DS de Dano, Diébougou, Gaoua et Batié. Chaque DS est dirigé par une équipe cadre avec à sa tête le Médecin Chef de District (MCD). Au total [36] la région compte 82 Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), trois Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale (CMA), trois Centres Médicaux (CM), huit dispensaires isolés, trois maternités isolées, une infirmerie de garnison, trois Offices de Santé des Travailleurs (OST) et un Centre Hospitalier régional (CHR) relevant tous du secteur public. Dans le cadre de la contractualisation des activités de prévention, la DRS est appuyée par des organisations non gouvernementales (ONG) dont neuf Organisations à Base Communautaire d'Exécution (OBC-E), une ONG-Rencap (ONG pour le Renforcement des capacités).

II.1.3 Présentation de la Croix-Rouge du Burkina Faso

Historique

La Croix-Rouge (CR) a été introduite au Burkina Faso par les français dans les années 1958 sous le nom de « Section des secourismes français de la CR ». Le 31 juillet 1961, à la faveur des indépendances, ce nom devint CRBF. Le 9 juillet 1962, elle fut reconnue par le gouvernement burkinabé comme une organisation humanitaire d'utilité publique et auxiliaire des pouvoirs publics conformément au décret n°262/PRES/IS-DI/SPP modifié par celui n°441/PRES/IS-DI du 20 septembre 1962. En 1963, elle est membre de la Fédération Internationale des sociétés de la CR et du Croissant-Rouge. Elle adhère aux sept principes fondamentaux de ce Mouvement qui sont : **Humanité, Impartialité, Neutralité, Indépendance, Volontariat, Unité et Universalité.**

Organisation et structuration

Implanté dans chacune des 45 provinces du Burkina Faso par la mise en place de comités de base (comités provinciaux), la CRBF est dotée d'un système de gouvernance piloté par un Conseil de Direction et un système de gestion des activités confiées à une direction nationale qui axe ses interventions sur cinq domaines essentiels connus sous l'appellation de coordination à savoir la :

- Coordination nationale de la préparation des réponses aux catastrophes ;
- Coordination nationale de la communication, de la promotion des principes fondamentaux et des valeurs humanitaires ;
- Coordination nationale de la santé communautaire ;
- Coordination du développement communautaire et des groupes sociaux défavorisés ;
- Coordination de la protection de l'enfance.

Mission et Partenariat

La CRBF a pour mission de contribuer à soulager les souffrances humaines en tout temps et en toute circonstance, en mobilisant le pouvoir de l'Humanité.

Elle mène ses activités en collaboration avec le Comité International de la CR et Croissant Rouge (CICR), les sociétés nationales participantes telles que les CR d'Espagne, de Belgique, de Monaco, d'Andorre, d'Allemagne, de Luxembourg et de France. A ces partenaires dits internes s'ajoute l'Etat avec qui elle entretient une étroite collaboration. La CRBF est aussi partenaire à d'autres organisations humanitaires, en l'occurrence MSF, UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees), PAM (Programme Alimentaire Mondial), UNICEF, OMS, les ONG locales de développement etc.

II.2 Présentation du projet de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë conduit par la Croix-Rouge

Justification et contexte de mise en place du projet

Le Burkina Faso est l'un des pays les plus pauvres au monde. Le pays vit régulièrement une situation d'insécurité alimentaire. Selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSBF-III) réalisée en 2003 sur lesquelles le projet s'est appuyé, 46,4% de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté, 18,6% des enfants de moins de 5 ans souffraient de MA, 38,7% de malnutrition chronique et 37,7% d'insuffisance pondérale. Ainsi, on pouvait remarquer de façon globale que les stratégies nationales de lutte contre la malnutrition initiées depuis plusieurs décennies n'ont pas permis une amélioration des chiffres à la hauteur des attentes. Aussi, le traitement de la malnutrition était uniquement dispensé dans les centres de santé, les unités de nutrition thérapeutique, les centres de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN) en nombre insuffisant et faiblement équipés en ressources matérielles et humaines. Ce qui limitait considérablement la portée et l'efficacité de la prise en charge [37]. Par ailleurs, l'accent était peu mis sur la prévention même si théoriquement cela était recommandé dans la Politique Nationale de Nutrition de

2007 [38]. Il est indiqué dans ce document que l'offre de soins en nutrition est caractérisée par une insuffisance quantitative et qualitative des soins et par la faible implication des populations bénéficiaires. La communauté n'est pas suffisamment impliquée dans la mise en œuvre des interventions en matière de nutrition faute d'encadrement et d'équipement. Cette situation nutritionnelle appelait au renforcement des interventions en cours, tout en cherchant de nouvelles stratégies plus efficaces. C'est dans ce sens que la CRBF en collaboration avec la CRB à travers l'approche innovante « des CVN » dans la prise en charge de la MA s'est présentée en 2007 comme un acteur privilégié. Elle a accompagné les autorités sanitaires dans la mise en œuvre d'expériences démonstratives de gestion et de prise en charge performantes de la malnutrition basées sur le renforcement des moyens et des capacités des communautés, des agents de santé et des centres de santé. Le programme a été développé dans trois régions qui présentaient en 2003 des taux de prévalence de MA au-dessus du seuil d'urgence défini par l'OMS. Il s'agissait des régions du Sud-ouest (20,4%), du Nord (20,5%) et du Sahel (18,7%).

Historique du projet

Titre du projet : « prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë dans les régions du Nord, du Sahel et du Sud-ouest du Burkina Faso ».

Le projet a été initié en juin 2007 par les CR du Burkina Faso et de Belgique. Il a été installé progressivement dans ces trois régions dont neuf provinces qui sont:

- La région du Nord (la province du Yatenga)
- La région du Sahel (les provinces du Soum, Séno, Oudalan et Yagha)
- La région du Sud-ouest (les provinces du Ioba, Bougouriba, Poni, Nounbiel)

Le programme s'est déroulé spécifiquement dans la région du Sud-ouest en 4 phases [39] :

- La phase 1 (18 mois) de juin 2007 à décembre 2008 : mise en place du dispositif communautaire ;
- La phase 2 (15 mois) du 1^{er} janvier 2009 au 31 mars 2010 : consolidation des acquis au niveau communautaire et renforcement de la qualité et de la continuité des soins dans les centres de santé ;
- La phase 3 (15 mois) du 1^{er} avril 2010 au 30 juin 2011 : consolidation des acquis et renforcement de l'intégration des activités au système de santé en vue de faciliter l'appropriation et garantir le transfert des compétences et des acquis ;

- La phase 4 (5 mois) du 1^{er} juillet 2011 à décembre 2012 : Prolongement de la phase 3 mais marquée par la non obtention du financement initialement promis par la Direction Générale de la Coopération et du Développement Belge (DGCD) pour une nouvelle phase.

Partenaires

- Les partenaires financiers
 - ECHO (European Commission Humanitarian Office) ;
 - La DGCD ;
 - Le PAM et l'UNICEF.
- Les partenaires techniques
 - Ministère de la santé : il s'agit de la Direction de la nutrition, la DRS du Sud-ouest et les quatre districts sanitaires de la région ;
 - Autres partenaires : l'administration publique et les acteurs communautaires constitués par les CVN répondants directs des communautés et des Agents de Santé Communautaires (ASC) qui travaillaient déjà avec les formations sanitaires.

Bénéficiaires et cibles du projet

Les cibles du projet étaient les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes.

Les bénéficiaires étaient les CVN, les 12 CSPPS faisant partie de la couverture du projet, les ASC, les agents de santé des CSPPS concernés.

Objectif du projet

L'objectif global de l'approche était de contribuer à la réduction de la malnutrition aiguë et de la mortalité de la population la plus vulnérable, en particulier les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et allaitantes.

Domaines d'intervention

Les principaux domaines d'intervention du projet étaient [39] :

- Le domaine préventif
 - Le dépistage continu et exhaustif des cas ;
 - L'éducation nutritionnelle portant sur les actions essentielles en nutrition ;
 - Les pratiques familiales essentielles.

- Le domaine curatif
 - La prise en charge de cas de MAM en ambulatoire, la référence des cas avec complications et les cas de MAS dans les CREN et CSPS ;
 - La subvention des soins au niveau des formations sanitaires.
- Le domaine de renforcement des capacités
 - La formation des membres des CVN ;
 - L'appui à la formation des agents de santé des CSPS et des ASC ;
 - La dotation des CSPS, des CREN, et des CHR/CMA en matériel médico-technique et équipement. La construction et la réparation de forages.

Processus de mise en œuvre

- Cadre institutionnel et de coordination [39]

L'ensemble du paquet d'activités du projet a été mené dans un cadre institutionnel et de coordination ancré dans le système de santé et les structures de la CRBF. Les CVN étaient encadrés techniquement dans chaque village par des agents techniques de la CR (ATCR) et le comité provincial de la CR. Dans chacune des quatre provinces de la région il a été mis en place un comité de pilotage composé des autorités administratives et sanitaires (le Haut-Commissaire de la province, le MCD, le responsable du service social provincial, le président du comité provincial, le coordonnateur régional du projet et les ATCR). Ce comité de pilotage était un organe de concertation, de suivi des activités et de coordination des interventions du projet au niveau provincial. On avait aussi à un niveau plus élevé le cadre régional de concertation composé de la plupart des membres du comité de pilotage, des organisations et institutions œuvrant dans le domaine de la nutrition, du Directeur régional de la Santé et de son équipe. Au niveau national, on avait le conseil national de concertation en nutrition, cadre formel d'échange entre les acteurs intervenant en nutrition dans le pays.

Sur le plan technique, les CVN étaient supervisés à la fois par les ATCR et les agents des CSPS. Les ATCR rendaient compte au coordonnateur régional qui les supervisait et ces derniers étaient à leur tour sous la supervision de l'équipe technique nationale du projet composée du chef de projet et de son adjoint, ainsi que l'assistant médico-nutrition délégué par la CR de Belgique. (Voir organigramme du projet annexe 2)

- Etapes de mise en œuvre [39]
 - Etape 1 : information et plaidoyer au niveau central et intermédiaire. Les autorités sanitaires et administratives ont été informées pour obtenir leur adhésion et implication dans la mise en œuvre du projet.
 - Etape 2 : Identification des zones d'intervention (villages) en fonction de certains critères.
 - Etape 3 : recrutement et formation des équipes ATCR.
 - Etape 4 : mise en place du dispositif communautaire (information/adhésion des communautés, mise en place des CVN, choix du site du Centre d'Accueil du Projet Nutrition (CAPN) et sa construction).
 - Etape 5 : partenariat avec le PAM et l'UNICEF pour le ravitaillement en intrants de prise en charge (vivres, ATPE, médicaments).
 - Etape 6 : mise en place du comité de pilotage provincial.
 - Etape 7 : mise en œuvre des activités communautaires (formation des membres des CVN, équipement des CAPN et organisation du premier « screening », dépistage des cas de MA, mise en place d'une caisse communautaire de menues dépenses, activités hebdomadaires des CVN).
 - Etape 8 : suivi et évaluation du dispositif communautaire (interne et externe).
 - Etape 9 : renforcement de la qualité de prise en charge au niveau des CSPS et intégration du dispositif dans le système de santé (formation continue des agents de santé, transfert de compétence de gestion des activités des CVN pour la rétrocession, gestion des intrants, supervision et intégration des données collectées au niveau communautaire au sein des statistiques des CSPS).
 - Etape 10 : processus d'autonomisation des communautés (initiation à des Activités Génératrices de Revenus (AGR)).

- Organisation et fonctionnement des CVN [39]

Pour assurer le succès à la mise en œuvre du projet, l'adhésion des communautés a été nécessaire pour leur mobilisation. Ainsi les chefs de village et leurs conseillers, ayant été informés et ayant compris l'intérêt de l'approche, ont mobilisé tous les habitants en convoquant des réunions publiques d'information. En effet, la CRBF est une organisation connue et crédible aux yeux des communautés puisqu'elle dispose d'un réseau de volontaires allant jusque dans les villages. Ce réseau actif de volontaires a favorisé ainsi la mobilisation et

l'adhésion des communautés au projet. Dans chaque village retenu, un CVN a été mis en place. Le choix des membres du CVN s'est déroulé selon les critères suivants :

- Implication d'office de l'ASC et de l'accoucheuse villageoise, puis candidature d'une personne par quartier en donnant la priorité aux personnes qui savent lire et écrire.
- Election (par vote publique) des autres membres en veillant à un équilibre du genre
- Le leader du CVN était l'ASC à condition qu'il sache lire et écrire.

En majorité, les différents CVN étaient composés de six membres dont trois femmes. Ils ont été mobilisés sur la base du volontariat conformément à l'un des sept principes du mouvement de la CR. Ils savaient donc depuis le départ qu'ils ne seraient pas rémunérés et qu'ils auraient une charge de travail d'au moins 4 heures par semaine. Le travail des CVN consistait :

- Au dépistage des cas de MA sur la base de la mesure du périmètre brachial ;
- A la prise en charge thérapeutique et la supplémentation nutritionnelle des cas de MAM et de MAS ;
- Au référencement des cas avec complications et des cas de MAS au CSPS ;
- Au suivi du traitement à domicile et la recherche des perdus de vue ;
- A la démonstration de préparation de bouillie enrichie à base de farine de maïs et de soja précuit à laquelle, sont rajoutés des ingrédients locaux pour son enrichissement, suivie de la distribution à tous les enfants présents ;
- A l'animation de séances de causeries éducatives sur les actions essentielles en nutrition (cf annexe 3).

