



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Stratégies de mobilisation des ressources pour la lutte contre la malnutrition au Nouveau-Brunswick : perspectives pour la Côte d'Ivoire.

présenté par

Eric-Didier K. N'DRI

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

Département Santé

Spécialité : Politiques Nutritionnelles

le 29 janvier 2015

Devant le jury composé de :

Docteur François-Marie LAHAYE Président

Directeur du Département Santé, Université Senghor
(Alexandrie, Egypte)

Professeur Etienne DAKO Examineur

Professeur à la Faculté des sciences de la santé et des
services communautaires, Université de Moncton
(Nouveau-Brunswick, Canada)

Professeur Slimane BELBRAOUET Examineur

Professeur à la Faculté des sciences de la santé et des
services communautaires, Université de Moncton
(Nouveau-Brunswick, Canada)

Remerciements

Je tiens à présenter à travers ce document, mes sincères remerciements au Professeur Etienne DAKO qui m'a offert l'opportunité de faire de la recherche universitaire dans une institution aussi prestigieuse que l'Université de Moncton.

Je remercie également le Professeur Silmane BELBRAOUEY pour son soutien et son aide précieuse qui a jeté les jalons et m'a permis d'avancer avec sérénité dans ce travail.

Je remercie les services de santé publique de la zone de Moncton qui nous ont ouvert leurs portes et nous ont partagé de la joie de vivre et de travailler pour la santé des enfants. Je remercie tout particulièrement le Docteur Yves LEGER, Mme Johanne SAVOIE et son équipe de nutritionnistes qui n'ont ménagé aucun effort pour satisfaire notre besoin d'information et nous référer aux personnes ressources de notre travail. Je remercie également Suzanne Clair, Conseillère principale en programmes au Bureau du médecin-hygiéniste en chef au Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Je remercie la dynamique équipe de la clinique jeunesse MOTIVACTION qui par son travail apporte d'énorme changement dans la vie de beaucoup de famille.

Je remercie tout spécialement mon compagnon de fortune au Nouveau-Brunswick, Victor Polaire Soulin qui en me faisant découvrir la ville de Moncton m'a permis d'observer l'environnement de mobilisation de ressources en faveur de la nutrition.

Je remercie les directeurs de départements de l'Université Senghor : Mme Danielle BORDELEAU, M. Martin YELKOUNI, et M. François-Marie LAHAYE qui par leurs contributions ont guidé mes pas vers un travail de qualité.

Je remercie le Pr. Francis DELPEUCH, le Pr. Anne-Marie MOULIN, M. Philippe GUICHANDUT, Pr. Matthieu SIBÉ, Pr. Bernard CHANFREAU qui ont contribué à mon travail à travers leur lecture critique.

Je remercie également tous mes collègues du département santé tout particulièrement ceux de la spécialité politiques nutritionnelles avec qui j'ai partagé des moments inoubliables.

Je remercie enfin l'Université Senghor et la Francophonie pour m'avoir donné l'opportunité de faire ce master avec en plus une bourse pour m'accompagner.

Dédicace

Résumé

La mobilisation des ressources est un élément important pour le renforcement de la nutrition. Malgré l'engagement international massif, les investissements pour la lutte contre la malnutrition reste insuffisant. Au niveau mondial, les montants estimés par la BM puis le SUN, ont des difficultés à être mobilisés. En Côte d'Ivoire, on note aussi une insuffisance du financement allouée à la lutte contre la malnutrition. Afin de contribuer à l'amélioration de la disponibilité des ressources en faveur de cette lutte en Côte d'Ivoire, nous avons mené une étude sur la mobilisation des ressources dans le domaine de la nutrition.

Cette étude avait pour objectifs de comprendre le processus de mobilisation des ressources et de proposer une stratégie pour son renforcement en Côte d'Ivoire. Etude qualitative, elle a eu pour contexte le N-B au Canada. Le choix de cette province du Canada se justifiait par sa forte prévalence d'une forme de malnutrition et le statut du Canada, pays industrialisé servant de modèle dans bien des domaines. Les méthodes de recueil des données utilisées étaient l'étude de document et l'entretien avec guide.

Dans notre étude, les principaux acteurs, de la lutte contre la malnutrition au N-B, étaient les services et programmes de santé publique. Leur principale source de financement était le budget provincial à travers les allocations budgétaires de la santé, avec un appui du gouvernement fédéral. Les stratégies de mobilisation de ressources utilisées étaient :

- l'élaboration d'un cadre d'action nutrition
- la création de programme de promotion de la nutrition
- la communication avec le cadre de gestion, le sous-ministre et le ministre pour le financement des activités
- le partenariat avec les collectivités et des universités pour la promotion de la saine alimentation

Notre étude nous a ainsi permis de relever que le N-B n'a pas de véritables stratégies de mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre la malnutrition. Cette lutte dépend essentiellement du financement public alloué à la santé. Les partenariats dans le domaine sont limités et les responsables politiques semblent insuffisamment sensibilisés au problème au regard des ressources allouées.

Ainsi pour la Côte d'Ivoire, nous proposons un programme renforcement des capacités en mobilisation des ressources pour tous les acteurs intervenants dans le domaine de la nutrition.

La mobilisation des ressources reste un sujet complexe mais important dans le domaine de la nutrition. Elle mérite donc d'avantage d'attention en particulier dans le volet communication.

Mot-clefs : Mobilisation des ressources, Nutrition, Malnutrition.

Abstract

Resources mobilization is an important element of nutritional enhancement. In spite of the massive international involvement, the investments in the fight against malnutrition are still not enough. At the universal level, the costs estimated by the World Bank (WB) and Scaling Up Nutrition (SUN) are facing mobilization difficulties. In Ivory Coast, the insufficient funding for nutrition is obvious. To contribute in the improvement of the resources available in support of nutrition in Ivory Coast, we conducted a study on resource mobilization in the nutritional field.

The main objectives of this study were to understand the resource mobilization procedures and to suggest a strategy for its consolidation in Ivory Coast. This qualitative study took place in N-B Canada. We can justify our choice of this specific province by its high prevalence of one form of malnutrition, also for the Canadian status as an industrialized country that serves as a good model in different fields.

In our study, the main actors in the fight against malnutrition in N-B were public health programs and services. Their main source of funding was the provincial budget through the allowed health budget with the federal government support.

The resource mobilization strategies were:

- Designing a nutritional framework
- Establishing a nutrition promotional program
- Communicating with the management framework, the minister and the deputy minister for the financial activities
- Partnership with communities and universities in order to promote healthy eating

Our study allowed us to reveal that N-B doesn't have true strategies for resource mobilization for nutrition. The fight against malnutrition depends fundamentally on the public funding allowed for health. The partnership in this field is limited and the politicians seem to be insufficiently aware about the problem and the allowed resources.

Regarding Ivory Coast, we suggest an enhancement program for the capacities in resource mobilization for all the stakeholders in the nutritional field.

Resource mobilization remains a complicated subject yet important in the field of nutrition. It deserves more attention particularly in communication.

Key-words: Resources mobilization, Nutrition, Malnutrition

Liste des acronymes et abréviations

APD :	Aide Publique au Développement
ATPE :	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
BMHC :	Bureau du Médecin-Hygiéniste en Chef
CIN2 :	Deuxième Conférence Internationale sur la Nutrition
CIV :	Côte d'Ivoire
CNAD :	Comité National d'Alimentation et de Développement
CRDI :	Centre de Recherche en Développement International
EDS :	Enquête Démographique Sanitaire
Enquête SMART :	Enquête nutritionnelle
ESANEF :	Ecole des sciences des aliments, de la nutrition et des études familiales
ESCC :	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FAO :	Food and Agriculture Organization
IDH :	Indice de Développement Humain
IHAB :	Initiative Hôpitaux Amis des Bébé
IMC :	Indice de Masse Corporelle
INS :	Institut National de Statistique
INSP :	Institut National de Santé Publique
Méthode SMART :	Méthode de définition d'objectif : Spécifique Mesurable Atteignable Réalisable Temporel
MR :	Mobilisation des ressources
MSHP :	Ministère de la santé et de l'hygiène publique
MSP :	Ministère de la santé publique
N-B :	Nouveau-Brunswick
OCHA :	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
OMS :	Organisation Mondiale de la santé
ONG :	Organisation Non-Gouvernementale
PAM :	Programme Alimentaire Mondial

PND :	Plan National de Développement
PNUD :	Programme des Nations Unis pour le Développement
SUN :	Scaling Up Nutrition
TCS :	Transfert Canadien pour la Santé
UNESCO :	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF :	United Nations Children's Fund
USD :	United State Dollar
VIH-SIDA :	Virus d'Immunodéficience Humaine – Syndrome Immunodéficient Acquis

SOMMAIRE

Remerciements.....	i
Dédicace.....	ii
Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Liste des acronymes et abréviations.....	v
Liste des tableaux et figures	ix
INTRODUCTION	1
I. MOBILISATION DES RESSOURCES DANS LA NUTRITION	2
A. LA MALNUTRITION À L'ÉCHELLE MONDIALE : APPROCHES ET ACTIONS	2
1. La lutte contre la malnutrition : un enjeu mondial majeur.....	2
2. La malnutrition : deux aspects d'un même problème.....	2
3. Les conséquences de la malnutrition.....	3
4. Actions prioritaires des institutions internationales.....	3
5. Lutte contre la malnutrition : la difficile mobilisation des ressources	4
6. Des stratégies connues, des mises en œuvre variables	5
7. L'initiative « Scaling-Up Nutrition » dans les pays à faible et moyen revenu.....	5
B. PROBLEMATIQUE DE LA MALNUTRITION EN CÔTE D'IVOIRE	6
1. La Côte d'Ivoire et la nutrition	6
2. Les difficultés de la nutrition en Côte d'Ivoire	8
C. APPROCHE CONCEPTUELLE DE LA MOBILISATION DES RESSOURCES.....	11
1. Définition des termes	13
2. Les concepts de la mobilisation des ressources	15
3. Théories de la mobilisation des ressources	16
II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	20
A. THEME DE RECHERCHE :	20
B. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE :	20
C. MILIEU D'ETUDE	21
D. CARACTERISTIQUES DU NOUVEAU-BRUNSWICK.....	21
1. Place de la nutrition au Nouveau-Brunswick.....	22
2. Financement du système de santé au Nouveau-Brunswick.....	23
3. Différences entre la Côte d'Ivoire et le Nouveau-Brunswick.....	24
E. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES	24
1. Revue documentaire	24
2. Interviews	25
3. Analyse des données	25

F. LIMITE DE L'ETUDE	25
III. RESULTATS	27
A. STRUCTURES EN CHARGE DE LA NUTRITION DANS LA PROVINCE DU N-B	27
B. FINANCEMENT DE LA NUTRITION AU NOUVEAU-BRUNSWICK	29
C. STRATEGIES DE MOBILISATION DES RESSOURCES POUR LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION DANS LA PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK	33
1. Élaboration d'un cadre d'action	33
2. Création de programme de promotion de la saine alimentation	34
3. Partenariat	39
IV. DISCUSSION	42
V. PROGRAMME DE RENFORCEMENT DE CAPACITE EN MOBILISATION DES RESSOURCES	45
VI. CONCLUSION	48
VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	49

Liste des tableaux et figures

Tableaux

Tableau I: Résultats de l'enquête SMART 2012.....	9
Tableau II: Récapitulatif des dépenses annuelles 2012 – 2013 du Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick	32

Figures

Figure 1 : Niveau de financement du CAP 2012 (besoins révisés) pour la Côte d'Ivoire	10
Figure 2 : Schéma conceptuel de la mobilisation des ressources selon l'International HIV/AIDS Alliance.....	12
Figure 3 : Schéma conceptuel de la mobilisation des ressources selon le CRDI.....	12
Figure 4 : Tendances relatives aux taux d'embonpoint et d'obésité chez les adultes (18 ans et plus) et chez les enfants et les jeunes (de 12 à 17 ans), Nouveau-Brunswick et Canada, 2003-2010	22
Figure 5 : Taux d'embonpoint et d'obésité chez les personnes de 12 ans et plus, par groupe d'âge et normalisés selon l'âge, Nouveau-Brunswick et Canada, 2009-2010	23
Figure 6 : Structure organisationnelle du Bureau du médecin-hygiéniste en chef au Nouveau-Brunswick	28
Figure 7 : Aperçu des dépenses en santé au Nouveau-Brunswick pour 2012 – 2013.....	31
Figure 8 : Aménagement routier de piste cyclable avec bande piéton pour un environnement en santé	38
Figure 9 : Aménagement routier de piste cyclable avec bande piéton pour un environnement en santé	39

INTRODUCTION

La mobilisation des ressources désigne rassemblement des moyens nécessaires pour la réalisation d'un projet de développement. Ayant pris naissance à la faveur des mouvements sociaux aux Etats-Unis, le concept de mobilisation des ressources est employé aujourd'hui dans d'autres domaines telles que : la gestion des ressources humaines, la finance et le développement.

L'observation du domaine développement permet de constater qu'aucun projet ou action ne peut voir le jour sans ressources financières, humaines ou matérielles. Et la lutte contre la malnutrition, qui était une recommandation prioritaire de la Banque Mondiale en 2006 pour être placée au cœur du développement, nécessite pour ce faire des moyens. D'ailleurs, une spécialité s'est développée à la faveur de l'intérêt croissant accordé à la nutrition : c'est la nutrition publique ou politiques nutritionnelles. Cette spécialité se veut être une science qui étudie les politiques et stratégies à mettre en œuvre pour assurer une bonne nutrition aux populations d'un pays.

L'un des objectifs de la nutrition publique est de garantir la disponibilité des ressources nécessaires à la mise en œuvre des interventions nutritionnelles, qui permettent de garantir la bonne nutrition par des stratégies de mobilisation de ressources. Ainsi, les politiques nutritionnelles donnent une importance majeure à la mobilisation des ressources pour améliorer la nutrition. Voilà ce qui suscite notre intérêt pour ce sujet.

La Côte d'Ivoire est atteinte du double fardeau de la malnutrition : une malnutrition chronique sévère sur l'ensemble du territoire et une malnutrition aigüe globale précaire par endroit. Elle connaît ces dernières années une augmentation du niveau d'obésité. Ainsi le double fardeau de la malnutrition constitue un problème de développement pour la Côte d'Ivoire.

Depuis 1989, la Côte d'Ivoire essaie de respecter les standards internationaux en accordant plus d'importance à la nutrition. Depuis la mise en œuvre du projet santé-nutrition de 1989 jusqu'à l'engagement en 2013 à l'initiative SUN (Scaling Up Nutrition), la nutrition occupe au fil du temps une grande place dans les différents documents de développement national (PND) en Côte d'Ivoire.

La lutte contre la malnutrition fait partie des priorités de développement au niveau international et mis en œuvre en Côte d'Ivoire. Et cette lutte demande des ressources, surtout financières, face aux multiples interventions nécessaires pour améliorer la santé maternelle, infantile et l'économie mondiale. Trouver les moyens ou les stratégies pour rendre disponible les ressources, devient donc un défi.

Nous avons donc décidé de nous pencher sur la compréhension du processus de mobilisation des ressources dans le domaine de la nutrition plus précisément de la lutte contre la malnutrition. Pour ce faire, nous avons profité de notre stage de mise en situation professionnelle, réalisé dans la province du Nouveau-Brunswick au Canada, pour étudier les stratégies utilisées dans cette province pour lutter contre l'obésité qui est une forme de malnutrition.

I. MOBILISATION DES RESSOURCES DANS LA NUTRITION

A. LA MALNUTRITION À L'ÉCHELLE MONDIALE : APPROCHES ET ACTIONS

1. *La lutte contre la malnutrition : un enjeu mondial majeur*

En 2006, la Banque Mondiale a estimé à plus de 11 milliards de dollars par an le coût de la mise en œuvre d'interventions spécifiques à la nutrition dans les pays les plus touchés par la sous-nutrition(1). Entre 2006 et 2010, seulement 1% de ce montant a pu être mobilisé, rendant difficile les progrès dans la lutte contre la malnutrition. Des ressources financières sont néanmoins engagées tous les ans pour la lutte contre la malnutrition(2). Cependant, malgré la gravité des conséquences à court et à long terme, les sommes destinées à la lutte contre la malnutrition ne sont pas clairement définies et restent insuffisantes eu égard aux résultats obtenus.

Pourtant, la malnutrition constitue aujourd'hui un problème majeur de santé publique sur toute l'étendue de la planète(3). Elle touche aussi bien les pays développés que les pays à faibles ou moyens revenus. Elle se manifeste sous différentes formes dans chaque pays. Quelle que soit la forme qu'elle adopte, la malnutrition représente une menace importante pour la santé humaine. Aujourd'hui, le monde doit faire face à une double charge de malnutrition comprenant à la fois les cas de dénutrition et de surnutrition, en particulier dans les pays en développement(4, 5, 6, 7). Elle affecte ainsi la santé des populations, et les économies des pays les plus touchés. Elle constitue aussi un risque pour l'avenir à travers son impact sur les enfants.

2. *La malnutrition : deux aspects d'un même problème*

Selon l'OMS, la malnutrition se définit comme : « le déséquilibre cellulaire entre la source de nutriments et d'énergie et les exigences du corps permettant d'assurer la croissance, l'entretien et les fonctions spécifiques »(8). La malnutrition a depuis longtemps été associée au déficit d'apport en nutriments pour satisfaire les besoins de l'organisme. Mais face à l'épidémie mondiale d'obésité, ce concept de la malnutrition change. Aujourd'hui la malnutrition comprend aussi bien la surnutrition que la traditionnelle sous-nutrition(9).

a) *La sous-alimentation ou sous-nutrition*

La malnutrition par sous-nutrition est appelée par l'OMS, dénutrition. Elle touche près de 115 millions d'enfants dans le monde. Elle se présente sous la forme de maigreur, de retard de croissance, et de manque de vitamines et de minéraux essentiels pour la croissance. La maigreur et le retard de croissance se traduisent par une insuffisance pondérale. La dénutrition contribue à un tiers des décès d'enfants. Le retard de croissance (indicateur de la dénutrition chronique) entrave le développement de 171 millions d'enfants de moins de 5 ans. Treize millions d'enfants viennent au monde avec un petit poids de naissance ou prématurément en raison de la dénutrition maternelle et d'autres facteurs. Un

manque de vitamines et de minéraux essentiels dans l'alimentation est un obstacle au bon fonctionnement du système immunitaire et à un développement sain. Plus d'un tiers des enfants d'âge préscolaire dans le monde sont en carence de vitamine A (3).

b) La suralimentation ou surnutrition

La malnutrition par surnutrition quant à elle se présente sous la forme du surpoids et de l'obésité. Environ 1,5 milliard de personnes sont en surpoids dans le monde, dont 500 millions d'obèses. Le surpoids touche 43 millions d'enfants de part le monde(3). Elle a connu une augmentation importante de sa prévalence à travers le monde ce qui a amené le monde à la reconnaître comme un problème de santé publique majeur.

3. Les conséquences de la malnutrition

Les conséquences de la malnutrition sont nombreuses ; à la fois sur la santé mais aussi sur l'économie des pays.

Au niveau de la santé, la malnutrition contribue à la survenue et à l'aggravation des maladies infectieuses. Elle accroît aussi considérablement le risque de survenue de maladies chroniques graves. Le risque de décès lié au poids augmente proportionnellement au stade de l'obésité (10, 11, 12).

Sur le plan de l'économie, la malnutrition augmente les dépenses de santé. La consommation moyenne d'une personne obèse en matière de soins et biens médicaux est 2 fois plus élevée que celle d'un individu non obèse.

La malnutrition est l'une des causes d'augmentation du niveau d'absentéisme à l'école et au travail, d'invalidité et donc de baisse de productivité et de rendement dans des entreprises. Selon les estimations de Statistique Canada, le fardeau économique de l'obésité au Canada était de 4,3 milliards de dollars canadiens en 2001(13, 14, 15, 16).

4. Actions prioritaires des institutions internationales

La Banque Mondiale dans son rapport de 2006, intitulé « Replacer la nutrition au cœur du développement », s'appuyant sur les réflexions des experts en économie de la conférence de Copenhague, a présenté de manière détaillée les coûts économiques importants qu'entraîne la malnutrition(1).

Face à ses conséquences sur la santé et l'économie, des actions sont menées afin de lutter contre ce problème majeur de santé publique. D'abord au plan international, depuis sa création en octobre 1945, la FAO s'associant à l'OMS, une année plus tard, a pris avec elle la tête de la lutte contre la malnutrition. A cette époque, la malnutrition par carence (avec le kwashiorkor) était la principale maladie nutritionnelle ayant retenu leur attention. Les actions menées à l'époque étaient surtout la collecte et le traitement d'informations sur l'alimentation et l'état nutritionnel des populations

affectées(17). Les résultats des travaux du comité mixte FAO-OMS lui ont permis d'inciter, à travers divers moyens, les milieux responsables à s'intéresser à la malnutrition. Ainsi, au fil des années, d'autres acteurs (des agences onusiennes (telles que l'UNESCO, l'UNICEF...), des ONG et des gouvernements) ont rejoint le comité mixte FAO-OMS dans son combat contre la malnutrition.

Plusieurs initiatives ont ainsi vu le jour, renforçant la lutte contre la malnutrition. La lutte est dès lors passée de la surveillance à l'intervention. Depuis plusieurs décennies, des interventions de lutte contre la malnutrition ont été réalisées et ont démontré leur efficacité. A la faveur de l'une des dernières initiatives en date, le mouvement Scaling Up Nutrition (SUN), des interventions spécifiques à la nutrition et des approches contribuant à une meilleure alimentation, ayant fait leur preuve sur le terrain, ont été retenues et publiées(18). Cependant la mise en œuvre de ces interventions nécessite des ressources.

5. *Lutte contre la malnutrition : la difficile mobilisation des ressources*

La question des ressources n'est pas nouvelle, mais elle connaît un regain d'intérêt du fait de la crise économique qui secoue le monde entier. A ses débuts, la FAO pouvait compter sur les contributions des différents pays membres et sur le soutien financier de quelques fondations telles que la Fondation Josiah Macy Junior ou la Fondation Rockefeller(17). Ensuite, avec l'avènement de l'Aide Publique au Développement, voulu par les pays industrialisés pour soutenir les pays en développement, la lutte contre la malnutrition disposait de ressources pour se poursuivre. Cependant ces ressources font l'objet de compétition avec d'autres problèmes aussi importants qu'urgents. L'avènement du VIH-SIDA par exemple, a relégué au second plan la lutte contre la malnutrition. Ainsi la malnutrition a pu se répandre au fil des années jusqu'à se mondialiser aujourd'hui sous différentes formes. Les ressources, en particulier financières, quant à elles n'ont pas connu d'augmentation significative, même si ces dernières années l'Aide Publique au Développement (APD) a connu une hausse.

La mobilisation des ressources en faveur de la nutrition est donc devenue un défi pour les gouvernements, Organisations Internationales et ONG qui lutte contre la malnutrition. La première étape pour relever ce défi a été de démontrer la transversalité du problème de la malnutrition. En effet, la malnutrition est présente dans presque toutes les situations importantes et/ou urgentes. Par exemple ; l'infection à VIH comme l'infection à virus Ebola entraînent une malnutrition aiguë, par le fait des décès rapides et massifs (source de psychose), livrant les populations et surtout les enfants orphelins à l'insécurité alimentaire et la malnutrition. Ces démonstrations de l'importance de lutter contre la malnutrition pour résoudre certains problèmes, ont permis d'obtenir des engagements politiques internationaux forts mais sans effets perceptibles, par les organisations qui luttent contre la malnutrition, sur la disponibilité des ressources nécessaires pour la mise en œuvre des interventions de lutte.

6. Des stratégies connues, des mises en œuvre variables

Des organisations internationales ont donc décidé chacune de se pencher sur la question en adaptant leur stratégie de mobilisation au contexte du moment. Plusieurs guides et documents de stratégie ont été élaborés pour la mobilisation des ressources(19, 20). Ils tentent d'inscrire la mobilisation des ressources dans une démarche systématisée et pratique. Ils s'adressent pour la plupart aux acteurs de terrain de ces organisations et aux ONG partenaires. Ils expliquent la mobilisation des ressources financières, et aussi matériels et humaines, dans le contexte de la nutrition. Ils déterminent les étapes à suivre pour pouvoir mobiliser les ressources. Ils relatent des expériences de mobilisation de ressources et donnent des conseils et recommandations pour l'adaptation de la mobilisation des ressources au contexte de crise économique.

Au niveau national, les réactions diffèrent en fonction de l'importance du problème dans le pays concerné. A la création de la FAO, la malnutrition touchait surtout les pays dits sous-développés et donc dépourvus de moyens pour y faire face. C'était donc les pays plus développés qui apportaient de l'aide aux pays touchés par la malnutrition. Aujourd'hui, du fait des différentes formes sous lesquelles peut se présenter la malnutrition, et face à la crise économique qui secoue surtout les pays industrialisés, l'implication des gouvernements pour lutter contre la malnutrition dans leur pays se révèle indispensable pour faire reculer durablement la maladie.

Aux Etats-Unis, après que la malnutrition ait été reconnue comme épidémique pour un tiers des adultes et que plus du tiers des enfants et des adolescents ait été reconnu comme touché par l'obésité, la mobilisation des ressources a vu l'implication des plus hautes personnalités du pays telles que la Première dame (Michèle OBAMA). Cette stratégie de mobilisation de ressources à travers la mobilisation de personnalités importantes est une stratégie que l'on retrouve au niveau international. Elle a permis d'accroître les ressources destinées à la prévention de l'obésité aux Etats-Unis. Ce qui a eu pour conséquence de freiner la courbe croissante de l'obésité dans le pays. Ailleurs, dans d'autres pays développés, des mesures sont également prises pour lutter contre la malnutrition mais les ressources engagées ne sont pas clairement définies. Les interventions pour la nutrition sont le plus souvent soutenues par le budget destiné à la santé. On assiste ainsi à une faible allocation des ressources financières et humaines en faveur de la nutrition, et au profit généralement des maladies infectieuses.

7. L'initiative « Scaling-Up Nutrition » dans les pays à faibles et moyens revenu

Dans les pays en développement, touchés par le double fardeau de la sous-nutrition et de la surnutrition, on note des progrès. Ces progrès sont cependant faibles du fait de l'étendue du problème et des limites en matière de ressources disponibles affectables à la nutrition. Afin d'apporter un coup d'accélérateur aux actions des gouvernements des pays à faibles ou moyens revenus, il a été mis en place depuis quelques années le mouvement SUN.

SUN ou Scaling Up for Nutrition est une initiative de mise à échelle des interventions et approches en matière de lutte contre la malnutrition et de promotion de la bonne nutrition. Ce mouvement se veut unique en son genre, fondé sur le principe du droit à l'alimentation et à une bonne nutrition pour tous. L'un des quatre objectifs stratégiques du mouvement SUN est d'accroître les ressources, orientées vers des approches cohérentes, alignées et menées par les pays pour renforcer la nutrition. Il s'engage à soutenir cinq actions qui induiront une mobilisation des ressources : analyse des coûts du renforcement de la nutrition ; alignement des investissements sur des plans nationaux ; recensement des ressources nationales et étrangères pour la nutrition ; détermination des insuffisances de financement ; mobilisation de ressources supplémentaires pour la nutrition à l'intérieur et à l'extérieur des pays SUN ; et démonstration des résultats de cet effort collectif. Le travail du mouvement a permis des avancées notables dans la lutte contre la malnutrition. Le mouvement a permis de placer la nutrition dans l'arène internationale en suscitant plus d'intérêt à travers les médias en particulier les articles du journal « *The Lancet* ». Il a permis notamment l'élaboration d'outil de calcul du coût de la mise ne œuvre de l'ensemble des interventions pour la nutrition. Enfin il a permis à certains pays qui se sont engagés de réussir à mobiliser des ressources additionnelles pour appuyer leurs actions. Aujourd'hui, 54 pays œuvrent au renforcement de la nutrition. Et la question de la mobilisation des ressources potentielles et nécessaires demeure toujours au cœur de son action(21).

B. PROBLEMATIQUE DE LA MALNUTRITION EN CÔTE D'IVOIRE

1. La Côte d'Ivoire et la nutrition

Selon l'INS, la population totale de la Côte d'Ivoire s'élevait au 15 mai 2014 à 22.671.331 habitants(22). Avec sa forte croissance démographique et une population jeune, la Côte d'Ivoire a été classée, par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), 170e sur 187 pays pour ce qui est de l'Indice de développement humain (IDH) 2011. En dépit de son potentiel agricole, une grande partie de la population fait face à une précarité alimentaire et nutritionnelle, exacerbée par une longue crise socio-politique et des pratiques d'alimentation inappropriées.

La Côte d'Ivoire est touchée par le double fardeau de la malnutrition. On note une forte prévalence de malnutrition chronique et une augmentation progressive au fil des années de la prévalence de l'obésité et du surpoids(21).

Depuis son indépendance en août 1960, l'État ivoirien a pris la mesure des problèmes de nutrition et les a intégrés dans les processus de planification du développement à travers non seulement l'adoption de plusieurs textes de lois (cités ci-dessous) mais aussi dans les programmes de développement. Ainsi, la constitution ivoirienne reconnaît de fait le droit à la santé (article 7) de manière globale. La santé étant entre autre conditionnée par l'alimentation, l'on pourrait en déduire que cette constitution reconnaît implicitement le droit à une alimentation et à une nutrition saines.