Les activités étaient organisées de façon hebdomadaire dans les CAPN construits dans chaque village à cet effet. Les séances se déroulaient sous la supervision des ATCR. Les supervisions étaient hebdomadaires puis bimensuelles, mensuelles, une fois les réflexes acquis, permettant de garantir l'exécution correcte des activités de façon autonome.

Résultats obtenus

En termes de résultats, cette approche a permis une réduction significative de la prévalence des cas de MAS, contribuant à une baisse de la mortalité et aussi de la morbidité liées à la MA dans la région [19].

III. ETUDE CONCEPTUELLE

III.1 Participation communautaire aux activités de santé

Le système de santé du Burkina Faso se présente sous forme pyramidale, organisé en trois niveaux qui assurent des soins de santé primaires, secondaires et tertiaires (cf annexe 4). Il se caractérise par une faible accessibilité des populations aux structures de santé. Pour pallier à ce problème, il a mis en exergue la participation communautaire et le système de recouvrement des coûts. Ainsi des individus issus de la communauté deviennent des auxiliaires importants du système de santé afin de faire participer la population aux programmes et aux activités dont elle est bénéficiaire. Ces acteurs sont regroupés sous le nom d'Agents de santé à Base communautaire (ASBC) [7] qui sont entre autres les agents de Distribution à Base Communautaire (DBC), les ASC, les Agents de Santé de Village (ASV), les pairs éducateurs (PE), les membres des comités de gestion (COGES), les correspondants vaccinaux (CV), les relais communautaires (RC) et les CVN. Travaillant sous le statut du volontariat, ils interviennent pour les offres de services à base communautaire dans les domaines de la santé maternelle et infantile, la sensibilisation et la mobilisation sociale.

Dans le cadre spécifique de la lutte contre la MA avec la stratégie PCMA et aujourd'hui PCIMAS qui comporte un volet de prise en charge communautaire, ces ASBC en nombre insuffisant sont encore plus sollicités.

Cette participation communautaire aux activités de santé est répandue dans le monde en développement. Elle est d'un grand apport pour les services de santé au vu des domaines d'interventions concernés et de leur proximité avec la population. Cependant, des difficultés existent quand au fonctionnement et la gestion de ces acteurs liées notamment à l'absence de texte légal régissant leur fonction, l'insuffisance de moyens logistiques, l'absence de motivation et leur faible compétence [7].

III.2 Schéma du cadre conceptuel

Nous avons développé un cadre conceptuel sur la base de la revue de la littérature et de nos connaissances sur la thématique. Il résume les causes et les conséquences liées à une faible participation/appropriation de la communauté aux activités des interventions de lutte contre la MA, adapté à notre étude : le cas des CVN.

La figure ci-après présente notre cadre conceptuel.

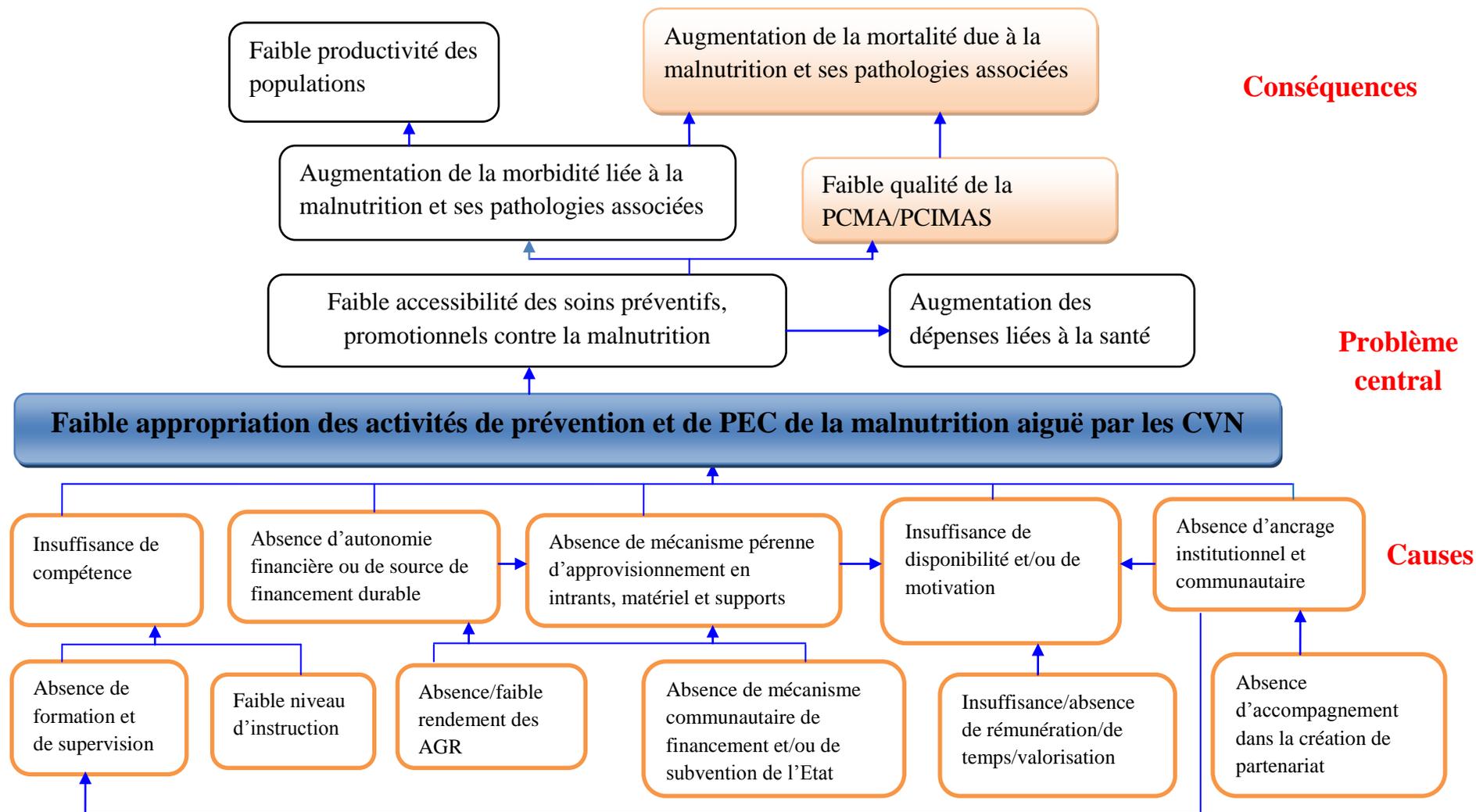


Figure 1: Cadre conceptuel

IV. MATERIELS ET METHODE

IV.1 Cadre de l'étude

La région du Sud-ouest du Burkina Faso constituée de quatre provinces qui sont Ioba, Bougouriba, Poni et Nombiel, a servi de cadre d'étude. Précisément, il s'est agi de 12 CSPS et de 93 CVN correspondant à 93 villages répartis dans ces quatre provinces.

IV.2 Type d'étude

Il s'est agi d'une étude observationnelle, transversale à visée descriptive du 7 mai au 21 juillet 2014.

IV.3 Population de l'étude

La population de l'étude était constituée des :

- Membres des CVN ;
- Responsables des CSPS de rattachement des CVN ;
- Points focaux nutrition des quatre districts sanitaires ;
- Responsables des structures en relation partenariale avec les CVN ;
- Responsables des comités provinciaux de la Croix-Rouge ;
- Point focal nutrition de la DRS du Sud-ouest ;
- Chef de projet nutrition.

IV.4 Echantillon et échantillonnage

✓ Echantillon :

Notre échantillon était composé de :

- 4 points focaux nutrition des 4 districts sanitaires
- 4 responsables des 4 comités provinciaux de la CR
- 40 CVN dont 10 dans chacune des provinces de la région
- 12 responsables des 12 CSPS de rattachement des CVN
- 4 responsables de structures en lien avec les CVN
- 1 point focal nutrition de la DRS du Sud-ouest
- 1 chef de projet nutrition

✓ Echantillonnage

Le choix des CVN : nous avons procédé à un échantillonnage par tirage aléatoire simple.

Le nombre de CVN qui avait été mis en place dans la région lors du projet était de 93 dont 23 pour les provinces de Ioba, Bougouriba et Nombiel et 24 pour celle de Poni. Après avoir

élaboré la liste exhaustive des CVN par province nous avons procédé au tirage aléatoire de 10 CVN dans chacune de ces provinces pour mener notre étude. Les CVN correspondant au village, ce sont au total 40 CVN donc 40 villages que nous avons visités.

Le choix des CSPS : nous avons enquêté de façon exhaustive auprès des 12 CSPS de rattachement des 93 CVN de la région.

Le choix des points focaux nutrition des DS, de la DRS, des comités provinciaux de la CR, du chef de projet nutrition : nous avons enquêté de façon exhaustive auprès de ces acteurs.

Le choix des structures en lien avec des CVN : nous avons enquêté de façon exhaustive auprès des responsables des structures qui avaient des relations partenariales avec des CVN.

IV.5 Opérationnalisation des variables de l'étude

Nous nous sommes appuyés sur la revue de littérature et de nos connaissances sur la thématique pour définir les variables utilisées dans l'analyse du problème central.

✓ Les critères de l'appropriation

- **Poursuite des activités après le projet** : c'est la mise en œuvre toujours du paquet d'activités (PA) du projet de façon régulière et/ou irrégulière. Le PA étant composé du dépistage, du référencement des cas au CSPS, du suivi à domicile, de la documentation des données, des causeries éducatives et des démonstrations culinaires.
- **Compétences** : Il s'agit des capacités techniques des membres des CVN à exécuter le PA conformément aux normes préétablies. Dans notre étude, nous nous sommes contentés d'apprécier théoriquement l'opinion des membres sur leurs compétences.
- **Approvisionnement en intrants** : c'est le mécanisme d'approvisionnement en ingrédients et farines pour les démonstrations culinaires.
- **La logistique** : c'est la disponibilité de matériaux en bon état pour la réalisation des activités et l'existence toujours du CAPN utilisable.
- **Financement** : C'est la source de financement pour la réalisation effective des activités (AGR, Mécanisme communautaire, subvention de l'Etat, autres partenaires).
- **Ressources Humaines** : C'est la disponibilité, le dynamisme et la motivation des CVN.
- **Gouvernance** : c'est l'ancrage institutionnel, l'implication de la population dans la gestion du CVN, la relation partenariale avec une institution.

✓ Les modalités des différentes variables de l'étude

Nous avons attribué à chaque variable des dimensions de mesure ainsi que des scores qui sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau I: Récapitulatif des variables de l'étude, dimensions de mesure et scores attribués

Variables (V)	Modalités ou dimensions de mesure	Indicateurs/critères	Sources de vérification	Méthodes de vérification	Cibles	Echelle/Nbre de points attribués
V 1 : Compétence des CVN	Compétent	Maîtrise de tout le PA comme suit : 1. Maîtrise de la technique de dépistage par au moins 1 membre disponible 2. Maîtrise des critères de référencement des cas par au moins 1 membre disponible 3. Maîtrise des techniques d'animation des causeries de groupe par au moins 1 membre disponible 4. Aptitude au remplissage des outils par au moins 1 membre disponible 5. Maîtrise de la démonstration culinaire par au moins un membre disponible 6. Maîtrise de la technique d'une visite à domicile par au moins un membre disponible	Grille de vérification Guide d'entretien	Observations pratiques Focus group Analyse des documents (registres) tenus par les CVN	Membres des CVN	4
	Moyennement compétent	Maîtrise de 3 des critères ci-dessus	Idem	Idem	Idem	2
	Peu compétent	Maîtrise de 2 des critères ci-dessus	Idem	Idem	Idem	1
	Pas compétent	Maîtrise d'1 ou aucun des critères ci-dessus	Idem	Idem	Idem	0

V 2 : Poursuite des activités	Très bonne	Poursuite de tout le PA de manière régulière	Guide d'entretien Outils de gestion des données et finances tenus par les CVN	Focus group Observations Analyse des cahiers/outils des CVN	Membres des CVN Chef infirmier/ représentant	4
	Bonne	Poursuite d'au moins 3 éléments du PA de manière régulière ou irrégulière	Idem	Idem	Idem	2
	Moyenne	Poursuite d'au moins 1 élément du PA de manière régulière ou irrégulière	Idem	Idem	Idem	1
	Absence	Poursuite d'aucune activité	Idem	Idem	Idem	0
V 3 : Autonomie financière ou présence d'une source de financement durable	Pérenne	AGR viable et/ou subvention de l'Etat (COGES ou Mairie) (couverture totale des besoins de fonctionnement à moyen ou long terme)	Idem Grille de vérification	Focus group Observation Entretien avec structures ext.	Membres des CVN Chef infirmier/ représentant	4
	Non pérenne	AGR et/ou appui extérieur mais pas pérenne (viabilité et/ou continuité de financement pas garanties)	Idem	Idem	Idem Structures externes	2
	Aucune	Absence de mécanisme de financement	Idem	Idem	Idem	0
V 4 : Disponibilité et/ou motivation des membres des CVN	Bonne	Disponibles et motivés (majorité des membres)	Questionnaire	Entretien individuel	Membres des CVN	4
	Passable	Motivés mais non disponibles (majorité des membres) Ou Disponibles mais non motivés (majorité des membres)	Idem	Idem	Membres des CVN	2
	Mauvaise	Non disponibles et non motivés (Majorité des membres)	Idem	Idem	Membres des CVN	0

<p>V 5 : Mécanisme d’approvisionnement en intrants, matériel et supports</p>	Pérenne	Autofinancement (investissement) ou subventions de l’Etat (COGES ou mairie)	Guide d’entretien	Focus group Observation pratique Entretien avec des structures externes	Membres des CVN Chef infirmier/ représentant	4
	Non pérenne	Existence de mécanismes/initiatives mais ponctuel (les)	Idem	Idem	Idem Organisation externe	2
	Absence	Existence d’aucun mécanisme de financement	Idem	Idem	Idem	0
<p>V 6 : Ancrage institutionnel et communautaire</p>	Fort	Reconnaissance officielle en tant que structure associative ou affiliation officielle au système de santé ou à la mairie et légitimité vis-à vis de la communauté	Guide d’entretien Questionnaire	Focus group Entretien avec des structures externes	Membres des CVN Chef infirmier/ représentant	4
	Moyen	Affiliation informelle au système de santé ou à la mairie ou au comité provincial CR et légitimité vis-à vis de la communauté	Idem	Idem	Idem	2
	Faible	Affiliation informelle à une autre structure avec ou sans légitimité vis-à vis de la communauté	Idem	Idem	CVN Structures concernées	1
	Absence	Absence d’affiliation quelconque et/ou de légitimité vis-à vis de la communauté	Idem	Idem	Membres des CVN	0

✓ **Les modalités ou niveaux de l'appropriation**

Selon les dimensions de mesure des différentes variables ci-dessus présentées ainsi que des scores attribués nous avons les niveaux d'appropriation suivants :

- Niveau fort = 80% à 100% ou score entre 19 et 24 points
- Niveau moyen = 79% à 50% ou score entre 18 et 12 points
- Niveau insuffisant = 49% à 38% ou score entre 11 et 9 points
- Niveau nul = strictement inférieur à 38% ou score inférieur strictement à 9 points

IV.6 Instruments et techniques d'enquête

Les techniques de collecte des données ont concerné : l'entretien individuel, le « focus group » et l'observation.