Par ailleurs, plusieurs projets spécifiques et textes légaux ont été exécutés et/ou adoptés avec l'appui des partenaires au développement. Parmi ceux-ci, l'on peut retenir :

- la mise en œuvre en 1989 du projet santé/nutrition ;
- la mise en œuvre du projet “ Initiative Hôpitaux Amis des Bébéés ” (IHAB) depuis 1993 ;
- la création du projet de lutte contre les carences en micronutriments, financé par l'UNICEF (1993) ;
- la prise du décret N° 94-303 du 1er Juin 1994, autorisant l'utilisation du sel comme support de lutte contre la carence en iode ;
- la prise de l'arrêté interministériel N°018/MSP/MC du 3 Avril 1996, rendant obligatoire l'iodation du sel destiné à la consommation humaine et animale ;
- l'approbation en Octobre 1997 par le Gouvernement, de la déclaration de politique nationale pour la promotion, la protection et l'encouragement de l'allaitement maternel en Côte d'Ivoire ;
- la prise du décret N° 98-676 du 25 novembre 1998 portant création de la direction des cantines scolaires ;
- la tenue par le Comité National d'Alimentation et de Développement (CNAD) en juillet 1997 d'un séminaire de validation et d'adoption du Plan National d'Actions pour la Nutrition ;
- l'allocation d'une ligne budgétaire, au programme de lutte contre les carences en micronutriments, basée à l'INSP (1998) ;
- la prise de l'arrêté interministériel N°027/MSHP/MC/MIPSP/MDEF du 18 janvier 2007, rendant obligatoire la fortification en fer et en acide folique de la farine de blé panifiable en Côte d'Ivoire;
- la prise de l'arrêté interministériel N°028/MSHP/MC/MIPSP/MDEF du 18 janvier 2007, rendant obligatoire la fortification en vitamine A des huiles alimentaires destinées à la consommation humaine et animale en Côte d'Ivoire ;
- l'élaboration d'un projet d'ordonnance règlementant les substituts du lait maternel ;
- l'élaboration d'un code règlementant la vente des aliments aux alentours des écoles ;
- l'exonération de taxes sur les intrants et matériels de fortification ;
- la gratuité des soins de santé pour les enfants sévèrement malnutris dans les zones à forte prévalence ; et
- l'intégration de la problématique de la nutrition dans d'autres programmes de santé et d'autres secteurs.

Cette volonté d'agir s'est par la suite réaffirmée par la mise en place d'un cadre institutionnel et réglementaire pour la résolution des problèmes nutritionnels, avec la création, au sein du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Public, du Programme National de Nutrition. L'objectif général était de contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux problèmes nutritionnels de la population ivoirienne et en particulier des groupes les plus vulnérables que sont les enfants et les femmes en âge de procréer. Ce programme assure ainsi la coordination des activités de lutte contre la

malnutrition déjà existantes dans les missions des services de santé (primaire, secondaire et tertiaire) à travers les activités suivantes :

- les interventions de nutrition à base communautaire ;
- l'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) ;
- le suivi et la promotion de la croissance des enfants et le suivi du gain pondéral des femmes enceintes ;
- la supplémentation en vitamine A et en fer ;
- la fortification des aliments en micronutriments ;
- la prise en charge des cas de malnutrition ;
- les activités de nutrition scolaire ;
- Nutrition et VIH/Sida.

Enfin, la Côte d'Ivoire a ratifié tous les engagements internationaux relatifs à la nutrition. Et l'une des dernières en date est l'engagement pour le mouvement SUN depuis le 07 juin 2013.

2. Les difficultés de la nutrition en Côte d'Ivoire

Malgré tous ces efforts, la problématique de la nutrition n'est pas perçue dans sa globalité. La nutrition reste encore perçue comme une particularité de la santé. Pourtant, il n'est plus à démontrer le caractère multisectoriel de la lutte contre la malnutrition et la nécessité de l'implication d'autres secteurs comme l'agriculture pour en venir à bout. Cette collaboration étroite nécessite néanmoins un cadre réglementaire pour une efficience dans la résolution des problèmes de nutrition. Il n'existe pas encore de plateforme de coordination regroupant les divers intervenants dans la lutte contre la malnutrition. Cela ne favorise pas une gestion efficace et une programmation efficiente des interventions nutritionnelles. Une bonne partie des textes réglementaires est en cours d'adoption en Côte d'Ivoire.

En outre, il n'existe pas de cadre réglementaire de formation en nutrition, ce qui pose le problème de la disponibilité d'un personnel qualifié et compétent pour la conduite des activités essentielles de nutrition. Il faut aussi noter que la plupart des initiatives en matière d'intervention en nutrition sont relativement récentes et sont le fait d'ONG internationales en partenariat avec les autorités locales et les communautés. Il se pose bien souvent des problèmes de pérennisation de certaines initiatives et/ou projets et ces changements entraînent une faible capitalisation des acquis. Cette situation est liée surtout au retrait de certains bailleurs de fonds et appuis techniques internationaux des projets dans lesquels ils sont impliqués alors que le processus de transfert des acquis à la partie nationale n'est pas assuré.

Ce constat met en évidence la forte dépendance de l'exécution des activités essentielles de nutrition des ressources extérieures, notamment celles provenant des bailleurs de fonds et autres partenaires au développement, dans un contexte marqué par des difficultés grandissantes de mobilisation de ressources extérieures pour la Côte d'Ivoire et une inadéquation entre les ressources financières nationales allouées et les besoins nécessaires à la lutte contre la malnutrition.

En 2013, l'OCHA (22) faisait le constat suivant : dans un contexte d'une paix encore très fragile, des milliers d'enfants et de femmes étaient affectés par une urgence silencieuse en Côte d'Ivoire.

Les données des enquêtes nutritionnelles réalisées en juillet 2012 dans les zones Nord et Ouest du pays (EDS, Enquête SMART) montraient un taux de malnutrition aiguë globale de 4 à 8 %, avec un taux des cas sévères de plus de 1% par endroit. Les régions les plus touchées étaient celle du Poro et du Kabadougou avec des taux de malnutrition aiguë sévère de 1,9% et de 1,1% respectivement. La malnutrition chronique demeurerait particulièrement préoccupante avec un taux moyen global de 35% et un taux de 39,8 % dans la région du Guémon.

Tableau I: Résultats de l'enquête SMART 2012

Enquête SMART 2012		
Unicef, MdS, PNN, PAM, FAO		
Zone géographique (Nom de région)	Prévalence de malnutrition	Classification selon OMS
Malnutrition Chronique (Prévalence critique \geq 40% selon critères OMS)		
Nord (Poro)	34,5%	Sérieux
Nord (Tchologo)	35,9%	Sérieux
Nord-Est (Bounkani)	36,9%	Sérieux
Nord-Ouest (Kabadougou)	33,8%	Sérieux
Ouest (Tonkpi)	38,5%	Sérieux
Ouest (Guemont)	39,8%	Sérieux
Malnutrition Aigue Globale (Prévalence critique \geq 15% selon critères OMS)		
Nord (Poro)	7,8%	Précaire
Nord (Tchologo)	5,4%	Précaire
Nord-Est (Bounkani)	7,5%	Précaire
Nord-Ouest (Kabadougou)	7%	Précaire
Ouest (Tonkpi)	3,5%	Acceptable
Ouest (Guemont)	3,9%	Acceptable
Insuffisance pondérale (Prévalence critique \geq 30% selon critères OMS)		
Nord (Poro)	21,1%	Sérieux
Nord (Tchologo)	19,4%	Précaire
Nord-Est (Bounkani)	22,3%	Sérieux
Nord-Ouest (Kabadougou)	19,8%	Précaire

Ouest (Tonkpi)	16,3%	Précaire
Ouest (Guemont)	17,6%	Précaire

(Source : CIV 2013 besoins humanitaires)

La cellule de coordination des interventions d'urgence en nutrition (Cluster Nutrition) prévoyait environ 22 000 cas de malnutrition aiguë sévère en 2013 et 51 000 cas de malnutrition aiguë modérée parmi les enfants de moins de cinq ans, si le niveau d'insécurité alimentaire du moment demeurait inchangé. De plus, 300 000 enfants de 6 à 23 mois auraient besoin de suppléments nutritionnels pour éviter la malnutrition. Un si grand nombre d'enfants souffrant de la malnutrition exigeait une action urgente de prise en charge et de supplémentation nutritionnelle.

En outre, le manque de financement affecterait les différents programmes de nutrition étant donné que la disponibilité des produits thérapeutiques et de supplémentation, les ressources humaines et les infrastructures adéquates sont essentielles pour assurer une réponse efficace. Et au regard du niveau de financement en 2012, on pouvait présager que la nutrition ne recevrait pas le montant nécessaire pour obtenir des résultats probants qui durent dans le temps.

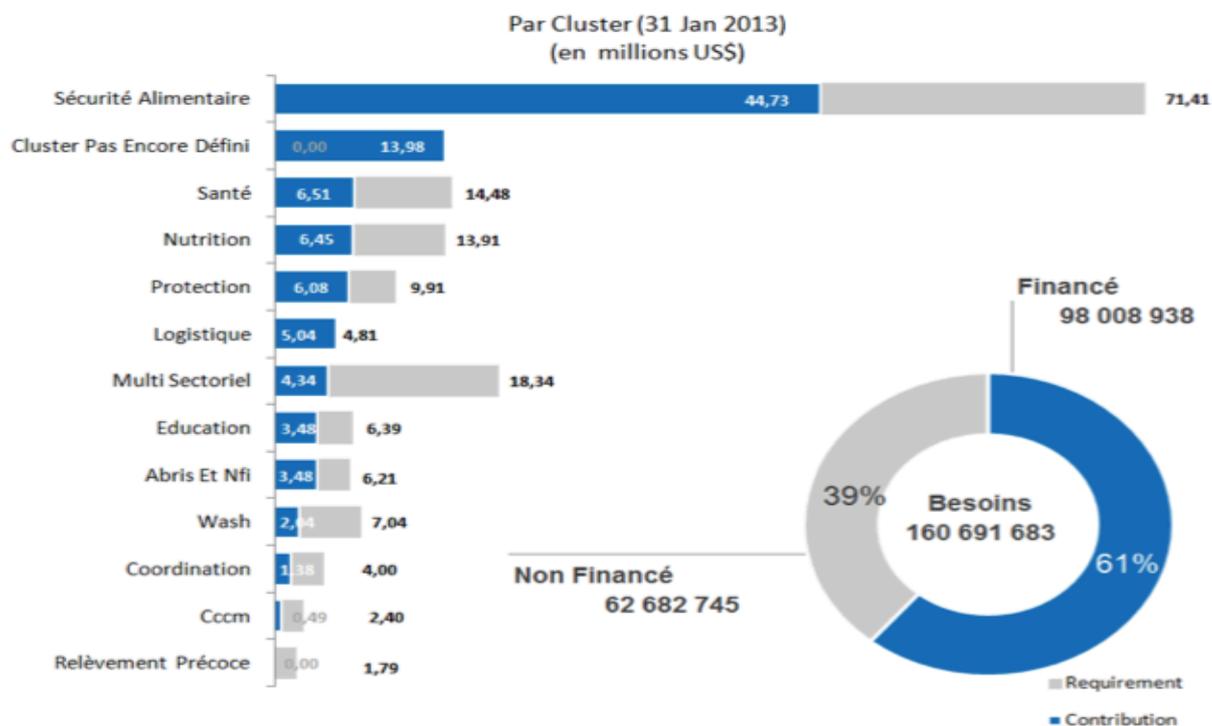


Figure 1 : Niveau de financement du CAP 2012 (besoins révisés) pour la Côte d'Ivoire

(Source : CIV 2013 besoins humanitaires)

QUESTIONS DE RECHERCHE :

Face à cette problématique de la mobilisation des ressources en Côte d'Ivoire nous nous sommes posé les questions suivantes :

- Comment se fait la mobilisation des ressources financières pour la lutte contre la malnutrition ?
- Par quelles techniques ou par quels moyens pourrait-on renforcer la mobilisation des ressources financières en faveur de la nutrition ?

HYPOTHESE DE RECHERCHE :

Il existe plusieurs sources de financement mobilisables. La gestion efficiente et efficace des ressources disponibles pourrait renforcer la mobilisation des ressources en faveur de la nutrition. Nous pensons également que l'amélioration de la mobilisation des ressources passe par la connaissance du processus et de l'existence de ressources potentielles mobilisables ou non mobilisées de façon optimale.

Dans le cas de la nutrition en Côte d'Ivoire, la mobilisation des ressources devrait être enseignée aux acteurs du domaine afin de renforcer leurs capacités et ainsi leur fournir les outils nécessaires à l'obtention des ressources suffisantes pour la mise en œuvre des interventions de lutte contre la malnutrition.

C. APPROCHE CONCEPTUELLE DE LA MOBILISATION DES RESSOURCES

La mobilisation des ressources est un sujet très vaste et dépend du domaine dans lequel on l'utilise. Selon le Dictionnaire Universalis, la mobilisation se définit comme le rassemblement en vue d'une action commune(25). Elle se définit aussi comme le rassemblement des ressources comme des moyens dont dispose un groupe. On peut donc définir la mobilisation des ressources comme le rassemblement des moyens dont dispose un ou plusieurs groupes en vue d'une action commune.

Beaucoup d'organisation telles que la FAO ou Alliance, partagent cette définition et la complètent pour dire que la mobilisation de ressources est le processus grâce auquel une organisation acquiert les ressources dont elle a besoin pour effectuer le travail planifié(18, 24). La mobilisation de ressources va au-delà des collectes de fonds : il s'agit d'obtenir diverses ressources auprès d'une multitude de fournisseurs de ressources (ou bailleurs de fonds), par différents mécanismes. Ainsi, le travail de mobilisation de ressources peut être conceptualisé comme une combinaison de :

- ressources représentant les différentes sortes de choses dont l'organisation a besoin (quoi ?)
- mécanismes représentant les différentes manières d'obtenir directement des ressources (comment ?)
- fournisseurs de ressources représentant les différentes personnes/organisations qui fournissent des ressources (qui ?)



Figure 2 : Schéma conceptuel de la mobilisation des ressources selon l'International HIV/AIDS Alliance.

(Source : International HIV/AIDS Alliance : collecte de fonds et mobilisation de ressources pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA)

Le Centre de Recherche en Développement International (CRDI) va plus loin en définissant la mobilisation des ressources comme un processus de gestion qui consiste à identifier les personnes qui partagent les valeurs de votre organisme, et faire le nécessaire pour gérer cette relation. Cette dernière définition est soutenue par trois concepts que sont le développement et la gestion organisationnelle, la communication et la prospection de donateurs, et l'établissement de relations partenariales(27).

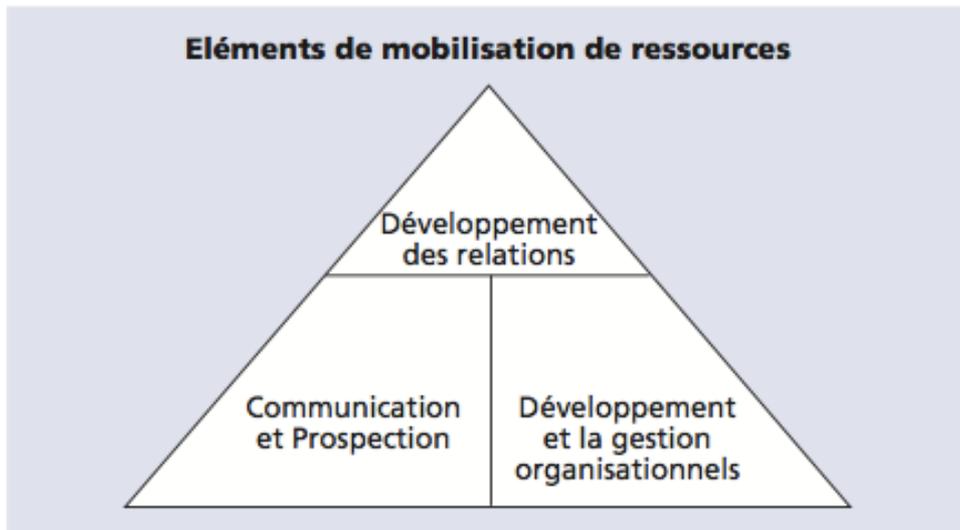


Figure 3 : Schéma conceptuel de la mobilisation des ressources selon le CRDI

(Source : CRDI : Mobilisation de ressources : Un guide pour les organismes de recherche à but non lucratif)

1. **Définition des termes**

a) **Les ressources**

On entend par ressources, les moyens nécessaires pour la mise en œuvre d'une action ou d'un projet. Il peut s'agir d'argent, d'appui technique, de personnel qualifié, de biens matériels, et/ou de service gratuit et équipements. Bien souvent on distingue trois types de ressources : les ressources humaines, les ressources matérielles et les ressources financières (18, 24, 25).

- **Les ressources humaines** : dans la lutte contre la malnutrition, il est indispensable de disposer de personnel qualifié en la matière. La lutte contre la malnutrition étant multisectorielle, elle nécessite la présence de personnels techniques : le nutritionniste, l'agent de santé, l'agronome etc. pour ne citer que ceux là. Par ailleurs, elle a vu naître un nouveau domaine de spécialité qui est la nutrition publique. Ce domaine de spécialité concerne surtout la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques et interventions en faveur de la nutrition. Ainsi, ces nouveaux techniciens sont indispensables pour renforcer la lutte.
- **Les ressources matérielles** : elles sont déterminantes dans la lutte contre la malnutrition. Depuis la prévention jusqu'à la prise en charge de cas en passant par le dépistage, la lutte contre la malnutrition demande une multitude de matériel (matériels médicaux et non médicaux). Plus spécifiquement pour la prise en charge de la malnutrition aiguë, les intrants tels que les Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE) sont indispensables à la guérison des enfants malnutris sans oublier le traitement médicamenteux (antiparasitaires, vitamines, antibiotiques...), le plus souvent systématique. Par ailleurs, des infrastructures spécifiques à la prise en charge de la malnutrition sont elles aussi indispensables pour assurer une prise en charge de qualité aux personnes touchées.
- **Les ressources financières** : elles constituent la pierre angulaire et le centre de toutes les attentions. En effet, s'il est possible d'obtenir un certain nombre de ressources gratuitement (humaines et matérielles), la réussite de la lutte contre la malnutrition dépend pour beaucoup des ressources financières. Elles influencent énormément les comportements, la structure des actions, la puissance, l'influence des différents acteurs du domaine, les priorités et les capacités de développement. Les ressources financières sont incontournables. Pour la lutte contre la malnutrition, l'une des pistes pour garantir des ressources financières suffisantes est de déterminer le coût du renforcement de la nutrition. Après l'évaluation faite par la Banque Mondiale, les calculs de coût du mouvement SUN ont permis de faire une évaluation pour 20 pays membres du mouvement. Ce montant s'élevait à 7,7 milliards USD par an pour les 20 plans nationaux de renforcement de la nutrition(28).

b) Les mécanismes

Les mécanismes font référence à la question : comment sont mobilisées les ressources ? Il s'agit plus précisément des gestes, procédés ou pratiques, qui permettent de lever de ressources. Les mécanismes dépendent pour beaucoup de la provenance des ressources. En matière de provenance de ressources, on classe les ressources selon 2 provenances : les ressources internes et les ressources externes(18, 24, 25).

Les ressources internes proviennent de l'acteur lui même et les ressources externes proviennent d'une source différente de l'acteur. Ainsi, les gouvernements, pour mobiliser les ressources internes procèdent à la collecte des impôts et taxes, la formation et le recrutement de leurs citoyens etc. Quand aux organisations non gouvernementales et autres institutions privées, les ressources internes sont issues le plus souvent des contributions volontaires d'adhérents ou d'un seul individu disposant de suffisamment de ressources. Les ressources externes quant à elles sont mobilisées à travers des procédés techniques tels que : la soumission de demande de financement, l'établissement de partenariat etc.

c) Les fournisseurs de ressources

Il s'agit de toute organisation, institution ou individu disposant en totalité ou en partie des différents types de ressources nécessaires à la réalisation de l'action projetée, et disposés à l'offrir gratuitement ou contre partie. Il existe différents types de fournisseurs de ressources. On peut les classer en deux groupes selon l'origine des ressources. Ainsi, l'on distingue les fournisseurs internes de ressources qui sont les acteurs principaux eux-mêmes et les fournisseurs externes de ressources qui sont représentés par les bailleurs et les partenaires. Comme exemples de fournisseurs internes, citons les gouvernements, et/ou les organisations non gouvernementales promotrices de projet et comme fournisseurs externes, on peut citer les gouvernements, les organisations nationales et internationales, les entreprises publiques ou privées, les fondations etc.(18, 24, 25).

Dans le domaine de la nutrition, les fournisseurs de ressources n'ont cessé d'augmenter ces dernières années. De plus en plus de gouvernements, d'ONG nationales et internationales, d'institutions internationales, d'entreprises privées ou publiques et de fondations se sont engagés à renforcer la nutrition à travers la mise à disposition des ressources nécessaires(29). Le rapport sur le paysage de l'aide financière apportée à la nutrition d'avril 2013 fait le récapitulatif des différents fournisseurs de ressources dans le domaine. Ce rapport a établi le profil de chaque bailleur, faisant ressortir les bailleurs les plus importants à travers les ressources mises à disposition, leurs différents secteurs d'intervention et les mécanismes d'aide utilisés.

2. Les concepts de la mobilisation des ressources

a) Développement et gestion organisationnels

Cette approche vient du concept « développement organisationnel » que le Centre de Recherche en Développement (CRDI) définit comme le renforcement d'un organisme pour le processus de mobilisation de ressources(27). C'est une méthode qui consiste à rendre les organisations plus souples et efficaces, afin qu'elles tirent le meilleur parti de l'environnement dans lequel elles évoluent. Elle concerne toutes les organisations, qu'elles soient publiques, privées, à but lucratif ou non. Elle prend pied parmi les nombreuses théories sur le changement organisationnel.

L'idée du changement organisationnel est essentiellement conçue à partir du fait qu'en réponse à des contraintes, l'organisation cherche à s'optimiser. La malnutrition constitue un véritable frein au développement pour les organisations aussi bien publiques que privées. L'accès au financement, pour la lutte contre la malnutrition, est concurrencé par d'autres problèmes développement dans un contexte de crise économique mondiale. Cette approche du changement découle de l'héritage de l'organisation scientifique du Travail décrite par Taylor(30). La théorie de Frédéric Taylor stipule qu'il faut une organisation rigide avec une répartition des tâches et une rigueur quasi scientifique pour qu'une entreprise soit plus productive. Cette théorie a été développée ensuite par d'autres auteurs dans les années 1950 et 1960 (Lewin; Cyert & March; Katz & Kahn,) (31) face à l'évolution du contexte économique avec un accroissement sensible de la concurrence amenant peu à peu les organisations à envisager des structures plus souples, réactives et adaptables. La communication, à destination aussi bien des dirigeants que des exécutants, est également envisagée par d'autres auteurs de la théorie du changement organisationnel, car de sa qualité dépend d'ailleurs la réussite du changement.

b) Communication et prospection

Selon le CRDI, une fois qu'un organisme a atteint un certain niveau de préparation pour la mobilisation de ressources, l'art de la mobilisation de ressources exige d'apprendre à se lier avec les bailleurs de fonds potentiels ou plus généralement avec les fournisseurs de ressources(27). Il s'agit surtout de savoir créer le lien à travers une communication adaptée et obtenir par la même leur soutien et les ressources voulues.

Selon le Larousse en ligne, la communication est l'action de mettre en relation, en liaison, en contact des choses(32). Pour Michèle Jouve dans son livre « Communication : théories et pratiques », communiquer c'est faire connaître, partager, et rendre commun. C'est aussi ; informer dans l'attente d'une réaction. Et pour qu'un message ait un impact, il faut qu'il puisse : attirer l'attention, générer l'intérêt, la réflexion, l'évaluation, le choix, l'envie et surtout déclencher une action(33). Ainsi, il faut que ce message puisse modifier les états cognitifs, psychologiques et comportementaux du récepteur. Pour atteindre cet objectif, il faut connaître suffisamment le récepteur et son profil, ce qui passe par une

prospection du récepteur afin d'obtenir les informations nécessaires à la communication qui lui sera adaptée.

En finance, la communication est un véritable outil stratégique au service du développement des entreprises. Elle leur permet en outre de savoir rechercher des partenaires pour financer leur croissance(34). Cet aspect est important dans la lutte contre la malnutrition car il constitue une piste de choix pour obtenir d'avantages de ressources pour que la lutte puisse atteindre ses objectifs.

c) Développement des relations

Le développement des relations consiste à faire d'une relation créée une relation durable. Il s'agit de transformer le « contact » en « lien » afin qu'il dure dans le temps(27).

3. Théories de la mobilisation des ressources

Nous allons pour notre étude nous appuyer sur la théorie de la mobilisation des ressources dans les mouvements sociaux dont les travaux de l'économiste américain Mancur Olson(35) en constituent le point de départ. En effet, dans les années 70, devant la recrudescence des mouvements sociaux (agitation des campus, mouvement noir, mobilisations féministes et écologistes), un intérêt important est porté sur la compréhension de ces mouvements : leur construction, leur entretien et leur but. Ainsi, Olson a énoncé la théorie de la mobilisation des ressources qui admet le postulat selon lequel c'est l'analyse du rapport coût/bénéfice qui amène les individus à se mobiliser. Cette théorie se retrouve dans la lutte contre la malnutrition avec l'étude coût/bénéfice réalisée par des économistes lors de la conférence de Copenhague. Ces économistes avaient montré l'avantage d'investir dans la nutrition et les bénéfices pour l'économie de la lutte contre la malnutrition. Ce qui avait conduit la Banque Mondiale à publier un rapport en 2006, intitulé « Replacer la nutrition au cœur du développement », qui constituait un plaidoyer pour la mobilisation des ressources en faveur de la nutrition.

Ce plaidoyer a trouvé un écho favorable auprès de beaucoup de responsables du milieu (Donateurs, gouvernements, organisations internationales, etc.). Cependant la lutte contre la malnutrition manque toujours de ressources suffisantes pour atteindre ses objectifs. Cela montre l'importance de la présence d'organisation dans la mobilisation des ressources ou structure de mobilisation comme le défendent John D. McCarthy et Mayer N. Zald (deux sociologues théoriciens de la mobilisation des ressources) qui, sur les traces de Olson, ont développé sa théorie en se concentrant sur le comment de la mobilisation des ressources. Ainsi des organisations privées, publiques, ou non-gouvernementales, s'avèrent-elles indispensables pour fédérer les individus et les ressources. Les structures de mobilisation peuvent ainsi selon ces auteurs être définies comme : « *les moyens collectifs, informels aussi bien que formels, par le biais desquels les gens se mobilisent et s'engagent dans l'action collective* »(36).

a) Les étapes de la mobilisation des ressources

Les différents guides et documents de mobilisation des ressources élaborés par le CRDI, la FAO et d'autres organisations, décrivent la mobilisation des ressources en série d'étape(18, 24, 25) dont voici l'essentiel.

(1) LA PLANIFICATION

La planification dans la mobilisation des ressources constitue l'étape initiale. Elle est fondamentale et permet de déterminer les objectifs de l'entreprise de mobilisation. Il faut définir le résultat final souhaité avec assez de précisions en utilisant la méthode SMART (Spécifique Mesurable Atteignable Réaliste et Temporel). La planification implique la détermination à l'avance des moyens souhaités pour atteindre le résultat final. Une bonne planification en mobilisation de ressources nécessite de passer par les étapes suivantes :

- analyser la situation ;
- positionner stratégiquement la cause ;
- identifier les besoins en ressources ;
- analyser l'environnement des ressources ;
- établir l'objectif et les résultats attendus de la stratégie de MR ;
- identifier les partenaires à même de fournir des ressources et accommoder leurs intérêts à la cause ;
- élaborer un plan d'action ; et
- créer les moyens de suivre et d'évaluer les progrès de la stratégie de MR

(2) L'ACTION

Après la planification, vient la phase pratique de mise en œuvre de la mobilisation. A cette phase, 5 étapes sont à distinguer pour effectuer une mobilisation des ressources. Il s'agit de l'identification, l'engagement des partenaires, la négociation, la gestion et la production de rapports, la communication des résultats. Ces étapes ne se suivent pas de manière rigoureuse mais nécessitent d'être connues et prises en compte afin de mieux comprendre certains détails de la mobilisation des ressources.

(a) L'identification

Elle consiste à identifier tous les potentiels fournisseurs de ressources. C'est un processus continu avec des mises à jour régulières de la base de données de fournisseurs de ressources. Il s'agit d'une collecte d'informations sur les fournisseurs de ressources. La mobilisation des ressources exige une connaissance précise des fournisseurs de ressources, de leurs motivations, de leurs priorités, de

leurs politiques, de leurs budgets, de leurs règles et de leurs procédures d'audit et de leurs mécanismes de recevabilité.

(b) L'engagement des fournisseurs de ressources

À ce stade, il s'agit d'entrer en contact avec le fournisseur de ressources, d'établir la communication afin de le motiver et l'amener à fournir les ressources pour lesquelles il est sollicité. Il est donc important de saisir toutes les opportunités qui se présentent pour faire connaître la cause défendue. Afin de faciliter cette tâche, un plan de communication sera élaboré à l'avance en utilisant des outils de communication adaptés à la cible.

(c) La négociation

La négociation est considérée comme un outil de communication et de gestion des parties prenantes dans un domaine donné. Elle permet d'orienter la mobilisation de ressources et de surmonter les problèmes structurelles et de communication faisant obstacle à l'engagement des parties prenantes. Des stratégies de négociation telles que l'adoption du point de vue de l'autre, le brainstorming ou le centrage sur les intérêts plutôt que sur les positions, peuvent aider utilement à amener les fournisseurs de ressources à adhérer à la cause défendue telle que la nutrition en mettant en lumière les avantages comparatifs en jeu dans l'investissement dans la lutte contre la malnutrition.

A cette étape, il s'agit de trouver le meilleur accord possible pour les parties prenantes permettant d'accommoder les intérêts de chacun tout en obtenant les ressources nécessaires. Pour ce faire, il faut s'appuyer sur l'identification préalable du profil détaillé. Il s'agit surtout d'identifier les intérêts impliqués par le soutien de la cause et non des positions reflétant les intérêts en cause.

La négociation doit aussi prendre en compte les aspects humains des parties prenantes et savoir jouer sur les émotions par exemple, pour faciliter l'engagement du fournisseur des ressources. Toutes les alternatives devront être envisagées afin d'avoir un maximum d'options possibles au choix. La négociation constitue une clé importante dans la mobilisation des ressources. Une négociation réussie signifie que les ressources ont été obtenues.