Pour les CVN, nous avons utilisé un questionnaire et un guide d'observation pratique (cf annexe 5). Dans chaque CVN, nous avons fait un entretien en « focus group » puis individuel.

Pour les points focaux nutrition des districts et de la DRS, les responsables des CSPS, des comités provinciaux de la CR et des OBC-E, ainsi que pour le chef projet nutrition, nous avons utilisé des grilles d'entretien spécifiques pour chacun d'eux (cf annexes 6, 7, 8, 9, 10, 11).

IV.7 Déroulement de d'enquête

✓ **Phase préparatoire**

Nous avons introduit une demande d'autorisation d'enquête auprès de la DRS du Sud-ouest qui nous a été accordée (cf annexe 12). La DRS a ensuite fait part de notre étude aux médecins chefs des districts sanitaires ainsi qu'aux responsables des CSPS. Nous avons ensuite contacté les responsables des comités provinciaux, qui ont averti à leur tour les CVN.

Du fait d'une barrière linguistique, nous avons recruté des enquêteurs (volontaires CRBF) pour aider à administrer le questionnaire aux membres des CVN. En effet, nous ne parlons que le Mooré comme langue nationale alors que, dans la région du Sud-ouest les langues dominantes dans le milieu rural sont le Lobiri et le Dagara (langues nationales).

Les enquêteurs au nombre de cinq par province ont été formés (explication du questionnaire et simulation de la traduction pour s'assurer de la compréhension commune des items).

✓ **Phase de collecte des données**

Nous avons rencontré le point-focal nutrition de la DRS en premier. Ensuite, dans chacune des provinces, nous avons enquêté successivement auprès du point-focal nutrition du DS, du président du comité provincial de CR, puis auprès des CVN et des responsables des CSPS de rattachement. En dernier, nous avons rencontré les responsables des structures avec lesquelles les CVN ont déclaré être en lien, et le chef de projet nutrition.

Toutes les données ont été recueillies sur des fiches de collecte conçues à cet effet.

✓ **Phase de traitement et d'analyse des données**

Les données ont été saisies et traitées sur micro-ordinateur à l'aide des logiciels Excel et Epi info version 3.5.3.

V. RESULTATS

Toutes les cibles de l'étude ont été atteintes à savoir : 40 CVN dont 220 membres, le point-focal nutrition de la DRS, les 4 points-focaux nutrition des districts sanitaires, les 12 responsables des CSPS, les 4 présidents des comités provinciaux de la CR, les responsables des structures (OBC-E) en lien avec les CVN et le chef de projet nutrition de la CR.

V.1 Caractéristiques sociodémographiques des membres des CVN

V.1.1 La composition des CVN

Le nombre de personnes par CVN était de 5 dont 2 femmes en moyenne.

V.1.2 Le niveau d'instruction des membres des CVN

Sur les 40 CVN, 21 avaient au moins une personne ayant le niveau primaire, 11 avaient au moins 1 personne ayant le niveau secondaire, 26 avaient au moins 1 personne alphabétisée et 5 avaient tous leurs membres non alphabétisés/scolarisés.

Le tableau ci-après présente une répartition des membres des CVN selon leur niveau d'instruction.

Tableau II: Répartition des membres des CVN selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	N=220	
	Fréquences	Pourcentages (%)
Non alphabétisé/scolarisé	106	48,2
Alphabétisé	62	28,2
Primaire	38	17,3
Secondaire	14	6,3
Total	220	100

Ce tableau montre que près de la moitié des membres des CVN était non alphabétisés/scolarisés.

V.1.3 La profession des membres des CVN

Concernant la profession des membres des CVN on notait :

- Cultivateurs/éleveurs : 215 personnes (97,7%) sur les 220 membres des CVN
- Secteur informel : 5 personnes (2,3%) sur les 220 membres des CVN
- Il n'y avait ni fonctionnaires, ni élèves/étudiants comme membres des CVN

V.2 Facteurs déterminant l'appropriation

V.2.1 La compétence des CVN

Selon les critères de classement des CVN pour leur compétence actuelle à poursuivre les activités (cf Tableau I), nous avons ainsi présenté dans la figure 2 les différents niveaux de compétence des CVN:

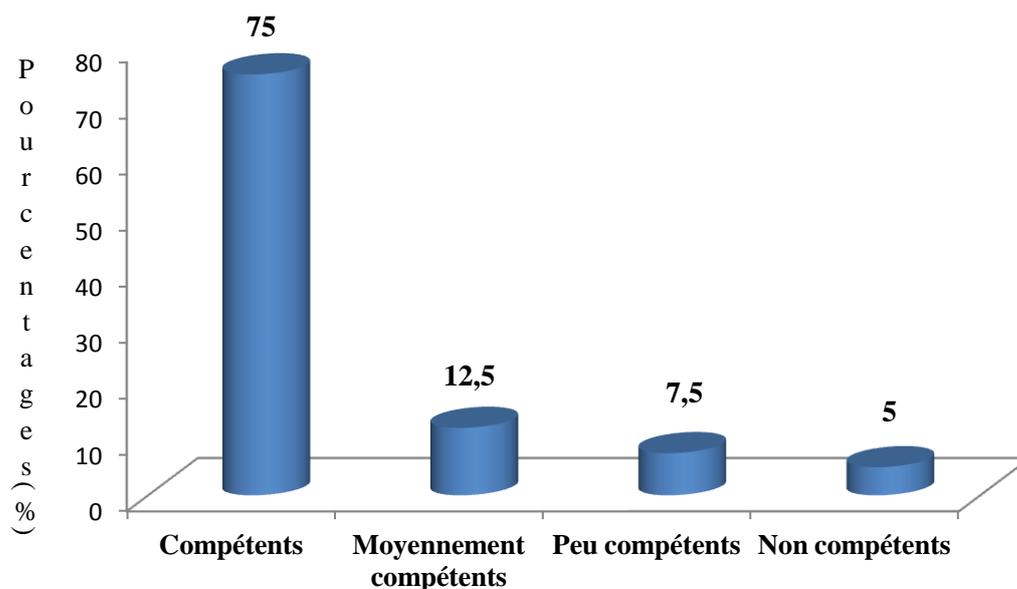


Figure 2: Répartition des CVN selon leur niveau de compétence

On remarque que 75% des CVN étaient compétents et 5% ne l'étaient pas.

V.2.2 Les moyens logistiques

V.2.2.1 Etat du Centre d'Accueil du Projet Nutrition (CAPN)

On notait que 35 (87,5%) CVN disposaient toujours de CAPN dont 25 (71,5%) en bon état ; 6 (17,1%) dans un état passable (avec la toiture qui coule pendant la saison hivernale) et 4 (11,4%) dans un mauvais état (absence de porte et/ou de fenêtres et/ou murs délabrés). Les 5 (12,5%) autres CVN n'avaient pas de CAPN (CAPN détruits non utilisables).

V.2.2.2 Existence de matériel visiblement en bon état pour la poursuite du paquet d'activités

Le tableau III donne la répartition des différents CVN selon la disponibilité de matériels visiblement en bon état pour l'exécution des activités.

Tableau III: Répartition des CVN en fonction de la présence de matériels visiblement en bon état pour la poursuite des activités

N=40		
Présence de Matériels	Effectifs	Pourcentages (%)
Pour le dépistage	35	87,5
Pour les sensibilisations	35	87,5
Pour les démonstrations culinaires	37	92,5
Pour la documentation	19	47,5
Absence de matériels	5	12,5

On note que 12,5% des CVN n'avaient aucun matériel visiblement en bon état.

V.2.3 La mise en œuvre d'activités après le projet

V.2.3.1 Dates des dernières activités menées par les CVN

Les dates des dernières activités menées par l'ensemble des différents CVN sont présentées dans le tableau IV.

Tableau IV: Répartition des CVN selon les dates des dernières activités menées

N=40		
Dates des dernières activités menées par les CVN	Fréquences	Pourcentages (%)
Décembre 2012	11	27,5
1 ^{er} trimestre 2013	9	22,5
2 ^{ème} trimestre 2013	1	2,5
3 ^{ème} trimestre 2013	1	2,5
4 ^{ème} trimestre 2013	1	2,5
1 ^{er} trimestre 2014	9	22,5
2 ^{ème} trimestre 2014	7	17,5
3 ^{ème} trimestre 2014	1	2,5
Total	40	100

Le tableau ci-dessus montre que 17 (42,5%) CVN ont mené au moins une activité en 2014 et 11 (27,5%) CVN depuis 2012.

V.2.3.2 Poursuite des activités après le projet

La répartition des CVN selon la poursuite d'activités après le projet est présentée dans le tableau ci-après.

Tableau V: Répartition des CVN en fonction de la poursuite d'activités après le projet

N=40

Poursuite d'activités après le projet	Fréquences	Pourcentages
Tout le paquet d'activités (PA)	1	2,5
Au moins 3 éléments du PA de façon régulière/irrégulière	10	25
Au moins 1 élément du PA de façon régulière/irrégulière	6	15
Aucune activité	23	57,5
Total	40	100

On remarque que 17 (42,5%) CVN menaient au moins une activité de façon régulière ou irrégulière et 23 (57,5%) CVN avaient cessé toute activité.

V.2.3.3 Types d'activités actuellement mis en œuvre par les CVN

Les différentes activités menées par les CVN à la période de l'enquête sont énumérées dans le tableau VI.

Tableau VI: Fréquences des types activités menées par les CVN à la période de l'enquête

N=17

Types d'activités poursuivies après le projet	Fréquences	Pourcentages (%)
Dépistage MA	16	94,1
Prise en charge systématique des cas de MA	2	11,7
Référencement de cas au CSPS	16	94,1
Suivi des malades à domicile	2	11,7
Séances de causerie éducative de groupe	14	82,3
Démonstrations culinaires	6	35,2

Ce tableau montre que 16 (94,1%) CVN faisaient du dépistage/referencement des cas et 2 (11,7) CVN suivaient des malades à domicile.

V.2.3.4 Raisons de la non poursuite des activités après le projet

Les raisons évoquées par les 23 CVN ne poursuivant plus d'activités sont récapitulées dans la figure 3.

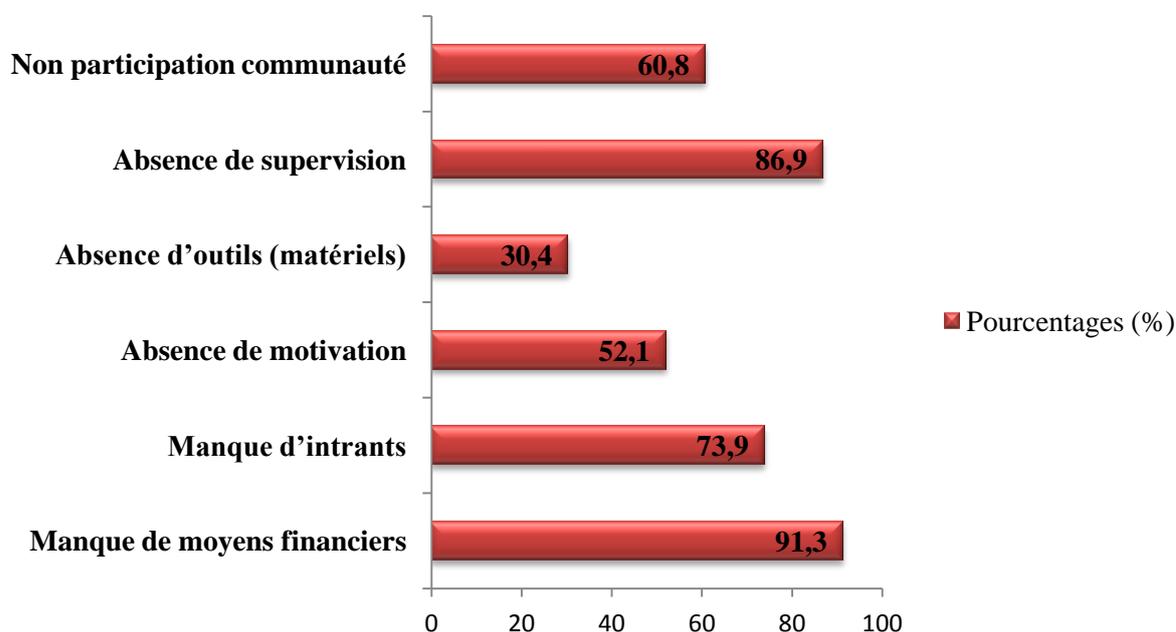


Figure 3: Raisons de la non poursuite des activités après le projet

On remarque que le manque de moyens financiers, d'intrants et de supervision ont été les principales raisons de l'arrêt des activités par les CVN.