(d) Gestion et production de rapport

Il est essentiel de reconnaître la contribution du partenaire fournisseur de ressources, de le remercier, de gérer efficacement les ressources octroyées, de suivre et rédiger des rapports décrivant l'utilisation des ressources au fur et à mesure conformément à des mécanismes convenus (énoncés dans bien des cas dans l'accord de financement). Cette étape est cruciale pour le maintien de bonnes relations avec les fournisseurs de ressources. Elle est fondamentale pour assurer une fourniture constante en ressources et ne doit pas être négligée.

(e) Communication de résultats

C'est l'étape qui amorce un nouveau processus de mobilisation des ressources. Il s'agit de communiquer les résultats au-delà des fournisseurs de ressources acquis lors de la mobilisation des ressources en cours afin de susciter l'intérêt d'une audience plus étendue. Elle implique la diffusion des réussites et des enseignements tirés. La communication doit mettre en exergue les succès du programme ou projet et les «témoignages» des bénéficiaires qui capteront l'intérêt du public à travers des campagnes professionnelles qui utilisent des photos, des sites internet, des brochures ou même de courtes vidéos.

Une bonne communication est indispensable tout au long de tout processus de mobilisation de ressources. Elle doit se retrouver à toutes les étapes de la mobilisation des ressources. C'est elle qui permet de faire connaître la cause pour laquelle on mobilise les ressources, de la faire comprendre à d'autres (surtout à des fournisseurs de ressources), de faire partager les intérêts des parties prenantes et de montrer le travail réalisé avec les ressources octroyées. Elle mérite une attention particulière et doit faire l'objet d'analyses à chaque étape de la mobilisation des ressources.

(3) LA REFLEXION

Le suivi de l'avancement du projet et les rapports sur la stratégie ou le plan d'action de la mobilisation des ressources, résultent du cycle de mobilisation de ressources et sont essentiels à la planification et aux activités dans le futur. Les progrès, s'il y'en a, doivent être mesurés régulièrement, en fonction de la stratégie ou du plan d'action de mobilisation de ressources, et si possible par le biais de réunions régulières organisées par les membres du personnel responsable de la mobilisation des ressources, durant lesquelles les progrès effectués pour toucher les cibles de la mobilisation de ressources seront signalés et débattus. Puis l'évaluation finale des ressources mobilisées pour le cadre du programme ou du projet devra être effectuée. Toutes les activités devront être enregistrées ou signalées. Les succès et les échecs seront consignés. La somme de ces expériences produit une source importante d'enseignements et permettra au personnel d'améliorer de prochaines éventuelles mobilisations de ressources.

II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

A. THEME DE RECHERCHE :

Mobilisation des ressources dans le domaine de la nutrition

B. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE :

L'objectif principal de notre étude était de conceptualiser les stratégies de mobilisation des ressources utilisées au Nouveau-Brunswick, de voir leurs forces et leurs faiblesses.

L'objectif secondaire était quant à lui d'éclairer la situation ivoirienne de la malnutrition par ce regard outre atlantique à travers une proposition de stratégie pour renforcer la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre la malnutrition en Côte d'Ivoire

MOTIVATION

Questionnement de départ : *Comment améliorer la mobilisation des ressources en faveur de la lutte contre la malnutrition ?*

Cette question tire son origine de notre expérience de terrain. Pendant la période post-crise en Côte d'Ivoire, nous avons eu à assurer la gestion d'un programme de lutte contre la malnutrition au sein d'une ONG internationale. Ce programme comportait plus de 3000 bénéficiaires, pour l'essentiel des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et/ou allaitantes. Ces populations étaient, en partie du fait de la crise militaro-politique qui secouait le pays, durement touchées par la malnutrition aiguë. Au moment où l'implication des acteurs locaux (agents de santé et communautés) devenait importante avec pour conséquences ; une augmentation des dépistages et une amélioration de l'état de santé des populations bénéficiaires, le programme commença à manquer de financement. Interpellé par cette situation constituant un risque pour la santé des enfants et des femmes, nous nous sommes proposés de mener une réflexion et par la suite une recherche sur la mobilisation des ressources afin d'en comprendre le processus pour contribuer à son amélioration en Côte d'Ivoire.

Les premières recherches effectuées nous ont permis de mesurer l'intérêt porté à ce sujet par divers auteurs, organisations, institutions et gouvernements. La mobilisation des ressources est un sujet qui suscite beaucoup d'intérêt dans les domaines du développement local, de la santé et de la nutrition. Pour la nutrition, la mobilisation des ressources est une recommandation internationale particulièrement pour la lutte contre la malnutrition. Les acteurs du domaine sont nombreux et les interventions qui ont fait leur preuve sont connues et appliquées. Cependant, les ressources peinent à être mobilisées malgré un contexte politique mondial favorable. Les programmes sont créés et les projets écrits, mais les ressources restent insuffisantes. Bien au contraire, on assiste à une raréfaction des financements traditionnels. Il devient donc urgent que les acteurs de la lutte contre la malnutrition en Côte d'Ivoire soient outillés sur pour la mobilisation des ressources afin de pouvoir donner vie à leurs projets et apporter un soulagement à des populations dans le besoin.

Cette étude portant sur l'amélioration de la mobilisation des ressources devrait à terme nous permettre de développer un programme de renforcement des capacités des acteurs locaux ivoiriens intervenant dans le domaine de la nutrition, particulièrement dans la lutte contre la malnutrition. Nous sommes également disposés à poursuivre cette recherche dans le cadre d'une formation de troisième cycle, si nous en avons l'opportunité.

C. MILIEU D'ETUDE

Le milieu de notre étude était le Nouveau-Brunswick (N-B) au Canada qui connaît une forte prévalence de malnutrition par suralimentation avec ses conséquences(37). Au N-B, nous étions en stage de mise en situation professionnelle. Ce stage s'est déroulé à l'Université de Moncton où nous avons travaillé comme chercheur-stagiaire au sein d'une équipe de recherche composée de professeurs de l'Université de Moncton et d'autres stagiaires de l'Université Senghor d'Alexandrie. Plus précisément, nous avons travaillé au laboratoire alimentaire et de nutrition de l'École des sciences des aliments, de nutrition et d'études familiales (ESANEF). C'est un laboratoire à la pointe de la technologie où sont menées des études sur la nutrition et l'alimentation. Par ailleurs, l'école possède un programme de maîtrise en nutrition et alimentation. Ce programme comporte des enseignements sur la nutrition internationale et sur la nutrition publique, qui traitent entre autres de la lutte contre la malnutrition avec des modules sur la mobilisation des ressources. L'ESANEF est enfin un outil important pour la santé des populations de la province du Nouveau-Brunswick, tant elle contribue activement à son amélioration à travers ses recherches et publications(38).

L'université de Moncton est la seule université francophone pourvoyant des enseignements en langue française dans la province du Nouveau-Brunswick. Elle est un réservoir de diversité culturelle et un centre d'intégration pour les étudiants et le personnel venant de divers horizons.

D. CARACTERISTIQUES DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Le Nouveau-Brunswick est la plus grande des trois provinces maritimes du Canada. Il est situé au sud de la Péninsule gaspésienne, au Québec, et partage sa frontière ouest avec l'État du Maine (USA). Avec l'Ontario, le Québec et la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick fait partie des provinces fondatrices du Dominion du Canada, en 1867. Au sud, la baie de Chignecto et l'isthme de Chignecto, large de 24 km, relie le Nouveau-Brunswick à la Nouvelle-Écosse(39).

La population du N-B est estimée à environ 760 000 habitants. La province possède de vastes surfaces de forêts occupant 85 pour cent de la terre de la province. Elle possède également un certain nombre d'îles maritimes. Saint John est la plus grande ville du Nouveau Brunswick (130 000 habitants), et Fredericton en est la capitale. La ville de Moncton est un autre centre urbain important. Le Nouveau Brunswick est officiellement une province bilingue; approximativement 35% de la population parlent français comme première langue, alors que la majorité restants est d'expression anglaise. Tandis que

l'ensemble du Canada jouit de deux langues officielles (l'Anglais et le Français), le Nouveau-Brunswick est la seule province dans le pays qui est reconnu comme étant constitutionnellement bilingue(39).

1. *Place de la nutrition au Nouveau-Brunswick*

La nutrition occupe une place importante au Canada depuis la création de la FAO à Québec en 1945. Mais l'importance accordée à la nutrition au Nouveau-Brunswick est relativement récente. Elle date des premières publications sur l'obésité au Nouveau-Brunswick à la suite desquelles le bureau du médecin-hygiéniste en chef en collaboration avec ses partenaires régionaux a conçu des politiques, des procédures et des outils pour la promotion de la nutrition, et la lutte contre l'obésité au N-B. Auparavant il n'existait pas de programme spécifique à la nutrition.

Au Nouveau-Brunswick, plus d'un adulte sur deux (soit 63%) de 18 ans et plus et 24% des enfants et des jeunes de 12 à 17 ans sont en surpoids ou obèses, d'après les données sur la taille et le poids recueillies dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2009-2010(37). Ces pourcentages sont plus élevés que ceux constatés entre 2007 et 2008.

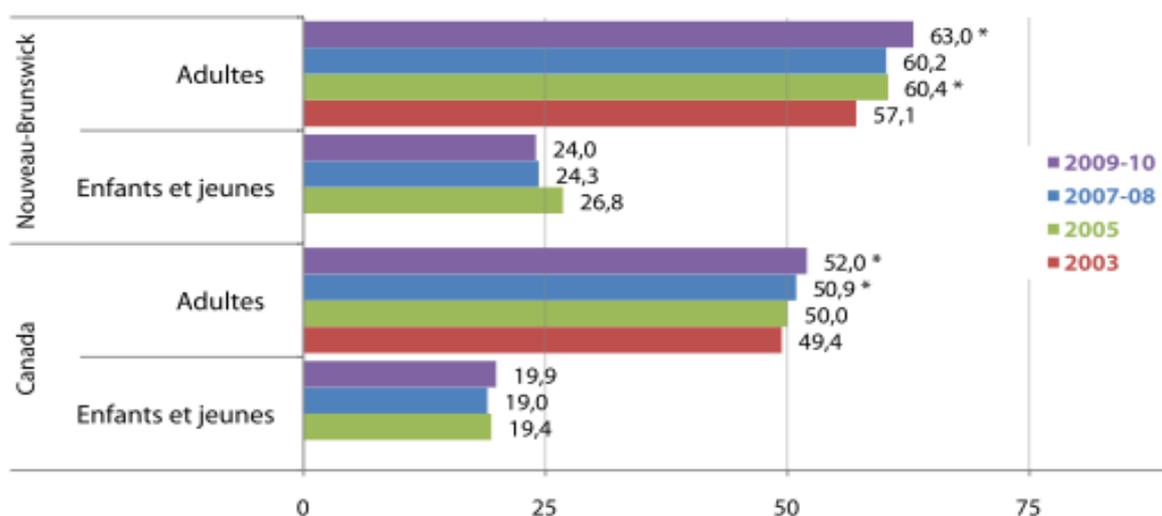


Figure 4 : Tendances relatives aux taux d'embonpoint et d'obésité chez les adultes (18 ans et plus) et chez les enfants et les jeunes (de 12 à 17 ans), Nouveau-Brunswick et Canada, 2003-2010 (Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010*)

Le taux d'embonpoint et d'obésité chez les adultes en 2009-2010 était beaucoup plus élevé au Nouveau-Brunswick que la moyenne canadienne (52%) et plus élevé que dans onze des treize provinces et territoires canadiens (la seule exception étant Terre-Neuve- et-Labrador)(37). Comme l'illustre le graphique suivant, la prévalence de l'obésité croît généralement avec l'âge, à l'exception du groupe d'âge le plus avancé.

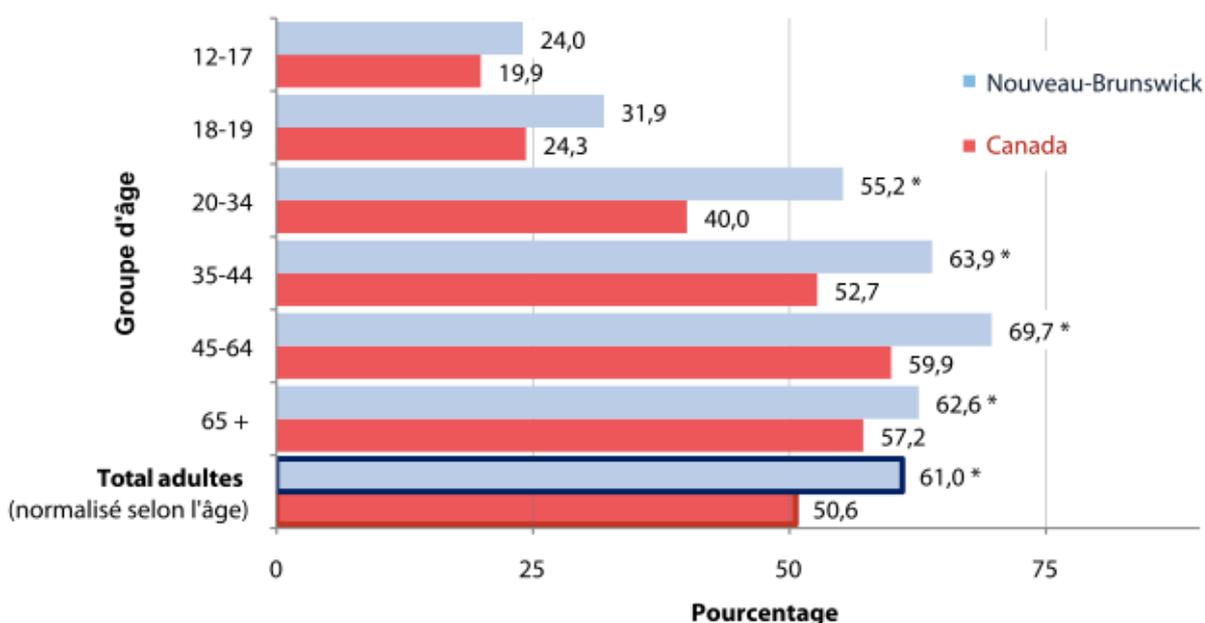


Figure 5 : Taux d'embonpoint et d'obésité chez les personnes de 12 ans et plus, par groupe d'âge et normalisés selon l'âge, Nouveau-Brunswick et Canada, 2009-2010 (Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010)

Depuis 2003, le N-B est confronté à une augmentation soutenue du taux d'obésité. Et la malnutrition est un problème de santé publique ayant un impact important sur la santé des populations et l'économie du N-B. Les interventions de lutte contre la malnutrition s'inscrivent dans le cadre global des interventions de santé.

2. *Financement du système de santé au Nouveau-Brunswick*

Au Canada, le système de santé est assez particulier. C'est un ensemble coordonné de 13 régimes provinciaux et territoriaux de soins de santé, financé par l'État. Son organisation et son fonctionnement sont régis par la constitution canadienne, qui assure une distribution des rôles et des responsabilités entre les gouvernements provinciaux, territoriaux et le gouvernement fédéral. Ainsi les gouvernements des provinces et des territoires assument la plus grande part de responsabilités concernant la prestation des services de santé et des autres services sociaux. Tandis que le gouvernement fédéral est plutôt responsable d'offrir des services à certains groupes de personnes(40).

Le financement des soins de santé publics se fait à partir de recettes générales provenant des impôts prélevés au niveau fédéral, provincial et territorial. Il s'agit en l'occurrence de l'impôt sur le revenu des particuliers et des sociétés, des taxes de vente, des retenues à la source et d'autres recettes. Des ressources additionnelles peuvent être mobilisées par les provinces à travers l'imposition d'une contribution santé pour aider à financer les services de soins de santé publique (40).

Par ailleurs, la santé publique, composante importante du système de soins de santé et comportant entre autres ; l'hygiène, les maladies infectieuses et les activités de sensibilisation connexes, relève à la fois de la responsabilité des gouvernements provincial ou territorial, des localités ou municipalités et du gouvernement fédéral. Ces services sont toutefois généralement fournis à l'échelle provinciale, territoriale et locale. Ainsi, la nutrition faisant partie des services offerts dans le cadre de la santé publique, la lutte contre la malnutrition est dès lors une activité de santé publique.

3. Différences entre la Côte d'Ivoire et le Nouveau-Brunswick

La Côte d'Ivoire et le Nouveau-Brunswick sont différents sur plusieurs aspects. Cependant notre étude ne vise pas à une comparaison de ces 2 modèles. Elle a visé plutôt l'étude d'une pratique dans un contexte donné pour ensuite réfléchir sur l'adaptation à un autre contexte donné. Si la Côte d'Ivoire et le Nouveau-Brunswick présentent des différences majeures de façon générale, ils partagent néanmoins des points communs :

- la malnutrition constitue un problème de santé publique dans les deux modèles avec certes la différence que la Côte d'Ivoire est touché par le double fardeau de la malnutrition en particulier par la malnutrition par sous-alimentation. Il n'en demeure pas moins que si l'on prend les chiffres, on constate en Côte d'Ivoire que plus de la moitié des enfants souffrent de malnutrition chronique et qu'au Nouveau-Brunswick plus de la moitié des individus sont obèses ; la malnutrition est donc importante dans les deux cas ;
- au Nouveau-Brunswick comme en Côte d'Ivoire, ce sont les services de santé qui ont à charge de conduire la lutte contre la malnutrition. Ils sont responsables de la mobilisation des ressources nécessaires pour mener à bien la lutte ;
- les ressources sont au cœur de la stratégie de lutte. Au Nouveau-Brunswick, le plan provincial 2013-2018 a révélé que la problématique du financement de la santé était un enjeu et un défi majeurs pour la province en vue de garantir à sa population une santé durable. En Côte d'Ivoire, l'adhésion à l'initiative SUN en 2013 montre également la volonté du pays à ne ménager aucun effort pour mobiliser les ressources nécessaires pour lutter efficacement contre la malnutrition.

E. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES

1. Revue documentaire

La revue de la littérature a porté sur l'analyse de documents portant sur les procédures et politiques de santé du Canada et de la province du Nouveau-Brunswick. L'analyse de ces documents a permis d'avoir des informations générales sur le système de santé, sur la place de la nutrition, sur les services en charge de la nutrition au Canada et dans la province du Nouveau-Brunswick et sur les documents et stratégies utilisées pour mobiliser les ressources en faveur de la nutrition.

Nous avons visité des sites internet du Conseil de santé du Nouveau-Brunswick, de Santé Canada, du ministère de la santé du Nouveau-Brunswick, du Réseau de la santé « Vitalité » (une régie régionale de la santé), etc. Ces visites nous ont permis d'obtenir des données sur le fonctionnement des services en charge de la nutrition et les outils utilisés pour mobiliser les ressources.

2. Interviews

Des interviews avec guide d'entretien ont été conduites durant la période de l'étude. Ces interviews ont consisté en des entretiens oraux, individuels ou de groupes, avec des personnes sélectionnées de façon aléatoire parmi les différents acteurs de la promotion de la nutrition dans le Nouveau-Brunswick. Des personnels des services de santé publique du Nouveau-Brunswick, ainsi que des programmes de lutte contre l'obésité ont été interviewés. Ces entrevues ont permis d'obtenir des informations sur les programmes de promotion de la nutrition, les activités menées, les difficultés rencontrées, les réponses apportées aux différents problèmes rencontrés ainsi que les résultats des différentes solutions trouvées. Ces interviews ont été enregistrées pour garantir une fidélité des propos lors de la retranscription.

Un guide a été élaboré et comportait des questions sur :

- Le programme de promotion de la nutrition
- Les ressources utilisées ou nécessaires pour la mise en œuvre du programme
- Les activités de mobilisation de ressources menées en vue d'obtenir les ressources nécessaires
- Les difficultés rencontrées dans la mobilisation des ressources
- Les solutions envisagées pour traiter les difficultés de mobilisation rencontrées.

3. Analyse des données

Les données recueillies ont été analysées de façon manuelle selon les étapes de traitement des données qualitatives. Les données collectées lors de l'étude documentaire ont été regroupées et synthétisées sur la base de leur lien avec le thème de notre étude. Les interviews quant à elles ont été enregistrées et ces enregistrements ont été retranscrits lors de l'analyse. Après la retranscription des interviews, une classification thématique a permis de regrouper les informations obtenues. Les propos brutes recueillis lors des interviews ont été traduits afin d'obtenir du sens toujours en lien avec notre sujet d'étude. Enfin, ces traductions d'interview ont été citées comme résultats.

F. LIMITE DE L'ETUDE

La mobilisation des ressources est un sujet complexe à traiter tant elle est appréhendée diversement, et en fonction des types de ressources que l'on souhaite mobiliser. Ainsi notre travail se veut une contribution à la compréhension du sujet. Nous ne pensons pas avoir pu aborder la question

dans tous ses aspects, mais nous avons pu au moins mener des recherches qui nous ont permis d'en saisir toute la complexité.

L'une des difficultés rencontrées lors de la réalisation de ce travail a été la rareté d'articles scientifiques et de travail de recherche sur la mobilisation des ressources en général et sur la nutrition en particulier. Les documents que nous avons pu consulter étaient des rapports d'organisations internationales et d'ONG. Pourtant la mobilisation des ressources est indispensable, quelle que soit le type d'organisation, gouvernement y compris.

Notre étude vise une approche plus large de la mobilisation des ressources dans diverses organisations. Cependant, du fait de la période d'étude (en été qui est le temps des congés par excellence au Canada) et de sa courte durée, nous n'avons pu qu'étudier les stratégies de mobilisation de structures publiques. Elles ont été les seules avec qui nous avons pu obtenir et réaliser des interviews. Suite aux contraintes liées au terrain de notre étude, nos résultats insistent surtout sur la mobilisation des ressources financières.

III. RESULTATS

Les résultats de notre études s'articulent autour de trois points que sont :

- ❖ les structures en charge de la lutte contre la malnutrition au N-B
- ❖ les sources de financement de cette lutte
- ❖ les stratégies de mobilisation des ressources utilisées

Par ailleurs, des extraits d'interviews ont été rapportés pour éclairer d'avantage sur les stratégies de mobilisation des ressources utilisées.

A. STRUCTURES EN CHARGE DE LA NUTRITION DANS LA PROVINCE DU N-B

Le système de santé publique du Nouveau-Brunswick comprend le ministère de la santé et les régies régionales de la santé. La prise en charge de la nutrition au N-B s'inscrit dans une approche axée sur la population. Les structures en charge de la nutrition sont surtout des structures de santé. Cependant elles entretiennent une collaboration étroite avec d'autres institutions gouvernementales comme les ministères, ainsi que d'autres partenaires tels les organisations non gouvernementales.

a) *Bureau du Médecin-hygiéniste en chef (BMHC)*

Le bureau du médecin-hygiéniste en chef est une division du ministère de la santé, qui a pour mission de promouvoir, de maintenir et de protéger la santé de la population du Nouveau-Brunswick. Il est chargé de la direction globale de la santé publique dans la province et travaille en collaboration avec les services de santé publique au sein des régies régionales de la santé(41).

Les programmes et services de santé publique sont mis en œuvre par le ministère ainsi que par les régies régionales de la santé. Ces programmes et services relèvent de trois secteurs d'activité principale : prévention, traitement et contrôle des maladies transmissibles; protection de la santé; et promotion de modes de vie et de milieux familiaux sains. Ces programmes et services sont définis par le personnel spécialiste en santé publique, du BMHC et des régies de santé conformément aux axes stratégiques établies par le BMHC. Ce dernier s'appuie lui-même sur les recommandations de l'Agence de la Santé publique du Canada.

Le BMHC supervise deux directions : la direction de la protection de la santé et la direction de la pratique en santé publique et santé de la population.

La direction de la protection de la santé est responsable des domaines suivants : la salubrité des aliments (notamment les locaux destinés aux aliments et les services agroalimentaires), la qualité de l'eau, l'hygiène communautaire, la santé en établissement, la surveillance des maladies transmissibles, la lutte contre le tabagisme et la promotion de la santé. Tandis que la direction de la pratique en santé publique et santé de la population a pour activité principale la promotion de modes de

vie et de milieux familiaux sains, établis par l'Agence de Santé publique Canada à partir d'études de Statistique Canada et de recherches scientifiques dans le domaine.

Le bureau du médecin-hygiéniste en chef est représenté en région par des médecin-hygiéniste selon la structure organisationnelle ci-dessous :

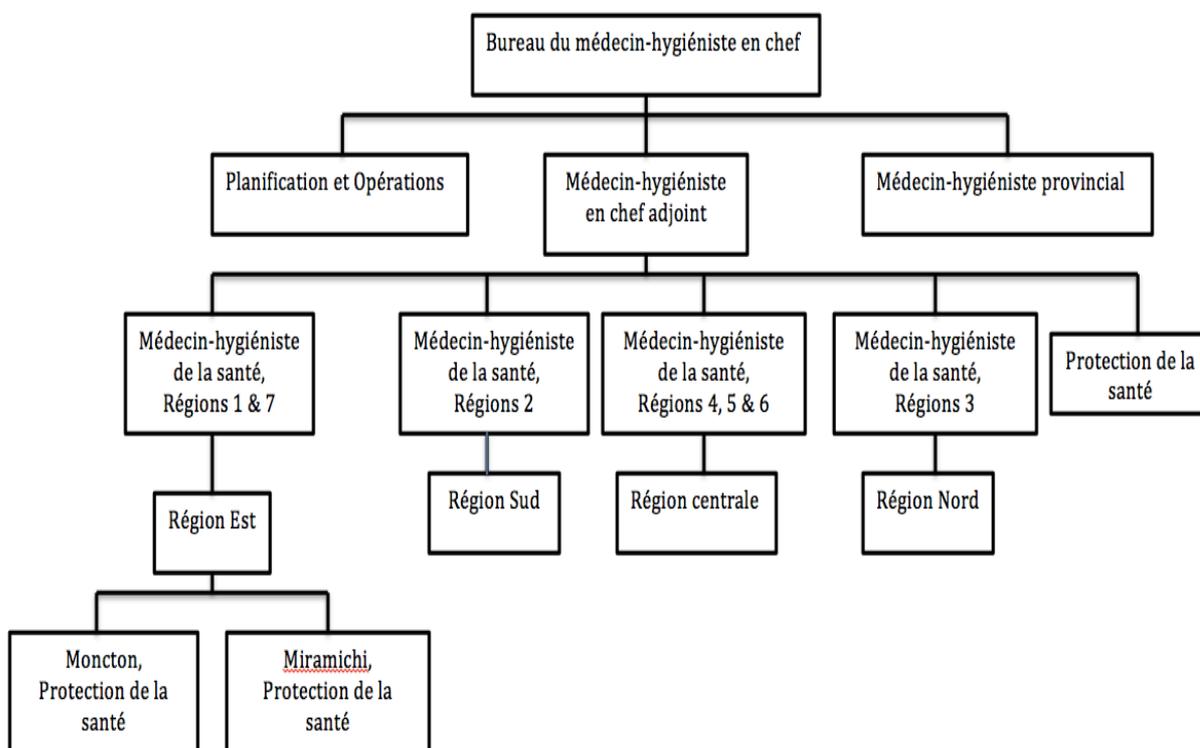


Figure 6 : Structure organisationnelle du Bureau du médecin-hygiéniste en chef au Nouveau-Brunswick (Source : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/contacts/dept_renderer.141.2281.html#structure)

b) Régies Régionales de la santé

Les régies régionales de la santé sont des organes indépendants du système de santé canadien. Elles possèdent le statut juridique d'organisation sans but lucratif au terme des dispositions de la Loi sur les régies régionales de la santé (L.R.N.-B. 2011, ch. 217). Elles sont organisées par le ministre de la santé et travaillent conformément au plan provincial de la santé et des affaires(42).

Elles assurent la prestation et la gestion des soins et des services de santé sur tout le territoire du Nouveau-Brunswick. Elles sont au nombre de deux (2) au N-B. Il s'agit des réseaux de santé Horizon et Vitalité anciennement régie B et régie A respectivement.

Le réseau de santé Vitalité est la régie régionale de la santé du N-B qui couvre tout le nord et le sud-est du Nouveau-Brunswick(43). C'est une organisation unique au Canada de par sa gestion francophone, le réseau compte près de 70 points de service sur son territoire et offre à la population un ensemble de soins et de services de santé dans la langue officielle de son choix :

- ✓ soins et services dans la communauté et à domicile;
- ✓ soins aigus (hôpitaux);
- ✓ santé mentale et traitement des dépendances;
- ✓ santé publique;
- ✓ formation et recherche.

Le réseau compte plus de 7.800 employés à temps plein et à temps partiel, plus de 570 médecins, dont plus de 290 spécialistes, et près de 900 bénévoles. Le budget du Réseau était de 695 millions de dollars en 2013-2014. Les points de service sont répartis sur l'ensemble du territoire du Nouveau-Brunswick :

- ✓ 11 hôpitaux, dont 5 hôpitaux régionaux et 6 hôpitaux communautaires;
- ✓ 9 centres de santé;
- ✓ 5 cliniques;
- ✓ 10 centres communautaires de santé mentale;
- ✓ 4 centres de traitement des dépendances;
- ✓ 2 centres pour les anciens combattants;
- ✓ 11 bureaux de santé publique et sexuelle;
- ✓ 12 bureaux du programme extra-mural.

Au niveau des régions, la nutrition occupe une place importante dans la santé publique. Les infirmières et les diététiciens en santé publique offrent des services de santé, d'enseignement et de soutien dans les garderies, les écoles, la communauté, à domicile et dans les bureaux de santé publique(44). Ils travaillent auprès des personnes, des familles, des groupes et des collectivités. Les services offerts sont : « Familles en santé, Bébé en santé » (qui fait partie des initiatives pour la petite enfance), Programme « Apprenants en santé à l'école », service en nutrition, programme d'immunisation – vaccins, maladies transmissibles, programme de santé sexuelle.

B. FINANCEMENT DE LA NUTRITION AU NOUVEAU-BRUNSWICK

Le gouvernement fédéral octroie des transferts de fonds et d'impôts aux provinces et aux territoires pour la santé par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé (TCS).

Le TCS est le plus important des principaux transferts aux provinces et territoires. Il assure un financement prévisible à long terme pour les soins de santé. Pour l'année 2012, la province du NB a reçu 638 millions de dollars canadiens au titre du soutien fédéral(45).