V.2.4 L'autonomie financière des CVN

V.2.4.1 Sources de revenus actuelles des CVN

On comptait 3 CVN qui poursuivaient des activités de dépistage/référencement des cas sans aucune source de revenu de façon ponctuelle, à la demande de la population (les parents d'enfants).

Les différentes sources de revenus actuelles des CVN sont présentées dans le tableau ci-après.

Tableau VII: Répartition des CVN selon leurs sources de revenus actuelles**N=40**

Sources de revenu des CVN	Fréquences	Pourcentages (%)
Economie faite durant le projet	6	15
AGR	2	5
Subvention de l'Etat	0	0
Subvention COGES	0	0
Subvention commune	0	0
Contribution population	3	7,5
Appui d'une structure	5	12,5
Absence de source de revenu	26	65

On note que les CVN ne recevaient aucune subvention de l'Etat ni de la commune et la population contribuait dans 12,5% des cas.

V.2.4.2 Développement d'activités génératrices de revenus (AGR)

Des AGR (Champs communautaire et commerce) étaient développées par deux (5%) CVN. Les raisons de l'absence d'AGR évoquées par les autres CVN (38) sont énumérées dans le tableau VIII.

Tableau VIII: Raisons évoquées pour l'absence d'AGR**N=38**

Raison d'absence AGR	Fréquences	Pourcentages (%)
Manque de temps	12	31,5
Manque de moyens financiers	31	81,5
Manque de motivation	12	31,5
Absence d'organisation	17	44,7
Ignorance de la possibilité de faire des AGR	3	7,9

Le manque de moyens financiers et d'organisation ont été les principales raisons de l'absence de mise en œuvre d'AGR.

V.2.5 La disponibilité et/ou la motivation des membres des CVN

Sur les 40 CVN, 5 (12,5%) étaient rémunérés.

La figure 4 illustre la répartition des CVN selon la disponibilité et/ou la motivation de leurs membres à poursuivre les activités.

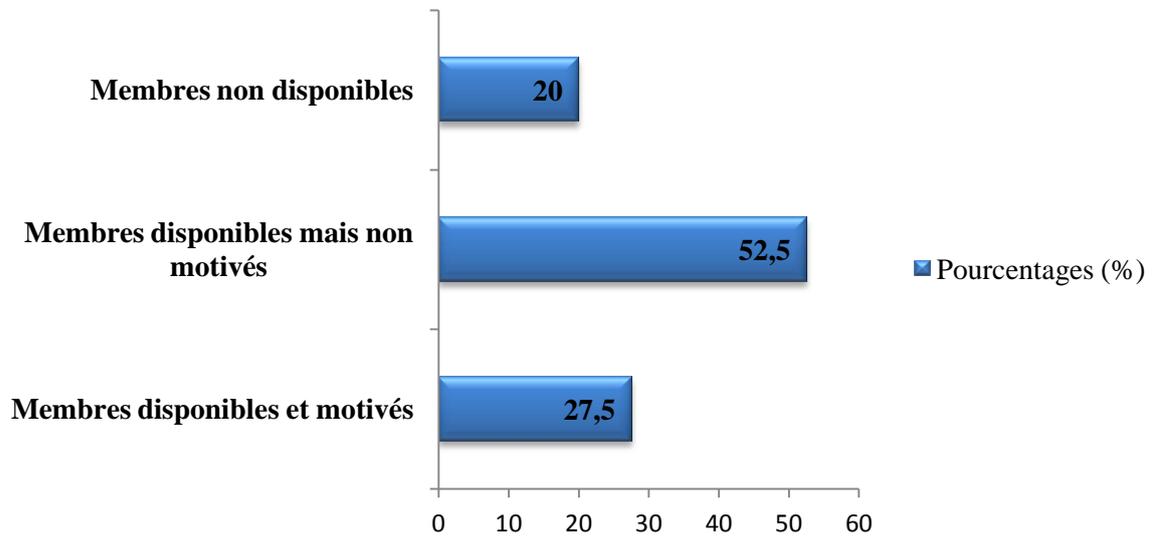


Figure 4: Répartition des CVN selon la disponibilité et/ou la motivation de leurs membres

Cette figure montre que plus de la moitié des CVN n'avait pas de membres motivés pour poursuivre les activités.

V.2.6 L'ancrage institutionnel

V.2.6.1 Lien entre les CVN et des organisations œuvrant dans le domaine de la santé

Quatre Organisations à base Communautaire d'Exécution (OBC-E) ont récupéré 5 (12,5%) CVN avec qui elles mènent des activités. Elles les accompagnent depuis 2013 dans des actions discontinues et de façon informelle.

Le tableau ci-après présente les OBC-E avec les CVN appuyés et les domaines de collaboration.

Tableau IX: Récapitulatif des CVN appuyés par des OBC-E avec les domaines de collaboration

OBC-E	CVN appuyés	Domaines de collaboration	Activités
REVS+/Diébougou (Responsabilité Espoir Vie Solidarité)	Torkiaro Tiopanao } Bougouriba	Lutte contre la malnutrition	Mobilisation de la population Causeries éducatives Dépistage en masse Référéncement des cas Recherche de perdues de vue Démonstrations culinaires
NO-BIÈL (Noyau pour le Bien être de l'Enfant Lobi)	Goumpolgo (Bougouriba)	Lutte contre la malnutrition	Idem
RAJS/BF (Réseau Africain Jeunesse Santé/ pour le développement du BF)	Taperdo (Noumbiel)	Lutte contre le VIH/sida	Mobilisation de la population Causeries éducatives
AJDB (Association Jeunesse, Développement de Batié)	Ouel-Ouelna (Noumbiel)	Lutte contre le paludisme	Mobilisation de la population Causeries éducatives

On remarque que c'est dans les provinces de la Bougouriba et du Noumbiel que des OBC-E ont récupéré des CVN avec qui elles mènent des activités.

V.2.6.2 Lien entre les CVN, les districts sanitaires et les CSPS

Trois districts sanitaires étaient en lien avec les CVN à travers soit les ASC qui sont aussi membres des CVN (le district sanitaire de Gaoua), soit à travers une implication des CVN dans leurs activités au niveau communautaire (les districts sanitaires de Diébougou et de Batié).

Parmi les 12 CSPS de rattachement des CVN, 7 ont gardé un lien avec des CVN avec qui ils collaborent dans différents domaines.

Le tableau ci-après présente les domaines de collaboration actuels entre CSPS et CVN.

Tableau X: Domaines de collaboration actuels entre CSPS et CVN

N=40

Domaines de collaboration CSPS-CVN	Fréquences (CVN)	Pourcentages (%)
Supervision des activités des CVN par les agents de santé	5	12,5
Implication des CVN dans les activités du CSPS au niveau communautaire		
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation de la population pour les séances de sensibilisation • Journées de vaccination contre la poliomyélite • Journée de supplémentation en vitamine A 	6 5 5	15 12,5 12,5

On note qu'un CVN sur 8 (12,5%) était supervisé par un agent de santé.

V.2.6.3 Lien entre les CVN et les structures provinciales de la Croix-Rouge

Le comité provincial de la CR du Noubiel faisait participer les CVN de leur localité aux réunions et rencontres d'échanges du comité. Les trois autres comités entretenaient des relations amicales avec les CVN. Les principales raisons de l'absence d'accompagnement des CVN par ces comités étaient les suivantes :

- La non implication du comité dans les démarches de retrait de la CR.
- La grande distance entre les CVN et le manque de moyens de déplacement.
- Le manque de sources motivation.

V.3 Appropriation des activités du projet par les CVN

Le tableau suivant donne la classification des CVN selon le niveau d'appropriation.

Tableau XI: Répartition des CVN selon le niveau d'appropriation des activités du projet

N=40

Niveaux d'appropriation des activités par les CVN	Fréquences	Pourcentages (%)
Fort	0	0
Moyen	6	15
Insuffisant	9	22,5
Nul	25	62,5
Total	40	100

Ce tableau montre que près de 2 CVN sur 3 n'ont pas pu s'approprier les activités.

V.3.1 Comparaison des provinces selon les niveaux de l'appropriation des activités

Le tableau suivant donne une idée du nombre de CVN toujours actifs selon les 4 provinces et les différents niveaux d'appropriation des activités.

Tableau XII: Comparaison des niveaux d'appropriation des activités selon les provinces

Province	Niveaux d'appropriation		
	Moyen	Insuffisant	Nul
Ioba	0	3	7
Bougouriba	3	3	4
Poni	1	2	7
Noumbiel	2	1	7

Dans la province de la Bougouriba on avait 6 CVN actifs contre 3 dans les autres.

V.4 Difficultés rencontrées par les CVN dans la mise en œuvre des activités après le projet et leurs suggestions pour la poursuite de l'action

Le tableau suivant récapitule les difficultés rencontrées par les CVN dans la poursuite des activités du projet ainsi que leurs suggestions pour la pérennisation de l'action.

Tableau XIII: Récapitulatif des difficultés rencontrées par les CVN et les suggestions formulées pour la pérennisation de l'action

Difficultés rencontrées par les CVN	Suggestions faites
Non préparation des CVN au retrait de la CR	Retour de la CR avec une nouvelle phase du projet
Absence de moyens financiers	Appuyer les CVN dans le développement d'AGR rentables Confier la gestion des CVN à une autre institution reconnue
Absence de source de motivation	Trouver une mesure pour rémunérer les membres des CVN
Attraction des sites aurifères	Renforcer la sensibilisation
Non participation de la communauté	Renforcer la sensibilisation à l'endroit des communautés en général et des parents d'enfants en particulier pour une meilleure fréquentation des CAPN
Eloignement des CAPN	Dotation de moyens de déplacement aux membres des CVN
Absence de supervision	Appui du district/CSPS ou d'une autre structure
Absence de matériels en bon état	Remplacement du matériel hors d'usage et dotation du matériel manquant

VI. DISCUSSION

VI.1 L'appropriation des activités du projet par les CVN

Le principal résultat de notre étude est que la majorité des CVN, soit près de 2 sur 3 ne s'est pas appropriée les activités du projet. Le reste des CVN avait un niveau d'appropriation moyen ou insuffisant. Ce résultat pourrait s'expliquer d'une part, par la non préparation des CVN au retrait de la CR, mais aussi, par le facteur temps. En effet, le projet aurait pris fin de façon brutale en décembre 2012, principalement par manque de financement car, une proposition d'une nouvelle phase du projet avait été refusée par le bailleur de fonds. Egalement, après avoir passé 5 ans durant le projet à répéter les mêmes activités et encore 18 mois après la clôture du projet, les membres des CVN ont dû se lasser de cette routine.

VI.2 Les facteurs déterminant l'appropriation des activités du projet par les CVN

Nous avons l'intention d'identifier les facteurs qui déterminent l'appropriation des activités du projet par les CVN. Ainsi, nous avons pu identifier six facteurs qui sont les suivants:

VI.2.1 La poursuite des activités

La poursuite des activités est un déterminant majeur de l'appropriation du projet par les communautés. Dans la présente étude, plus de la moitié des CVN (57,5%) avait cessé toute activité. Certains ont cessé de fonctionner dès la clôture du projet en décembre 2012, et d'autres en 2013, après avoir épuisé les économies faites durant le projet. Seuls, 42,5% des CVN poursuivaient une activité menée de façon régulière et/ou irrégulière. Aussi, parmi les activités menées on pourrait remarquer que, ce sont celles qui ne nécessitent pas de grands moyens financiers pour leur exécution qui étaient les plus poursuivies à savoir le dépistage, le référencement des cas et les sensibilisations.

Les résultats auxquels nous sommes parvenus pourraient se comprendre par l'absence de conditions favorables définies par la CR pour la continuité de l'action à son retrait. En effet, les CVN qui ne menaient plus d'activités ont évoqué comme raisons, entre autres, le manque de moyens financiers, d'intrants et l'absence d'accompagnement.