Ces transferts fédéraux relatifs à la santé représentaient 20% du coût du système de soins de santé qui s'est élevé à 3,1 milliards de dollars canadiens en 2012(46). Le gouvernement provincial du Nouveau-Brunswick était donc le principal responsable du financement des services de soins de santé fournis aux Néo-Brunswickois, la nutrition y compris. Les financements des interventions pour la lutte contre la malnutrition ne sont pas clairement définis. Il n'existe pas de ligne budgétaire allouée à la

nutrition comme c'est le cas pour la dépendance. Ces interventions faisant parties des services offert par la santé publique, ils dépendent pour beaucoup des choix de priorité faits par les responsables de ces services. Entre 2012 et 2013, les dépenses pour les services des programmes de santé publique s'élevaient à moins de 43.000 dollars canadiens(47). Ces dépenses n'étaient pas représentatives sur l'ensemble du budget pour la même année, comme le montre le graphique et le tableau ci-dessous

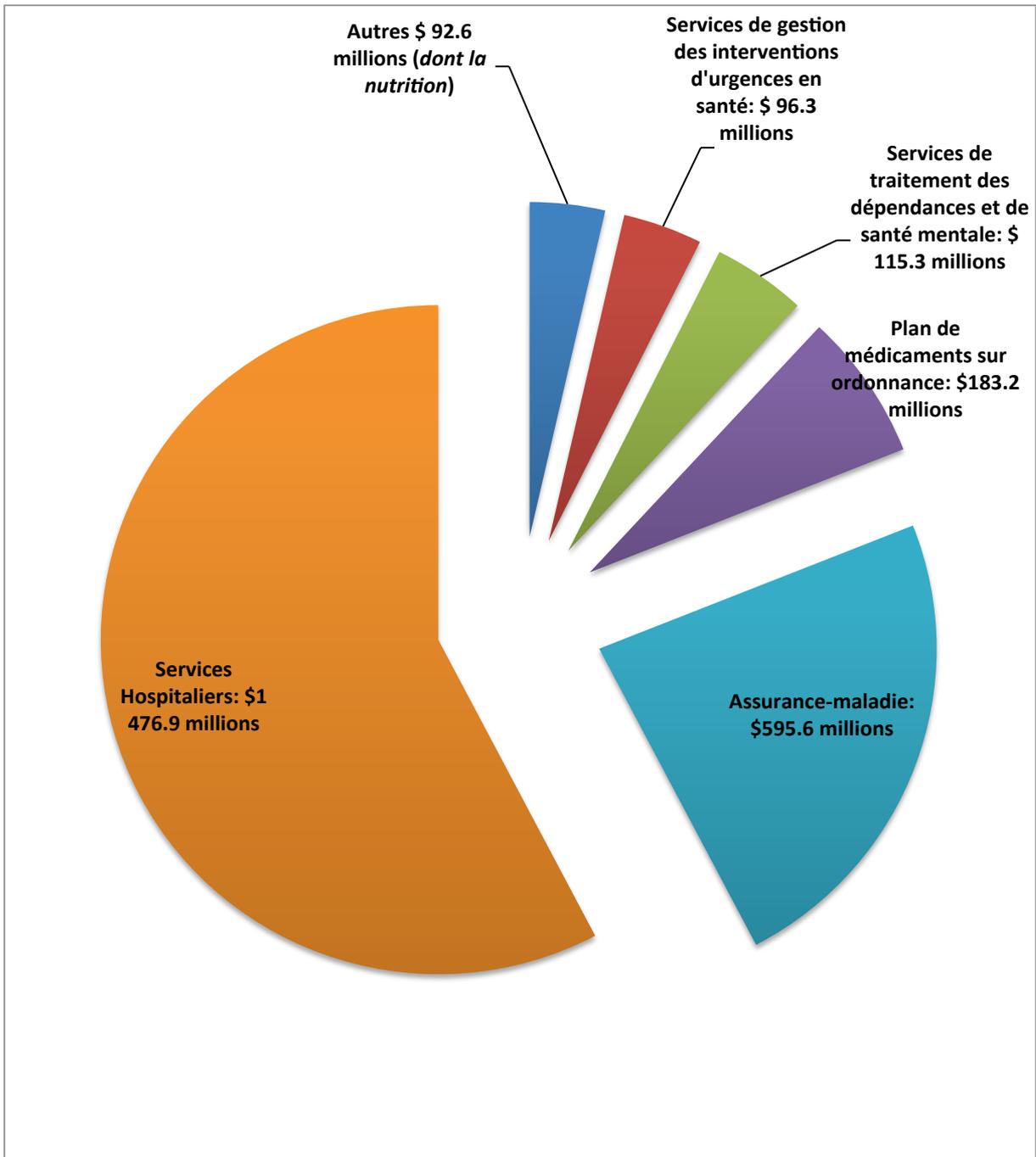


Figure 7 : Aperçu des dépenses en santé au Nouveau-Brunswick pour 2012 – 2013 (Source : Rapport annuel 2012-2013 Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick)

Tableau II: Récapitulatif des dépenses annuelles 2012 – 2013 du Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick

	Budget principal	Règlements salariaux et autres transferts	Budget total	Montants réels	Écart	Note
Services ministériels et autres services de santé						
Administration et services financiers	8 885,0	-	8 885,0	7 691,4	1 193,6	1
Direction des Solutions Opérationnelles et Technologiques en santé	22 410,0	-	22 410,0	16 041,4	6 368,6	2
Planification et ressources humaines en santé	5 713,0	-	5 713,0	5 307,9	405,1	
Services des programmes de formation médicale	8 466,0	536,0	9 002,0	9 114,3	(112,3)	
Règlement des services hospitaliers hors-province	67 598,0	-	67 598,0	65 256,2	2 341,8	3
Programme d'équipement de réadaptation pour personnes âgées	875,0	-	875,0	875,0	-	
Services des programmes de santé publique	21 137,0	28,5	21 165,5	19 906,9	1 258,6	4
Plan de protection de la responsabilité - services de santé	1 000,0	-	1 000,0	2 567,2	(1 567,2)	5
Services des programmes hospitaliers	33 882,0	-	33 882,0	30 163,8	3 718,2	6
Réseau du Nouveau-Brunswick de lutte contre le cancer	4 062,0	-	4 062,0	2 511,7	1 550,3	7
Services de gestion des interventions d'urgence en santé	98 324,0	7,0	98 331,0	96 295,9	2 035,1	8
Services du programme de traitement des dépendances	3 019,0	-	3 019,0	2 887,4	131,6	
Services des programmes en santé mentale	15 479,0	-	15 479,0	11 880,6	3 598,4	9
Assurance-maladie	601 372,0	-	601 372,0	595 640,8	5 731,2	10
Plan de médicaments sur ordonnance	192 024,0	-	192 024,0	183 203,4	8 820,6	11
Régies régionales de la santé						
Formation médicale	11 840,0	7,8	11 847,8	11 186,0	660,0	
Services de santé publique	21 728,0	480,0	22 208,0	22 507,8	(299,8)	
Services hospitaliers	1 365 366,0	11 793,6	1 377 159,6	1 376 217,0	842,6	
Services de traitement des dépendances	18 720,0	187,5	18 907,5	18 895,4	12,1	
Services de santé mentale	80 908,0	744,0	81 652,0	81 643,4	8,6	
Total du compte ordinaire du ministère	2 582 808,0	13 784,4	2 596 592,4	2 559 894,4	36 698,0	
Compte de capital	23 200,0	-	23 200,0	23 199,9	0,1	
Recettes						
Intérêts créditeurs et revenus de placements	75,0	-	75,0	196,8	121,8	
Recettes générales	29 430,0	-	29 430,0	32 503,9	3 073,9	12
Recettes diverses	600,0	-	600,0	633,0	33,0	
Subventions conditionnelles	6 834,0	-	6 834,0	5 282,0	(1 552,1)	13
Recettes totales du ministère	36 939,0	-	36 939,0	38 615,6	1 676,6	

(Source : Rapport annuel 2012-2013, Ministère de la santé du Nouveau-Brunswick)

L'agence de santé publique du Canada dans le cadre de la promotion de la santé fournit des ressources financières pour soutenir des initiatives en faveur de la nutrition(48). Ce sont entre autres les programmes de stratégie d'innovation, d'action communautaire pour l'enfant et le programme canadien pour la nutrition prénatale. Ces programmes permettent de combler les lacunes observées dans les services fournies à la communauté. Ils fournissent des ressources financières à moyen et long terme sur des thématiques précises, dont l'obtention se fait à travers une soumission à des appels d'offre dans le respect de critères de sélection.

C. STRATEGIES DE MOBILISATION DES RESSOURCES POUR LA LUTTE CONTRE LA MALNUTRITION DANS LA PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

« Ici au ministère, quand on décide de développer un nouveau programme qui va prendre des ressources, on identifie le programme, les ressources : combien est ce que ça va coûter. Ensuite, ça va au cadre de gestion ici au ministère, au sous-ministre, puis au ministre pour approbation. Parfois, si c'est un budget supplémentaire dont on a besoin, il faut que le ministre transmette la requête au gouvernement pour faire approuver le financement. C'est pas seulement à nous de décider d'ajouter des ressources à notre programme. C'est tout un processus politique. »

Conseillère principale en programmes / Bureau du médecin-hygiéniste en chef / Ministère de la Santé.

« Au niveau des stratégies de mobilisation de ressources utilisées, ce n'est pas un programme détaillé comme une recette : un-deux-trois-quatre-cinq, mais c'est un ensemble de différentes actions ou stratégies qui peuvent être utilisées : certaines seront appliqués ou plus applicables dans un milieu et d'autres, dans un autre milieu. En définitive, ce sont les régions qui décident comment elles appliquent cela avec les ressources disponibles ... »

Médecin-hygiéniste de la région de Moncton

La mobilisation des ressources en faveur de la nutrition au N-B se fait à travers la formulation de programmes concernant des problématiques nutritionnelles précises telles que l'allaitement maternel, la nutrition prénatale ou autres. Ainsi le personnel en charge de la nutrition au niveau du ministère de la santé du N-B rédige des notes conceptuelles des programmes de nutrition à développer. Ensuite, après avoir identifié le programme, il identifie les besoins en ressources nécessaires pour la réalisation de ce programme. Par la suite, ses besoins en ressources définis et consignés dans un document, sont transmis à un organe du ministère nommé le comité de gestion des cadres supérieurs qui assure la direction de la mobilisation des ressources en transmettant un rapport favorable ou non au sous-ministre de la santé pour approbation et allocation des ressources.

Il n'existe pas de plan de mobilisation de ressources indiquant des fournisseurs de ressources et la manière dont ces ressources seront mobilisées et les objectifs de ressources à atteindre. Des stratégies sont utilisées en fonction du cas pour mobiliser les ressources nécessaires pour la nutrition.

1. Élaboration d'un cadre d'action

L'élaboration du cadre d'action de la santé publique en nutrition 2012-2016 a permis d'identifier des orientations stratégiques et des secteurs d'action prioritaires en matière de nutrition pour le système de santé publique(49). Il est le fruit d'une révision de l'approche du BMHC dans la manière de prendre en charge les problèmes nutritionnels de la population du Nouveau-Brunswick.

Ce cadre d'action a fait ressortir six orientations stratégiques et cinq secteurs d'action prioritaires, tous solidement ancrés dans une approche de la santé de la population. A l'intérieur de ce cadre, chaque secteur prioritaire énumère les actions structurées autour des orientations stratégiques.

Orientations stratégiques :

- renforcement des capacités;
- partenariats et collaboration;
- gestion et communication du savoir;
- approche globale;
- politiques;
- suivi, surveillance, et évaluation.

Secteurs d'action prioritaires :

- sécurité alimentaire;
- environnements sains;
- période prénatale et petite enfance;
- allaitement maternel;
- enfants et jeunes d'âge scolaire.

Les orientations stratégiques et les secteurs d'action prioritaires guideront les initiatives en matière de nutrition au cours des quatre prochaines années. Les prochaines étapes consisteront à la mise en place d'activités à partir des orientations du cadre d'action et à l'élaboration d'un cadre d'évaluation.

Le cadre d'action a donné des orientations pour les programmes d'intervention en matière de nutrition, qui serviront à la mobilisation des ressources.

2. Création de programme de promotion de la saine alimentation

Afin d'assurer la promotion de la nutrition, de nombreux programmes ont vu le jour pour mobiliser les ressources. Leur conception s'appuie sur l'analyse situationnelle du problème à partir des données statistiques disponibles, provenant des sources telles que Santé Canada, Statistique Canada ou des études au niveau local. A partir de cette évaluation diagnostic, des actions et activités sont proposées. Ces activités constituent le contenu même du programme. C'est pour la mise en œuvre de ces activités que les ressources seront identifiées et feront l'objet d'une mobilisation.

a) « Amis des bébés »

L'Initiative des « Amis des bébés » est la principale stratégie pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans la province. Le ministère de la santé reconnaît que l'allaitement maternel est un facteur déterminant dans l'amélioration de la santé des Néo-Brunswickois et s'efforce

de rétablir l'allaitement maternel comme la norme culturelle. Cette initiative est une recommandation de l'OMS et a été mis en place au Nouveau-Brunswick en 1994.

L'Initiative des « Amis des bébés » améliore la qualité des soins dispensés aux mères et aux bébés en incluant les pratiques fondées sur des preuves fournies par différentes études réalisées et publiées par l'OMS. La mise en œuvre intégrale de l'Initiative « Amis des bébés » serait associée à une augmentation significative de la pratique de l'allaitement maternel, la durée et les taux d'exclusivité. L'allaitement réduirait le risque de problèmes de santé de l'enfant tels que l'obésité, le diabète et l'asthme qui sont très répandus au sein de la population.

b) Clinique jeunesse MOTIVACTION

La Clinique jeunesse MOTIVACTION est une approche « proactive » du réseau de santé Vitalité (une des structures ayant en charge la gestion de l'offre de santé au Nouveau-Brunswick) dans la prévention de certaines maladies chroniques dont l'obésité chez les jeunes. Elle regroupe 4 principales composantes étroitement liées entre elles. Ces composantes sont : la prévention, le repérage, le dépistage et le traitement. Créé à la suite d'un symposium provincial sur les bonnes pratiques en gestion des problèmes liés au poids, ce programme fut mis en place par des professionnels représentant divers secteurs de la santé (pédiatrie, soins infirmiers, diététique, physiothérapie, travail social et psychologie). Ces cliniques sont des unités de soins logées au sein d'un établissement de santé et qui assurent des consultations médicales en vue du dépistage de l'obésité ou de la présence de facteur de risque à travers la prise des mesures anthropométriques, le calcul de l'IMC et le recueil de l'histoire socio-nutritionnelle du patient. Une fois les patients dépistés, ces unités assurent une prise en charge médico-nutritionnelle et psychologique.

Les ressources financières de ce programme provenaient pendant les 4 premières années de Santé Canada avec pour objectif principal l'implantation des cliniques. Par la suite, la Régie Santé Vitalité a pris le relais pour assurer la pérennité du programme via le financement du gouvernement provincial. Les ressources humaines ont été mobilisées par la Régie qui a puisé parmi le personnel médical déjà en service dans les établissements sanitaires à sa charge.