VI.2.2 La compétence des CVN

Pour la mise en œuvre du projet, tous les CVN avaient reçu une formation pour la réalisation des activités. Après un an d'expérience et de suivi, ils avaient tous été jugés

compétents pour la mise en œuvre autonome du PA [48]. Cependant, dans notre étude 18 mois après la clôture du projet, on notait une baisse du niveau de compétence des CVN. Seuls, 75% des CVN maîtrisaient toujours toutes les techniques de mise en œuvre du PA et 5% n'étaient plus capables de réaliser une activité. Cette baisse de compétence des CVN pourrait s'expliquer par le bas niveau d'instruction de leurs membres. En effet, on notait que près de la moitié des membres des CVN était ni alphabétisée ni scolarisée et 5 avaient tous leurs membres non alphabétisés/scolarisés. Une analyse antérieure de la santé communautaire au Burkina Faso [40], avait aussi montré une influence négative du bas niveau d'instruction des ASC en général dont la plupart était non alphabétisée, sur leur performance en termes de qualité des prestations fournies et de gestion des outils de travail. Par ailleurs, le document de stratégies intégrées des interventions à base communautaire du pays [41] n'indique pas clairement le niveau d'instruction que devrait avoir les ASBC. Il est seulement mentionné parmi les critères d'orientation du choix des ASBC : « être lettré(e) ou alphabétisé(e) est un atout ». Ce qui ne permet pas d'harmoniser leur profil.

Aussi, en plus du bas niveau d'instruction, l'absence de formation continue ou de recyclage des membres des CVN pourrait être une autre raison.

VI.2.3 La disponibilité de moyens logistiques

Pour les besoins du projet il avait été construit pour chaque CVN une maison communautaire (CAPN). Ces maisons avaient été équipées en matériel de dépistage (balance Salter + culotte, pèse-personne, MUAC, toise), d'animation de groupe (boîtes à image, nattes, tables et chaises), de démonstration culinaire (ustensiles de cuisine), pour la documentation (registres de notification des cas), pour le référencement des cas et le suivi des malades à domicile (fiches de référence, fiches de suivi). De notre étude il ressort que, la majorité des CVN (87,5%) disposait toujours d'un local utilisable et 2 sur 3 CVN avaient du matériels visiblement en bon état pour poursuivre les activités. Seuls, 12,5% des CVN avaient leur CAPN totalement hors d'usage et 5 avaient soit du matériel en mauvais état, soit ne disposaient plus d'aucun matériel. Signalons à ce niveau, qu'après 5 ans d'utilisation, aucun matériel n'a été renouvelé à la clôture du projet. Considérant donc la durée de vie par exemple du matériel de dépistage, des questions sur la fiabilité des résultats des mesures anthropométriques pourraient être discutées. Mais, comme le volet qualité de la prise en charge ne faisait pas partie des objectifs de cette étude, nous n'avons donc pas évalué la performance actuelle du matériel.

VI.2.4 L'autonomie financière ou sources d'approvisionnement actuelles des CVN

Dans la présente étude, on notait que la majorité des CVN, soit presque 2 sur 3 n'avait aucune source de revenu. Pour les autres, les revenus provenaient d'économies faites durant le projet, de l'appui d'une structure extérieure (des OBC-E) ou de la contribution de la communauté par des dons de céréales. Seuls, 5% des CVN menaient une AGR à type de champ communautaire ou de commerce de céréales. Mais, ces activités leur rapportaient peu. Il convient de rappeler à ce niveau que, dans le but d'un autofinancement des CVN après le projet, la CR avait encouragé le développement d'AGR. Mais, il faut reconnaître que l'idée de l'accompagnement dans la réalisation de ces AGR a été émise tardivement dans la mise en œuvre du projet et n'a pas été bien suivie. Aussi, tous les CVN n'avaient pas pu débiter une AGR au cours du projet. Ainsi, pour justifier l'abandon des AGR, les CVN évoquèrent entre autres, le manque de moyens financiers, d'organisation et de motivation.

Aussi, une autre raison de l'abandon des AGR pourrait être la vision que les membres des CVN ont de l'activité collective. En effet, plus des 2/3 des membres des CVN étaient des paysans. Ainsi, afin de garantir leur quotidien, plus d'importance était accordée aux champs familiaux au détriment de ceux collectifs dont les recettes ne vont pas se retrouver dans leur grenier.

VI.2.5 La disponibilité et/ou la motivation des membres des CVN

Dans cette étude, nous avons noté que seulement 27,5% des CVN (dont 12,5% appuyés par des OBC-E) continuaient à avoir des membres motivés pour la poursuite des activités. Cette baisse ou absence de motivation pourrait se comprendre d'une part par le manque de rémunération. En effet durant le projet, les CVN disposaient d'une caisse communautaire de menues dépenses alimentée mensuellement par la CR. L'utilisation de cette caisse était dirigée prioritairement vers l'achat de vivres pour les préparations de bouillies communautaires et le transport des vivres. Mais, une liberté était laissée aux CVN, et certains d'entre eux s'en servaient pour s'attribuer des primes [39]. Cela constituait quelque part une source de motivation. Egalement, cette motivation serait aussi fonction de l'intérêt « générationnel ». En ce sens que, les mêmes questions qui suscitaient l'engouement d'un groupe de personnes peuvent ne plus les intéresser dans un long terme.

Il faut aussi noter que, la question de la motivation des agents communautaires est un épineux problème général en Afrique. C'est l'un des problèmes qui rendent difficile l'intégration des activités du monde communautaire dans les systèmes de santé actuels à cause du faible budget alloué au secteur de la santé. C'est pourquoi, le principe de l'approche

participative et du volontariat/bénévolat est toujours mis en avant quand il s'agit de santé communautaire. Au Niger par exemple dans le cadre de la PCMA [42], cette motivation des agents communautaires tient à un petit bénéfice financier, à la reconnaissance sociale ou à un meilleur contexte de travail (accès aux fournitures, encadrement, aides de travail et outils ou charrettes pour transporter les enfants référés).

Par ailleurs, l'analyse d'interventions en santé publique ayant utilisé des AGR rentables [43] ou d'autres mesures de solidarité horizontale¹ pour soutenir l'implication des communautés dans des programmes de santé, a montré que ce modèle devrait être mieux étudié en vue de remplacer celui basé sur le bénévolat qui s'est révélé inefficace et non pérenne [44, 12, 45].

VI.2.6 L'ancrage institutionnel

Dans notre étude, seuls 5 CVN bénéficiaient de l'appui d'une structure dans la mise en œuvre d'activités de prévention après le projet. Il s'agissait des OBC-E REVS+/Diébougou et NO-BIÈL dans la province de la Bougouriba, RAJS et AJDB au Nounbiel. Ces CVN mobilisent la population pour les séances de sensibilisation et guident les OBC-E dans la recherche des perdues de vues et les visites à domicile. Ils reçoivent en contrepartie, une motivation financière. Ce sont aussi ces CVN qui étaient supervisés par les agents de santé. Quand aux autres CVN, certains sont souvent sollicités dans des activités au niveau communautaire des districts à travers leur CSPS de rattachement et d'autres, laissés à eux mêmes (pas de sollicitation, d'accompagnement ni de supervision). En revanche, aucun comité provincial de la CR n'accompagnait les CVN dans la poursuite d'activités après le projet.

Ce constat reflète aussi la non préparation des différentes institutions au retrait de la CR voire l'exécution d'un plan de désengagement. En effet, selon le chef de projet nutrition de la CR (avec qui nous avons eu des entrevues), la non obtention de financement pour une nouvelle phase du projet n'a pas permis d'engager un vrai processus de retrait pour garantir la continuité des activités après le départ de la CR. A noter toutefois que, la question de la pérennisation des structures communautaires (CAPN) avait été abordée avec les principaux acteurs de la région comme attestent les comptes rendus de deux ateliers organisés sur ce sujet en août 2010 et en février 2011 à Gaoua [46, 47]. Ces acteurs étaient la DRS, les districts sanitaires, les comités provinciaux de la CR, les OBC-E et les autorités administratives ... Cependant, les résultats recueillis sur le terrain dans le cadre de notre étude semblent

¹L'épargne fait sur les appuis des programmes pour établir des fonds de secours autogérés.

témoigner que, cette question de pérennisation des CAPN est restée au stade embryonnaire « stade de l'atelier ».

Il convient de noter aussi que, la supervision des activités du monde communautaire en général n'est pas systématique dans le système de santé actuel du pays. Le manque crucial de ressources en est la difficulté majeure. Elle est réalisée essentiellement dans le cadre d'interventions communautaires financées telles que les campagnes de masse, les activités de nutrition financées par la Banque Mondiale et autres organisations. Une analyse de la santé communautaire au Burkina Faso [40] montrait que dans certains villages ce sont les COGES qui, avec des ressources limitées assuraient les frais de carburant des infirmiers pour la supervision et soulignait aussi une insuffisance de compétence des agents de santé des CSPS en techniques de supervision.

Egalement, parlant d'intégration de la PCMA dans les systèmes de santé nationaux, leur faiblesse et incapacité dans la mise en œuvre de sa composante communautaire ont fait l'objet de discussions lors de conférences [48], dans des documents d'examens nationaux [42, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56], des travaux de synthèse [57, 58] et des documents d'analyse d'obstacles [59, 60, 61, 62]. Ainsi, malgré la volonté de l'Etat burkinabé de développer la santé communautaire à travers l'intégration de volets communautaires dans de nombreux programmes de santé (PNLP, PEV, PF, VIH/sida, etc.), la création récente d'une direction de la santé communautaire et l'existence d'une politique nationale de santé communautaire, des efforts restent à faire notamment pour son renforcement.

En somme, parlant de facteurs déterminant la durabilité des interventions en santé à base communautaire, nos résultats rejoignent ceux de Shédiac-Rizkallah au Etats Unis [33] qui après une analyse comparative de quarante-quatre projets menés en Amérique centrale et treize en Afrique, trouvait que ces facteurs pouvaient être rangés en trois catégories essentielles qui sont (1) le maintien des prestations de santé réalisées dans le programme initial, (2) le niveau d'institutionnalisation du programme et (3) les mesures de renforcement des capacités de la communauté bénéficiaire.

VI.3 Contraintes et limites de l'étude

Avant d'entamer la dernière partie de notre discussion qui concerne les leçons apprises du projet, il convient de rappeler les contraintes et les limites de l'étude.

➤ **Les contraintes de l'étude**

- L'enclavement de certains villages à cause de la saison pluvieuse (routes impraticables) qui nous a amené à revoir le choix de certains villages ;
- La barrière de langue qui a conduit au recours à des enquêteurs. Toutefois ces enquêteurs ont été formés de manière adéquate et supervisés.

➤ **Les limites de l'étude**

- La non exhaustivité de l'échantillon d'étude concernant les CVN qui n'a pas permis de restituer une situation complète de l'ensemble. Cependant, nous avons procédé à un tirage aléatoire qui a garanti la représentativité de notre échantillon ;
- La non prise en compte de la dimension qualité des prestations offertes dans l'appréciation de l'appropriation. Une étude spécifique aurait été nécessaire mais, la durée du stage ainsi que les moyens financiers et matériels que nous disposions n'ont pas rendu possible la réalisation d'une telle étude.
- La non utilisation d'une échelle validée pour la mesure de nos variables. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature une échelle pour la cotation des dimensions de l'appropriation communautaire des interventions en santé. Cependant, nous nous sommes inspirés du modèle de cotation des dimensions de la participation communautaire de l'OMS pour établir notre échelle.
- Le biais d'interview inhérent à toutes les enquêtes d'opinion.

VI.4 Les leçons apprises du projet

- Le retrait d'un projet commence dès le lancement de celui-ci. La rétrocession doit donc être planifiée dès la conception du projet. C'est dire que les questions liées au processus de désengagement doivent être régulièrement posées et analysées pour s'assurer que tous les acteurs sont en phase et qu'ils reconnaissent et comprennent leurs responsabilités éventuelles en cas de retrait du projet.
- La contractualisation des activités de prévention, voire celles de la prise en charge communautaire de la malnutrition est une piste potentiellement pérenne. Son financement estimé entre 4 et 22 millions de FCFA par OBC-E en 2012 [36] provient du PADS (Programme d'Appui du Développement Sanitaire). La CR aurait donc pu

travailler avec les OBC-E de la région, ce qui aurait permis de les positionner en tant que repreneurs éventuels du projet à son retrait.

- Les conditions de mise en place des CAPN avec un appui technique et financier provenant uniquement du projet ne favorisent pas son ancrage. Les CAPN seront considérés comme des propriétés de la CR. Ainsi, l'approche participative devrait être priorisée dans le financement des activités à savoir la participation de la communauté à travers le développement d'AGR tôt dans le projet avec un accompagnement technique et financier approprié ainsi que la mobilisation des vivres (céréales et ingrédients locaux) par des dons de la population et aussi celle du Ministère de la Santé ou des communes.
- En ce qui concerne les membres des CVN, leur motivation est capitale et doit être prise en compte au regard du volume de travail qui leur est demandé. Les questions liées à leur statut et à leur rémunération sont à considérer en vue de susciter et garantir leur motivation. Ils doivent aussi acquérir des connaissances sur le mouvement de la CR et la notion de volontariat. Egalement, ce sont les CVN dirigés par les femmes qui semblent marcher le mieux. De même, le niveau d'instruction des membres CVN est un élément capital qui déterminera leur capacité à poursuivre les activités.
- En terme d'investissement financier mais également d'intensité des activités menées, la CR aurait dû adapter ses appuis à un niveau pouvant être maintenu par l'Etat, la communauté ou par un autre acteur à ressources limitées. Nous faisons référence à ce niveau à la subvention des soins, au financement des évacuations, à la pertinence d'avoir jusqu'à six membres CVN, d'assurer des visites de supervision quasi hebdomadaires de tous les CAPN... Cela coûte si cher qu'un autre acteur à ressources limitées ne peut se le permettre.
- Pour la pérennisation de l'action, il nous semble que la personnalité de l'ASC qui compose les CVN et la relation qu'il entretient avec le projet voire avec tous les autres acteurs influent énormément. Aussi, à un niveau élevé, c'est le leadership et le dynamisme de l'équipe cadre du district sanitaire qui paraissent primordiaux pour une meilleure durabilité.
- Enfin pour l'autonomisation des CVN, le développement d'une initiative locale telle que les AGR semble être une piste et dépendre de quatre facteurs clés qu'il convient d'analyser à savoir :

1. La volonté : la communauté doit elle-même émettre l'idée et faire le choix de développer une activité donnée.
2. Le dynamisme des porteurs de l'idée : il faut des meneurs d'équipe disponibles et convaincus. Un minimum de capacité sera toutefois requis pour mener à bien l'activité.
3. La faisabilité : il faut que l'environnement soit favorable à l'activité elle-même, une source de financement connue, un « timing » opportun et prévoir un accompagnement technique approprié.
4. La cohésion : entre les membres des CVN et la communauté. Il sera recommandé de clarifier les contributions et les avantages attendus aussi bien pour les membres des CVN que pour la communauté.

CONCLUSION

L'expérience de la Croix-Rouge du Burkina dans la prise en charge communautaire de la malnutrition avec des stratégies novatrices a permis d'engranger des résultats satisfaisants dans la lutte contre la MA dans la région du Sud-ouest. L'un des objectifs du projet était, la poursuite des activités par les CVN après sa clôture pour une durabilité des acquis. Mais, cette étude menée 18 mois après la clôture du projet montre en général que, les acquis fragiles obtenus sont entrain de s'estomper. Le niveau d'appropriation des activités par les CVN est le plus souvent nul ou insuffisant. Ce qui ne permet pas de garantir la poursuite de l'action.

La durabilité des acquis des projets de santé communautaire est un réel problème qui mérite une attention particulière lors de leur conception, afin d'associer les partenaires qui conviennent et de définir le rôle de chacun.

Par ailleurs, dans la stratégie de la prise en charge intégrée de la MAS (PCIMAS) dont il est question actuellement dans la Politique Nationale de Santé du pays, le volet communautaire joue toujours un rôle primordial à travers les activités à mener qui sont principalement le dépistage actif, la référence des cas au CSPS, le suivi à domicile et la sensibilisation. Ainsi, l'expérience des CVN/CAPN dans la prise en charge communautaire de la MA, se présente aujourd'hui comme une opportunité que les décideurs nationaux pourraient analyser et reconsidérer afin de maintenir et améliorer les acquis déjà existants.

En outre, l'étude a montré que la motivation est une énorme difficulté qui entrave la réalisation et le maintien des activités du monde communautaire. En effet, le volontariat et le bénévolat social ne suffisent plus de nos jours pour les ASBC, responsables de famille pour la plupart. L'implication de la communauté ne saurait se reposer uniquement sur des valeurs sociales. La motivation financière, même si elle n'est pas très déterminante demeure indispensable pour asseoir une véritable politique de santé communautaire. Il revient donc à l'Etat de prendre des mesures adéquates pour développer une santé communautaire pérenne.

SUGGESTIONS

- ✚ A l'endroit des organisations œuvrant dans le domaine de la nutrition au niveau communautaire
- Prendre comme ASBC des personnes au minimum alphabétisées.
 - Travailler pour une meilleure compréhension de la notion de volontariat/bénévolat par les ASBC ainsi que celui du partenariat « gagnant-gagnant » avec les communautés. Faire comprendre à la population qu'elle doit s'impliquer dans la résolution de ses propres problèmes de santé et que les projets sont seulement élaborés pour leur venir en aide.
 - Impliquer si possible dans les projets, en plus du système de santé et des autorités administratives, d'autres partenaires tels que les membres COGES, les associations locales travaillant sur la même thématique, les groupements féminins.
 - Planifier la rétrocession dès la conception des projets. Définir le rôle des différents partenaires impliqués dans le projet (acteurs communautaires, système de santé, autorités administratives etc) afin que chacun sache à quel niveau intervenir au retrait du projet.
 - Commencer le processus de désengagement en fonction des différentes phases de mise en œuvre du projet et se retirer de façon progressive des éléments du paquet d'activités développées.
 - Spécifiquement à la CR :
 - Considérer les membres des CVN comme des volontaires de la CR et les rémunérer comme tels.
 - Commencer tôt dans le projet le développement des AGR avec un appui technique et financier adéquat.
 - Travailler avec les OBC-E, les comités provinciaux de la CR dans une perspective de retrait afin de les positionner comme les repreneurs éventuels de l'action à la fin du projet. Mettre surtout l'accent sur le lien entre les CVN/CAPN et ces futurs organes d'encadrement et de supervision avant le retrait.

✚ A l'endroit de la Direction Régionale de la Santé du Sud-ouest et du Ministère de la Santé

- Capitaliser et reconsidérer l'expérience des CVN/CAPN afin de s'appuyer sur ceux qui sont toujours actifs dans la mise en oeuvre des strategies de la PCIMAS.
- Donner un statut aux ASBC et adopter un texte légal régissant leur fonction.
- Trouver des mesures pour motiver les ASBC :
 - Prélever une partie du budget alloué aux OBC-E pour rémunérer les ASBC.
 - Faire contribuer les communes dans la prise en charge des ASBC.
 - Valoriser les agents communautaires par des sorties publiques à l'issue des formations avec des remises d'attestations de participation.
 - Exempter les ASBC ainsi que les membres de leur famille proche (femme/mari et enfants) des frais de consultation dans les CSPS.
 - Assurer une formation continue.
- Plaidoyer pour l'intégration de la supervision systématique des activités des ASBC dans les plans d'action des districts sanitaires.

✚ A l'endroit des agents de santé à base communautaire (ASBC)

- Savoir que le volontariat est un engagement libre mais, il faudrait avoir de l'amour pour le travail, le sens du sacrifice, et analyser sa disponibilité avant de s'y lancer.
- Redoubler d'efforts pour une meilleure appropriation des activités à exécuter.

✚ A l'endroit des autorités locales (chefs de village, chefs coutumiers et religieux) et des populations bénéficiaires des projets

- Accompagner les ASBC par une reconnaissance sociale pour une meilleure appropriation des activités des projets pour le bénéfice des communautés.
- Renforcer la participation communautaire aux activités.

REFERENCES

1. UNICEF. La situation actuelle des enfants dans le monde 2014 en chiffres. Chaque enfant compte. Janvier 2014 ; p.36-41.
2. UNICEF. La malnutrition dans le monde : les plus vulnérables dans le viseur. [en ligne]. 2013 Décembre. [consulté le 19 Mai 2014]. Consultable à l'URL: <http://www.unicef.fr/contenu/actualite-humanitaire-unicef/la-malnutrition-dans-le-monde-les-plus-vulnerables-dans-le-viseur-2011-08-18>
3. Aké-Tano O, Tiembré I, Konan YE, Donnen P, N'Cho Dagnan S, Koffi K, et al. Malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans au nord de la Côte d'Ivoire. Journal Santé Publique. 2010;22(2):213-220.
4. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition 1: global and regional exposures and health consequences. Lancet 2008 January; 371:243-60.
5. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Parul C, de Onis M, et al. Maternal and Child Nutrition 1 : Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle income countries. Lancet 2013 June; 382:427-51.
6. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorel RI, Richter L, et al. Maternal and child undernutrition 2 : Consequences for adult health and human capital. Lancet 2008 January;371:340-57.
7. Ministère de la santé. Politique nationale de santé communautaire. Burkina Faso. Août 2012; p.26
8. UNICEF. Santé Maternelle et Infantile: améliorer la santé de la mère et de l'enfant. [En ligne]. 2013 Décembre. [consulté le 19 Mai 2014]. Consultable à l'URL: http://www.unicef.org/bfa/french/health_nutrition.html
9. Ministère de la Santé. Enquête Nutritionnelle Nationale 2013. Burkina Faso. Décembre 2013; p.56.
10. Ministère de la Santé. Enquête Nutritionnelle Nationale 2011. Burkina Faso. Janvier 2012; p.34.
11. Ashworth A. Efficacy and effectiveness of community-based treatment of severe malnutrition. Food Nutr Bull 2006; 27 (suppl): S24-48.
12. Haines A, Sanders D, Lehmann U, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. Lancet 2007; 369: 2121–31.

13. Collins S, Dent N, Binns P, Bahwere P, Sadler K, Hallam A. Management of severe acute malnutrition in children. *Lancet*. 2006; 368(9551): 1992-2000.
14. Khara T, Collins S. Community-based therapeutic care (CTC). *ENN special supplement*. 2004 November ; suppl 2 : p.54.
15. Collins S, Sadler K, Dent N, Khara T, Guerrero S, Myatt M, et al. Key Issues in the success of community-based management of severe malnutrition. Technical background paper for WHO Consultation. 2005 ; p59. Consultable à l'URL: http://www.who.int/nutrition/topics/backgroundpapers_Key_issues.pdf
16. UNICEF. Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë. Déclaration commune de l'Organisation Mondiale de la Santé, du Programme Alimentaire Mondial, du Comité Permanent de la Nutrition du Système des Nations Unies et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Mai 2007.
17. UNICEF. Evaluation de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë : rapport de synthèse globale. Mai 2013 ; p.10. (53).
18. Prudhon C, Weise Prinzo Z, Briend A, Daelmans BM, Mason JB. Proceedings of the WHO, UNICEF, and SCN informal consultation on community-based management of severe malnutrition in children. *Food & Nutrition Bulletin*. 2006;27(Suppl 3):99-104.
19. AEDES (Agence Européenne pour le Développement Et la Santé). Evaluation des activités du projet de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë de la Croix-Rouge burkinabé. 2008.
20. Balaluka GB, Nabugobe PS, Mitangala PN, Cobohwa NB, Schirvel C, Dramaix MW, et al. Community volunteers can improve breastfeeding among children under six months of age in the Democratic Republic of Congo crisis. *Int Breastfeed J*. 2012 February;7:2.
21. Doledec D. Impact of community mobilization activities in Uganda. *Field Exchange* 34. 2008 October ; p.14.
22. Rickard DG, Dudovitz RN, Wong MD, Jen HC, Osborn RD, Fernandez HE, et al. Closing the gap between insecticide treated net ownership and use for the prevention of malaria. *Prog Community Health Partnersh*. 2011;5(2):123-31.
23. Somassé YE, Bahwere P, Laokri S, Elmoussaoui N, Donnen P. Sustainability and scaling-up analysis of community-based management of acute malnutrition: lessons learned from Burkina Faso. *Food Nutr Bull*. 2013;34(3):338-348.
24. USAID, BASICS. Les infections respiratoires aiguës (IRA) chez les enfants de moins de cinq ans : Prise en charge des IRA par les agents communautaires formés et suivis. revue documentaire. Février 2011. Consultable à l'URL :

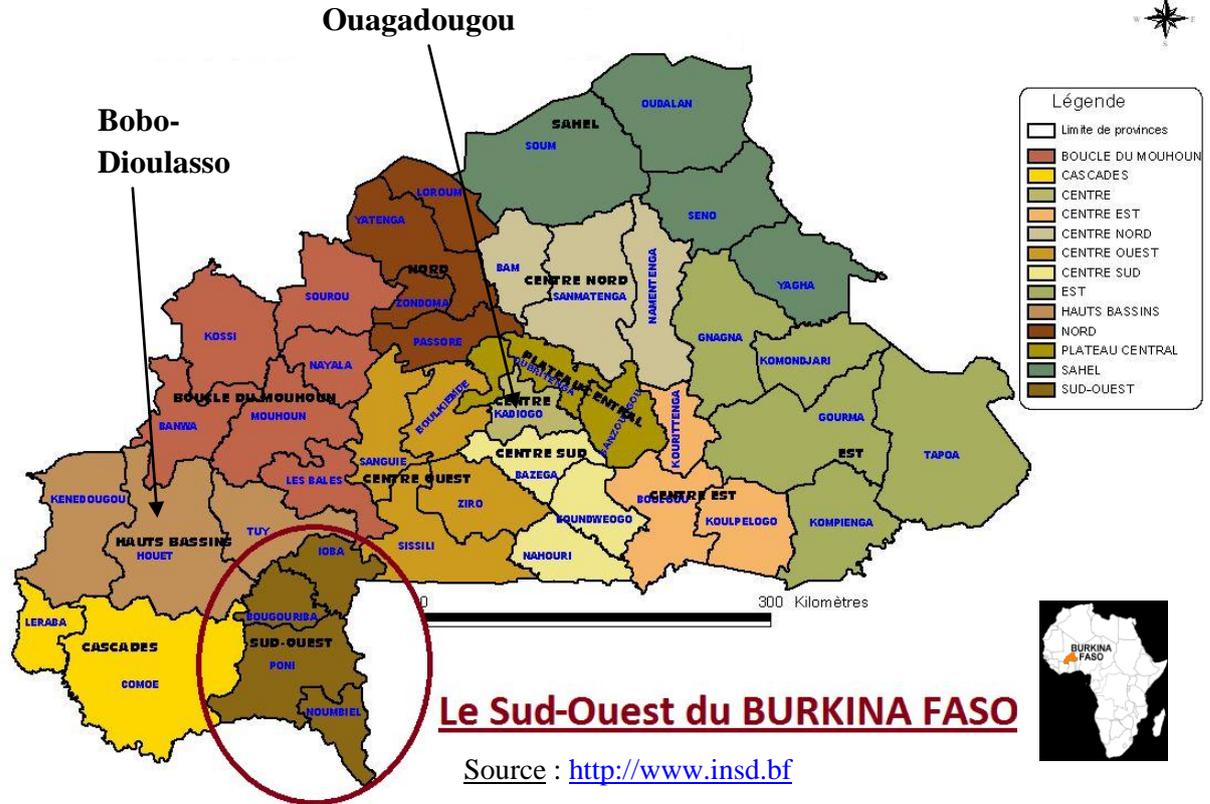
- http://www.basics.org/documents/Les-IRA-chez-les-enfants-de-moins-de-5ans_revue-documentaire.pdf.
25. UNICEF. Suivre les progrès dans le domaine de la nutrition de l'enfant et de la mère : une priorité en matière de survie et de développement. Décembre 2009. P4-12.
 26. Deconinck H, Bahwere P, Diene SM, de Bernardo D, Adou P. Revue de la mise en œuvre du programme de prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë en Afrique de l'Ouest : Rapport récapitulatif. USAID. Washington, DC. FANTA-2. 2011 October ; p.45.
 27. Dictionnaire de français. Le grand Larousse 2010. Le français de A à Z.
 28. OCDE. Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats. OECD publications. France. 2002. <http://www.oecd.org/dac/evaluation/2754804.pdf>
 29. Jackson C, Fortman SP, Flora JA, Melton RJ, Snider JP, Littlefield ID. The capacity-building approach to intervention maintenance implemented by the stanford five-city. Health Education Research. 1994 ; 9, 385-396.
 30. US Agency for International Development. Sustainability of Development Programs : A Compendium of Donor Experience. USAID, Washington, DC. 1998.
 31. Pluye P, Potvin L, Denis JL. Pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. Rupture, Revue transdisciplinaire en santé. 2000 ; 7 : 99-113.
 32. Naylor PJ, Wharf-Higgins J, Blair L., Green L, O'Connor B. Evaluating the Participatory Process in a Community-based Heart Health Project. Social Science and Medicine. 2002 ; 55: 1173-1187.
 33. Schediac-Rizkallah MC, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. Health Education Research. 1988 ; 13 : 87-108.
 34. Ministère de l'Economie et des Finances. Monographie de la région du Sud-ouest. Burkina Faso. Décembre 2009.
 35. Ministère de l'Economie et des Finances. Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 2006 (RGPH-2006). Burkina Faso. INSD. Consultable à l'URL : <http://www.insd.bf>
 36. Ministère de la Santé. Annuaire statistique 2012. Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires (DGISS). Burkina Faso. Mai 2013.
 37. Ministère de la Santé. Protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë au Burkina Faso. Ouagadougou 2007.

38. Ministère de la Santé. Politique Nationale de Nutrition. Burkina Faso. 2007.
39. Somassé YE, Laokri S, Donnien P. Capitalisation et documentation du projet de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë dans 9 provinces du Burkina Faso : rapport d'étude. Département d'Épidémiologie et de Médecine Préventive, ESP-ULB, Bruxelles. Avril 2010 ; p.64.
40. Ministère de la Santé. Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso. Ouagadougou. Février 2011 ; p.105.
41. Ministère de la Santé. Document d'interventions intégrées à base communautaire en matière de santé. Burkina Faso. 2008.
42. Deconinck H, Bahwere P, Adou P. Revue de la mise en œuvre du programme de prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë au Niger 13- 28 octobre 2010. USAID. Washington, DC. FANTA-2. Janvier 2011 ; p 52.
43. Strachan D. Health focused community based agents: motivation and incentives. inSCALE Project, Institute of Child Health, UCL/Malaria Consortium/London School of Medicine & Tropical Medicine. 2010.
44. Bhutta Z, Lassi Z, Pariyo G, Huicho, L. Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems. Genève: OMS. 2010.
45. Takasugi T, Lee ACK. Why do community health workers volunteer? A qualitative study in Kenya. Public Health. 2012 ; 126:839-845.
46. Croix-Rouge Burkinabé. Elaboration d'un plan d'exit du projet nutrition : Rapport d'atelier entre CRBF/CRB et partenaires. Gaoua. Août 2010.
47. Croix-Rouge Burkinabé. Elaboration d'un plan de rétrocession du projet nutrition : Rapport d'atelier entre CRBF/CRB et partenaires. Gaoua. Février 2011.
48. ENN. Conference on government experiences of community-based management of acute malnutrition and scaling up nutrition. Addis Ababa. 2011. Consultable à l'URL : <http://www.ennonline.net/ourwork/ennmeetings/cmamconference2011>
49. Deconinck H, Bahwere P, De Bernardo D. Review of community-based management of acute malnutrition in Mali. USAID. Washington DC: FANTA-2. 2010 November ; p.27.
50. Deconinck H, Diene S, Bahwere P. Review of community-based management of acute malnutrition in Burkina Faso. USAID. Washington DC: FANTA. 2010 November ; p.25.

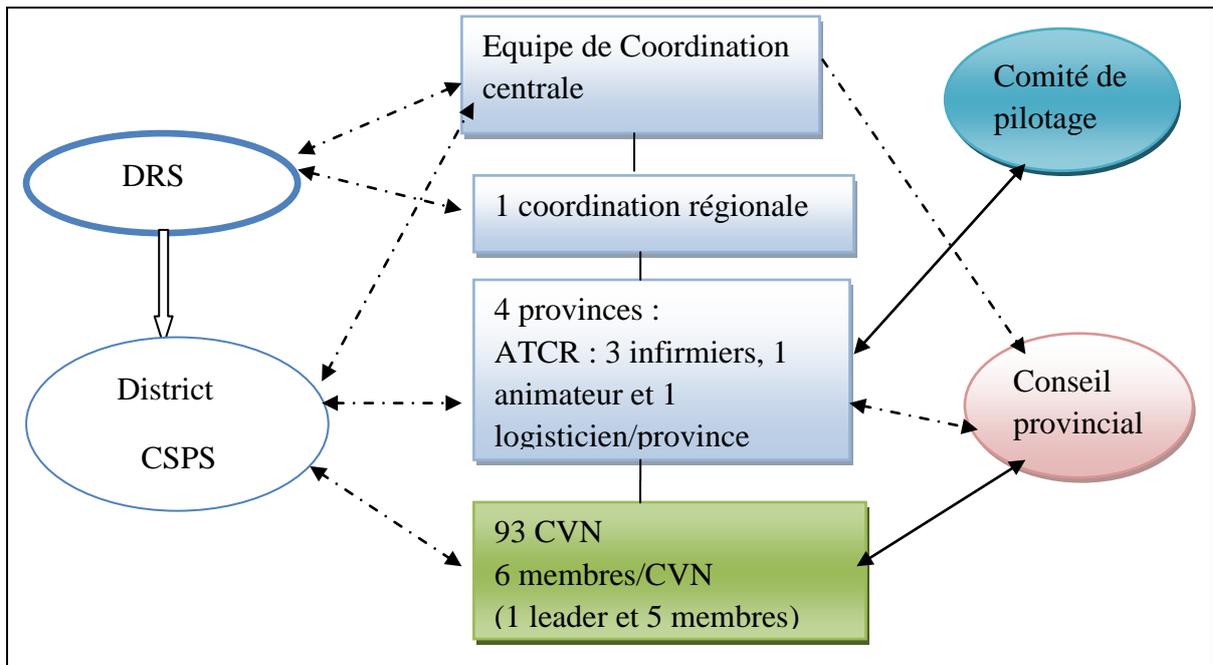
51. Deconinck H, Diene S, Bahwere P. Review of community-based management of acute malnutrition in Mauritania. USAID. Washington DC: FANTA-2. 2010 November ; p.35.
52. UNICEF. Evaluation report of the community health strategy implementation in Kenya. New York: UNICEF. 2010.
53. Forsythe, V, Sharawy, R, Sorkatti S, Albalula SA, Hassan E, Deconinck H, et al. Community outreach for community-based management of acute malnutrition in Sudan: A review of experiences and the development of a strategy. USAID. Washington DC. FANTA-2; 2010 December.
54. Bahwere P, Akortey AS, Neequaye M, Sagoe-Moses I. Review of the integration of community-based management of acute malnutrition in to the Ghana Health System. USAID. Washington DC. FANTA-2. 2011. October ; p.43.
55. UNICEF. Evaluation of community management of acute malnutrition CMAM: Ethiopia country case study. New York. Unicef. 2012.
56. UNICEF. Evaluation of community management of acute malnutrition CMAM: Nepal country case study. New York. Unicef. 2012.
57. Deconinck H, Swindale A, Grant F, Navarro-Colorado C. Review of community-based management of acute malnutrition CMAM in the post-emergency context: synthesis of lessons on integration of CMAM into national health systems in Ethiopia, Malawi and Niger. USAID. Washington DC. FANTA-2. 2008.
58. UNICEF. Evaluation of community management of acute malnutrition CMAM: Global Synthesis Report. New York. Unicef. 2012.
59. Béatriz PB. Coverage assessment: Région de Batha, Tchad. London. CMN. 2013 April. Consultable à l'URL: http://www.coverage-monitoring.org/wp-content/uploads/2013/07/Rapport-SQUEAC_Batha-TCH_VF2.pdf.
60. Bernadé BP. Coverage assessment: Huambo Province, Angola. London. CMN. 2013 June. Consultable à l'URL: http://www.coverage-monitoring.org/wp-content/uploads/2013/09/SQUEAC-Report_Huambo-ANG_VF-26-07.pdf.
61. Sebinwa U. Coverage assessment: Matam, Senegal. London. CMN. 2013 March.
62. Puett C, Guerrero S. Access for all tomes 2: What factors influence access to community based treatment of severe acute malnutrition? London. CMN. 2013.

ANNEXES

Annexe 1: Carte géographique du Burkina Faso (situation des régions)



Annexe 2: Organigramme du projet

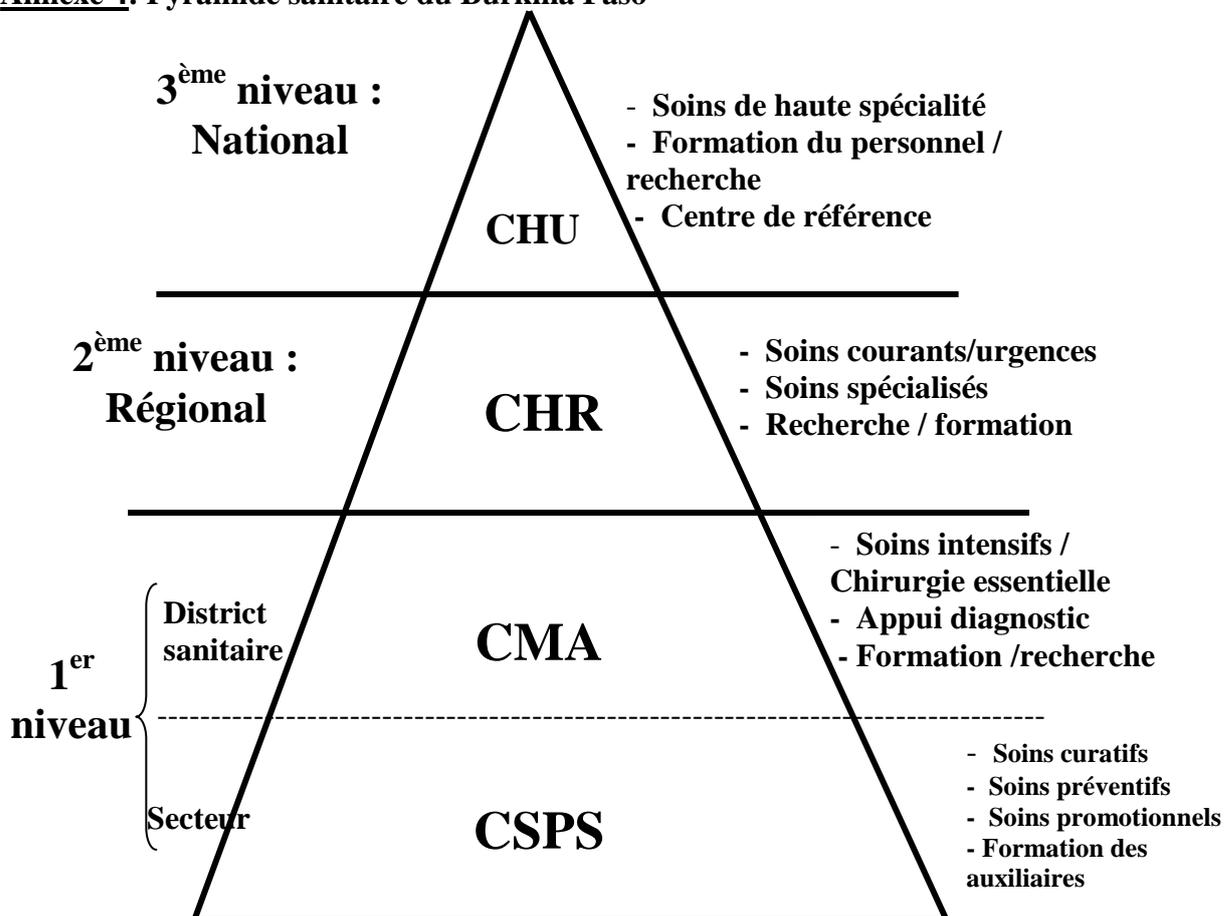


Annexe 3: Thématiques des séances de causeries éducatives

Les séances d'éducation de groupe qui se faisaient avec des boîtes à images à l'appui portaient sur les thématiques suivantes :

- Les règles d'hygiène : corporelle, alimentaire, environnementale, eau ;
- Les besoins nutritionnels et les groupes d'aliments ;
- Les causes et conséquences de la malnutrition et les maladies nutritionnelles ;
- La femme enceinte (l'alimentation de la femme enceinte, la consultation prénatale, les causes et conséquences des grossesses à risque et la surveillance) ;
- La femme allaitante (l'alimentation de la femme allaitante, soins des nouveau-nés et nourrissons, bonnes pratiques pour allaiter...) ;
- Le suivi médical au centre de santé des jeunes enfants et la vaccination ;
- L'alimentation de l'enfant (importance de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, conduite du sevrage) ;
- La prévention du paludisme avec des distributions souvent de moustiquaires imprégnées d'insecticides.

Annexe 4: Pyramide sanitaire du Burkina Faso



Annexe 5: Guide d'entretien avec les comités villageois de nutrition (CVN)

A. Identification du CVN

Province de

District sanitaire de

CSPS de rattachement du CVN :

CVN de

Date de l'entretien :

Q1. Nombre total des membres CVN à la fin du projet: dont femmes

Q2. Année de mise en place du CVN :.....

Q3. Nombre d'Agents de Santé Communautaire (ASC) dans le CVN :

Q4. Niveau d'instruction des membres CVN : Alphabétisé :..... Non alphabétisés:
..... Primaire: Secondaire : ou plus :

Q5. Occupation principale (profession) en dehors du CVN : Secteur informel: /____/

Cultivateur/Eleveur: /____/ ; Fonctionnaire : /____/ ; Etudiant/Elève : /____/

Q6. Nombre de membres présents à l'entretien de groupe :..... dont femmes

B. Compétences des CVN

Q7. Combien de membres sont capables de réaliser le dépistage de la malnutrition ? (mesurer le périmètre brachial et apprécier des œdèmes) : /____ / dontdu sexe féminin

Q8. Combien de membres sont capables de faire une Visite à domicile ? /____ / dont du sexe féminin

Q9. Combien de membres sont capables de réaliser une causerie éducative ? : /____ / dont du sexe féminin

Q10. Combien de membres sont capables de réaliser des démonstrations culinaires ? : /____ / dont du sexe féminin

Q11. Existent-ils des outils de collecte remplis? (cocher devant la réponse)

- fiches de suivi : /____ /
- fiches de référence : /____ /
- cahier d'IEC : /____ /
- Aucun outils : /____ /

C. Appropriation des activités du projet

Q12. Le CVN a-t-il continué à mettre en œuvre des activités après le projet ?

oui /___/

non /___/

Q13. Si la réponse est non :

- demander pourquoi le CVN ne poursuit plus les activités?
- Noter les dates des dernières activités menées
- Organisez-vous souvent des rencontres d'échange entre membres CVN depuis la fin du projet ? oui /_ / non /_ / (et passer à Q15)

Q14. Si la réponse est oui, demander quelles activités sont toujours menées ? (en vous référant aux activités ci après citées)

- Dépistage de la malnutrition ? /___/ Si oui Nombre de cas dépisté ces trois (03) derniers mois /___/ et Comment procèdent-ils ?
 - Au cours des séances de dépistage au CAPN /___/
 - Par du Porte à porte /___/
 - Autres précisez /___/
- Prise en charge des cas de malnutrition aigue modérée (MAM) ? /___/ Si oui Nombre de cas suivis ces trois (03) derniers mois /___/ et comment (avec quel moyen ?)
- Référencement des cas de malnutrition aigue sévère (MAS) au Centre de santé ? /___/ Si oui, précisez le nombre de cas référés ces trois (03) derniers mois /___/
- Séances d'éducation nutritionnelle et sanitaire ? /___/ si oui à quelle fréquence.....
Nombre de causeries réalisées les trois derniers mois :
Nombre de personnes ayant participé aux causeries ces trois derniers mois :dont femmes.
- Séances de démonstration culinaire ? /___/ Si oui à quelle fréquence
Nombre de séances de démonstrations réalisées les trois derniers mois :
- Les données de vos activités sont elles transmises au CSPPS? Oui /___/ non /___/

Si non, pourquoi ?.....

- La communauté participe t-elle aux activités du CVN ? oui /___/ non /___/

Si oui, de quelle manière ?.....

D. Logistique (vérifier par vous même)

Q15. Existe-t-il toujours le CAPN (le local) ? oui /___/

non /___/

Si oui décrire son état actuel :

Q16. Existe-t-il toujours du matériel en bon état pour le dépistage et la prise en charge de la malnutrition (toise, balance Salter+culotte, pèse-personne, MUAC, médicaments?)

oui /__/ non /__/

Q17. Existe-t-il toujours du matériel en bon état pour l'animation des causeries éducatives (boîtes à images)? oui /__/ non /__/

Q18. Existe-t-il toujours du matériel en bon état pour les démonstrations culinaires (marmites, seaux, louches, cuillères) ? oui /__/ non /__/

Q19. Le CVN dispose t-il des intrants pour les démonstrations culinaires (farine, graines de céréales, ingrédients, etc)? oui /__/ non /__/

Si oui quelle est la source d'approvisionnement ?.....

E. Autonomie financière

Q20. Quelles sont les sources de revenu du CVN ? (cocher)

- a. Economies faites sur les appuis du projet /__/
- b. Activités génératrices de revenu (AGR) /__/ (préciser)
- c. Subvention de l'Etat /__/
- d. Subvention du COGES /__/
- e. Subvention communes /__/
- f. Contribution des communautés /__/
- g. Dons et legs /__/
- h. Appui d'une autre structure /__/ (préciser)
- i. Autres /__/ (préciser)

Q21. Si le CVN ne fait pas d'AGR, demander pourquoi (et passer à Q26).....

Q22. Si le CVN fait des AGR, décrire chaque type d'AGR en précisant les acquis.....

Q23. Est-ce que vos AGR sont rentables ? oui /__/ non /__/

Q24. Les AGR peuvent-elles permettre au CVN de fonctionner sans un appui extérieur ?

oui /__/ non /__/

Q25. Comment les bénéfices des AGR sont-ils gérés ?.....

Q26. Le CVN dispose t-il d'une caisse communautaire ? oui /__/ non /__/

Si oui, combien de francs CFA dispose le CVN (revenu monétaire)?.....

Dispose t-il d'autres biens en nature (animaux, etc)? oui /__/ non /__/

Si oui, préciser la nature et les quantités

F. Motivation et/ou disponibilité des CVN

Q27. Ya t'il eu renouvellement de membres après le projet ? oui /__ / non /__ /

Si oui, préciser le nombre de nouveaux membres

Demander pourquoi il ya eu ce renouvellement ?

Q28. Combien de membres participent régulièrement aux activités du CVN?.....

Si pas tous, quelles en sont les raisons ?.....

Q29. Les membres CVN sont-ils rémunérés actuellement? oui /__ / non /__ /

Si oui expliquez de quelle façon.....

Q30. Vos activités respectives en dehors de celles du CVN vous empêchent-elles de jouer convenablement votre rôle dans le CVN ? Nombre de oui /__ / Nombre de non /__ /

Q31. Avez-vous été sollicités au moins une fois de façon individuelle par la communauté pour des questions de santé dans le village ? Nombre de oui /__ / nombre de non /__ /

G. Ancrage institutionnel et gouvernance au sein du CVN

Q32. Comment les membres CVN ont-ils été sélectionnés ?

Q33. Le CVN a-t-il été supervisé au moins une fois par un agent de santé depuis la fin du projet? oui /__ / non /__ /

Si oui précisez le mois de la dernière visite.....

Q34. Le CVN est-il souvent impliqué dans les rencontres/formations organisées par le centre de santé ? oui /__ / non /__ /

Q35. Le centre de santé mène t-il d'autres activités au niveau communautaire avec le CVN ? Si oui, lesquelles ?.....

Q36. Le CVN est-il en lien avec une structure après le projet (ONG, association, groupement etc)? oui /__ / non /__ /

Si oui préciser : La structure.....

Le domaine de collaboration

La nature du lien (formel ou informel)

Q37. Quelles sont les difficultés rencontrées par le CVN dans le cadre de ses activités après le projet?

Q38. Que suggérez-vous pour la pérennisation des activités du CVN?

Annexe 6: Entrevue au niveau des Centres de Santé (CSPS)

Province de :

CSPS de :

Fonction de l'agent de santé :

Date de l'entretien

Q1. Le CVN est-il toujours en lien avec le Centre de santé ? oui /__ / non /__ /

Sinon, pourquoi ?

Si oui :

- De quelle manière ?
- A quand remonte votre dernière visite du CVN (le mois et l'année) ?

Q2. Recevez-vous toujours des patients référés par les CVN? oui /__ / non /__ /

Q3. Recevez-vous toujours les données des activités du CVN? oui /_ / non /__ /

Q4. Collaborez-vous souvent avec le CVN pour vos activités au niveau communautaire ?

oui /__ / non /__ / (si non passer à Q5)

- a. Si oui pour quelles activités ?.....
- b. Avez-vous été satisfait de cette collaboration ? oui /__ / non /__ /

Si non pourquoi ?

Q5. Les CVN ont-ils ou avaient-ils une plus value (valeur, importance) selon vous ?

oui /__ / non /__ /

Si non, pourquoi ?

Si oui, en quoi ?

Si oui, que suggérez-vous pour la pérennisation des activités du CVN ou qu'aurait-il fallu faire pour une meilleure appropriation du projet par les CVN ?

Annexe 7: Entrevue au niveau des districts sanitaires (avec le point-focal nutrition)

Province de

District sanitaire de

Date de l'entretien

Nom et prénom du point focal nutrition :

Q1. Des CVN de votre district sont-ils toujours fonctionnels après le projet ?

Oui /__ / Non /__ / NSP (ne sait pas) /__ /

Q2. Le district a-t-il maintenu un lien avec les CVN ? Oui /___/ Non /___/

Si oui, de quelle manière ?.....

Si non pourquoi ?.....

Q4. Les CVN ont-ils ou avaient-ils une plus value (valeur, importance) selon vous ?

oui /___/ non /___/

Sinon, pourquoi ?

Si oui, en quoi ?

Si oui, que suggérez-vous pour la pérennisation des activités du CVN ou qu'aurait-il fallu faire pour une meilleure appropriation du projet par les CVN ?

Annexe 8: Entrevue avec les responsables des comités provinciaux de la Croix-Rouge

Province de

Comité provincial de

Date de l'entretien

Nom et prénom du/des responsable(s) (enquêtés) :

Q1. Des CVN de votre province sont-ils toujours fonctionnels après le projet ?

Oui /___/ Non /___/ NSP (ne sait pas) /___/

Q2. Le comité a-t-il maintenu un lien avec les CVN ? Oui /___/ Non /___/

Si oui, de quelle manière ?.....

Si non pourquoi ?.....

Q4. Y a-t-il eu au moins une rencontre entre membres du comité de pilotage du projet après la clôture ? oui /___/ non /___/

Si oui sur quel sujet avez-vous discuté ?

Q5. Les CVN ont-ils ou avaient-ils une plus value (valeur, importance) selon vous ?

oui /___/ non /___/

Sinon, pourquoi ?

Si oui, en quoi ?

Si oui, que suggérez-vous pour la pérennisation des activités du CVN ou qu'aurait-il fallu faire pour une meilleure appropriation du projet par les CVN ?

Annexe 9: Entrevue avec le point-focal nutrition de la DRS du Sud-ouest

Date de l'entretien

Nom et prénom :

Q1. Savez-vous si des CVN dans la région sont toujours fonctionnels après le projet ?

Oui /___/ Non /___/ NSP (ne sait pas) /___/

Q4. Les CVN ont-ils ou avaient-ils une plus value (valeur, importance) selon vous ?

oui /___/ non /___/

Sinon, pourquoi ?

Si oui, en quoi ?

Q2. Quelles dispositions la DRS a-t-elle pris pour maintenir les acquis du projet à sa clôture?

Q3. Que suggérez-vous pour la pérennisation des activités des CVN ou qu'aurait-il fallu faire pour une meilleure appropriation du projet par les CVN ?

Annexe 10: Entrevue avec les responsables des OBC-E en lien actuellement avec des CVN

Province de

Nom de l'organisation :

Date de l'entretien

Nom et prénom du/des responsable(s) (les enquêtés) :

Q1. Etes-vous en lien avec un CVN ? Oui /___/ Non /___/ Si oui

- Depuis quand ? (mois et année)
- Avec combien de CVN êtes-vous en lien ?
- Quel est le type de lien ? (formel ou informel)
- Menez-vous des actions continues ou spontanées ?
- Décrire les activités que vous menées avec le CVN ?

Q2. Qu'aurait-il fallu faire pour une meilleure appropriation du projet de la Croix Rouge par les CVN ou pour la pérennisation des activités des CVN selon vous?

Annexe 11: Entrevue avec le chef de projet nutrition de la Croix-Rouge

Nom et prénom(s) :

Q1. Quels ont été selon vous les points forts du projet ?

Q2. Quels ont été selon vous les points faibles du projet ?

Q3. Quelles dispositions avez-vous pris (la CR) durant le projet pour assurer la durabilité des acquis?

Annexe 12: Cadre légal de l'étude

Ci- joint le document signé par Madame la Directrice de la Santé de la région du Sud-ouest autorisant l'enquête.