« Le gouvernement fédéral avait mis de l'argent de côté pour ce programme. Le budget est encore séparé, même si on est sous les régies, parce qu'ils veulent le protéger pour qu'il aille vraiment à la lutte contre l'obésité. Malheureusement, avec tous les changements dans les directions, on a peur de perdre ce budget, parce que c'est facile à couper. Notre gestionnaire avait séparée le budget du programme. Elle voulait le garder séparé pour le sécuriser. Est ce qu'elle va pouvoir le faire?... »

Personnel de la Clinique MOTIVACTION.

Selon le personnel en charge de la clinique « MOTIVACTION », le programme est bien implanté, mais souffre d'un manque de ressources pour assurer un fonctionnement optimum. Avec seulement une équipe de cinq personnes et un travail à temps partiel de 2 jours par semaine pour un nombre croissant de bénéficiaires, le programme souhaite devenir à temps plein avec plus de moyens vu le succès de ces activités auprès des bénéficiaires.

Selon la coordinatrice, le programme peine à avoir l'adhésion de certains médecins de famille pour référer leurs patients à la clinique, principales voies d'admission dans le programme. Le programme ne dispose d'aucun partenariat pour s'assurer une diversification de ses ressources. Les résultats du programme bien que visibles pour le personnel restent peu documentés avec une faible diffusion.

c) *Initiatives pour la petite enfance*

Le programme « Initiatives pour la petite enfance » est un ensemble de services offert par les deux régies régionales avec pour objectifs de :

- favoriser le développement des enfants avant l'âge de 2 ans;
- aider les enfants à grandir en santé;
- aider les parents à donner un bon départ à leur enfant;
- aider les familles à vivre en santé et en sécurité.

Créé en 1992, le programme « Initiatives à la petite enfance » n'est pas un programme spécifique à la nutrition. Il intègre des services nutritionnels tels que les coupons pour le lait et les vitamines.

Les « Initiatives pour la petite enfance » offrent des services prénataux qui favorisent une grossesse en santé et des services postnataux qui contribuent au développement sain des enfants de 0 à 5 ans. Les services comprennent notamment le dépistage de la malnutrition, ses risques, les visites à domicile, la distribution de suppléments alimentaires et l'orientation vers d'autres services.

La participation est volontaire pour tous les services. Les clientes ou les clients potentiels peuvent se présenter spontanément ou être recommandés par un professionnel ou par une tierce partie. Certains services du programme comportent des critères d'admissibilité, et l'évaluation des clients se fait au moment de la demande de service.

Le programme englobe sept programmes de santé et de services sociaux, axés sur la prévention et couvrant toute une gamme de services favorisant le développement sain de jeunes enfants de la période prénatale à leur arrivée à l'école comme la supplémentation en vitamines.

Pendant la période prénatale, on offre aux femmes qui sont admissibles aux services des séances individualisées qui tiennent compte des besoins reconnus de chaque cliente et qui mettent l'accent sur une grossesse en santé, des choix sains et un mode de vie sain. Certaines femmes peuvent avoir droit à des suppléments alimentaires. L'orientation vers d'autres services

gouvernementaux ou communautaires se fait en collaboration avec la cliente (bénéficiaire) et vise à traiter les questions qui dépassent le cadre du programme.

Les services postnataux sont axés sur la promotion d'une croissance et d'un développement en santé des nourrissons et des enfants; le perfectionnement des capacités des parents; le soutien du ressort psychologique des familles; et l'augmentation de la capacité communautaire. Les familles admissibles peuvent recevoir des suppléments alimentaires pour une durée limitée après la naissance du bébé. Les services peuvent être fournis à différents endroits, y compris le domicile de la cliente ou du client. L'orientation vers d'autres services se fait en collaboration avec le parent ou le tuteur afin de répondre à un besoin précis de l'enfant.

Le dépistage à la clinique de santé pour les enfants de trois ans et demi donne l'occasion au parent ou au tuteur de discuter des étapes de croissance et de développement de l'enfant avec une infirmière en santé publique et d'obtenir des renseignements sur les choix sains pertinents pour les jeunes enfants.

d) « Apprenants en santé à l'école »

« Apprenants en santé » à l'école est un programme de la santé publique offert par l'entremise des régies régionales de la santé. Il ne traite pas spécifiquement de la nutrition mais touche des aspects déterminants de la nutrition.

Il vise les élèves qui fréquentent une école primaire et certains élèves des écoles intermédiaires et secondaires à l'échelle de la province.

Le programme « Apprenants en santé » à l'école est un programme qui met sur pied et appuie les activités de promotion de la santé qui :

- touchent à tous les aspects de la santé - physique, émotif et social;
- cherchent à prévenir la maladie et les blessures;
- appuient une prise de décisions et des comportements sains qui dureront jusqu'à l'âge adulte;
- favorisent la réussite scolaire.

Les infirmières en santé publique responsables du programme « Apprenants en santé » à l'école collaborent avec le comité de santé du district. Au secondaire, les infirmières travaillent avec le comité de santé de l'école. Ces comités sont composés de représentants du district, des écoles, des directeurs, des enseignants et des parents ainsi que de la communauté.

e) L'environnement en santé

« L'environnement en santé » est un programme d'aménagement d'espaces de pratique du sport et de l'activité physique en générale. Ce programme permet de mobiliser la communauté pour des choix en santé. Il s'est développé ces dernières années sur la base du « cadre de l'action nutrition ». Il s'agit de façon concrète, par exemple, d'aménager des voies avec un passage cycliste et un passage

pour les personnes qui font du jogging de façon régulière, afin d'inciter les autres à pratiquer plus d'activités physiques. Il y a aussi la création de nouveaux sentiers ou de nouveaux parcs plus accessibles pour l'activité physique. En outre, un volet important de l'environnement en santé est l'élimination ou tout au moins la réduction de l'accessibilité à des lieux favorisant une mauvaise alimentation tels que les fast-food en face des écoles ou dans les cantines, la présence de boissons hypercaloriques dans les lieux habituels de pratique du sport. Tous ceci, pour contribuer à rendre plus facile les choix nutritionnels sains.



Figure 8 : Aménagement routier de piste cyclable avec bande piéton pour un environnement en santé



Figure 9 : Aménagement routier de piste cyclable avec bande piéton pour un environnement en santé

f) Service en nutrition

Le « service en nutrition » est un service offert par la régie régionale de santé Vitalité. Il a pour objectif de promouvoir de bonnes habitudes alimentaires et de prévenir les maladies causées par la mauvaise alimentation. Il comprend le programme d'alimentation par sonde et de supplémentation alimentaire qui fournit des produits nutritionnels spécialisés aux enfants et aux adolescents. Ce service en nutrition est conduit par les diététiciens de la santé publique, en collaboration avec différents partenaires, pour les enfants de 0 à 19 ans.

3. Partenariat

Selon la loi sur les régies régionales de la santé, les régies régionales de la santé peuvent conclure des ententes, en plus des institutions gouvernementales, avec une municipalité ou une communauté rurale et toute autre personne ou groupe de personnes. Les services du ministère de la santé, en l'occurrence le Bureau du Médecin-Hygiéniste en Chef (BMHC), peuvent eux aussi tisser des liens de partenariats afin de réaliser des activités de promotion de la santé. Le partenariat est également la deuxième orientation stratégique du cadre d'action de la santé publique en nutrition. La nutrition étant transversale à plusieurs domaines, son amélioration est une responsabilité partagée entre de nombreux partenaires.

Les services de santé publique du ministère de la santé travaillent en partenariat avec ceux du Ministère du Mieux-Être pour conduire des programmes communautaires offerts par ce ministère. Le Community Food programme, dans lequel les agents du ministère de la santé interviennent à travers la

formation d'agents communautaires est un exemple de partenariat avec le Ministère du Mieux-Être. Pour l'élaboration du cadre d'action de la santé publique en nutrition, le BMHC avait établi des partenariats à travers la mise en place d'un groupe de travail qui a regroupé autour de la même table le ministère de la santé, les régies régionales de la santé, le ministère de la culture, tourisme et vie saine, et la coalition pour la vie saine. Le BMHC a aussi des partenaires académiques qui conduisent des recherches en l'occurrence sur l'allaitement maternel. Afin de produire des données probantes, utiles à la justification de la pratique de l'allaitement maternel. On note aussi des partenariats avec certaines organisations à but non lucratif. Mais finalement, l'essentiel des partenaires du BMHC est constitué par les gouvernements provinciaux, le gouvernement fédéral et/ou des organismes et institutions sous la responsabilité de ces gouvernements. Le partenariat privé-public s'avère difficile pour des raisons de conflits d'intérêts avec de grands groupes industriels. Au niveau régional et provincial, il semble également difficile pour le BMHC de trouver des partenaires privés capable de fournir des ressources pour la lutte contre la malnutrition.

« Je représente le ministère de la santé. Je n'ai pas de partenariat avec le privé. Ce n'est pas que c'est défendu, c'est que des fois c'est difficile. C'est très difficile parce que les gens qui veulent du point de vue nutrition, qui ont de l'argent, c'est souvent les industries qui produisent les aliments qui ne sont pas nécessairement sains. Alors »

Conseillère principale en programmes / Bureau du médecin-hygiéniste en chef / Ministère de la Santé.

La ville de Dieppe, elle aussi, est un partenaire important de la nutrition au niveau régional du Nouveau-Brunswick. Elle a décidé depuis quelque temps de mettre des ressources dans le programme environnement en santé en réalisant des aménagements de la voirie pour permettre des passages cyclables et des passages piétons pour faire de la marche ou du jogging. Elle a aussi investi dans de nouveaux sentiers et parcs plus accessibles à la population pour avoir une activité physique plus régulièrement.

Nous n'avons pas retrouvé de documents présentant les ressources obtenues en faveur de la nutrition à partir des stratégies utilisées pour les mobiliser. Cependant, les différentes interviews réalisées ont permis de se faire une idée des résultats de ces stratégies. En voici quelques extraits :

« On va rencontrer au niveau de l'organisation des problématiques. Soit des problématiques de ressources humaines que nous avons ici dans cette région ici parce que y'a vraiment des gens, et on a pas assez de ressources. Au niveau organisationnel le programme « ma famille en santé et bébés en santé », quand ils visitent les clients, on a une liste d'attente. On est le seul endroit où on a une liste d'attente... »

« Les difficultés organisationnelles sont beaucoup au niveau du manque de ressources humaines pour être capable de faire le travail comme il faut. Une des problématiques se trouve beaucoup à ce niveau là, où (une autre région du N-B) là-bas ils ont beaucoup de ressources mais pas beaucoup de monde et puis nous on a beaucoup de monde et il nous manque des ressources... »

« J'ai pas de ressources pour faire les évaluations. Nos défis, c'est vraiment ressources humaines et financières parce que si on avait 100% de la population on aurait un meilleur portrait d'ailleurs on aurait probablement des possibilités aussi d'aller plus loin ... »

Équipe santé publique de Moncton

IV. DISCUSSION

Au terme de notre étude, nous notons de qu'en dépit de la forte prévalence de la malnutrition par excès à laquelle fait face le Nouveau-Brunswick, il n'y a pas eu vraiment de stratégie d'action excepté la création de la clinique MOTIVACTION.

Par ailleurs, l'étude a fait ressortir de qu'il n'y a visiblement pas eu de recherche active en matière de mobilisation des ressources pour lutter contre le fléau de l'obésité. La mobilisation des ressources se fait pour l'instant de manière exclusive à partir du budget octroyé par les gouvernements provincial et fédéral.

Enfin, il ne semble pas avoir de stratégie de mobilisation de ressources à partir des fondations ou autres sources de financement alors que le Canada fait figure d'exemple en matière d'action volontaire communautaire et que ce secteur constitue le troisième pilier de l'économie du pays.

→ **Source et typologie de ressources mobilisées :**

La principale source de financement de la nutrition au N-B est de type institutionnel car géré par une institution régie par des règles et dont la mobilisation nécessite le respect de procédures et de critères de subvention ainsi que des éléments relationnels. La mobilisation de ce type de ressources dépend beaucoup d'aspect de politique générale. Par rapport aux acteurs de mise en oeuvre, cette source peut être considérée comme interne à leur organisation (l'état). Elle provient du budget de la santé (allocation à partir du budget général des gouvernements) et entre en compétition avec d'autres thématiques aussi importantes. Ainsi mobiliser d'avantage de ressources passe par le choix de la lutte comme la malnutrition comme une action prioritaire. Il faut pouvoir convaincre les responsables politiques que la malnutrition est la priorité des priorités vu ses causes, ses conséquences et son aspect multisectoriel. Cela revient à faire appel à des compétences en négociation pour amener à faire accepter cet état de fait. Ainsi, ce manque de priorisation de la nutrition pourrait expliquer la persistance de la forte prévalence de l'obésité.

Par ailleurs, la dépendance des programmes de cette source principale pourrait aussi expliquer la croissance de la proportion des obèses. Car depuis quelques années, les services de santé publique du Nouveau-Brunswick ont subi des restrictions budgétaires et sont moins enclins à accroître leur ressources humaines qu'à les réduire. Pourtant les statuts et règlement des structures en charge de la nutrition offrent l'opportunité de conclure des ententes avec d'autres structures autres que les gouvernements. Ce qui leur permettrait l'accès à d'autres sources de financement et ainsi d'accroître la réponse de la lutte contre la malnutrition. Cette voie devrait donc être explorée afin de renforcer l'action de lutte pour atteindre les objectifs de freiner la courbe croissante de l'obésité et de vie saine.

→ **Mécanismes et stratégies de mobilisation des ressources**

Notre étude a révélé les difficultés éprouvées par le personnel en charge de la nutrition quant à la question de la disponibilité des ressources. La mobilisation des ressources est surtout l'affaire des premiers responsables du ministère de la santé. Et même un responsable de la santé publique de la

région de Moncton nous avait déclaré que ce n'était qu'une petite partie de son travail. La mobilisation des ressources occupe ainsi une petite place au niveau régional.

C'est au niveau des premiers responsables d'institutions que l'on s'est rendu compte du mécanisme de mobilisation qui du reste correspond au mécanisme décrit par le CRDI, les OI et les ONG de la mobilisation des ressources quant aux financements institutionnels. La rédaction d'une demande constitue le principal mécanisme d'obtention de ce type de ressource. Elle doit cependant être accompagnée du soutien relationnel pour obtenir avec certitude ou assez rapidement l'assentiment des décideurs.

Par ailleurs, la stratégie la plus utilisée au Nouveau-Brunswick pour mobiliser des fonds est la création de programmes. On a pu noter durant notre étude le nombre de programmes pour lutter contre la malnutrition. Ce nombre a doublé ces dernières années afin de répondre efficacement au problème de l'obésité. Au niveau international, la FAO et le PAM sont des modèles qui montrent bien que cette stratégie est utilisée. Cela pourrait s'expliquer par la précision de l'estimation des besoins que permet la création de ces programmes. En effet, ces programmes sont un ensemble de projets avec des activités précises, des objectifs bien définis et des besoins en ressources clairement identifiés. Ainsi, les bailleurs de fonds des programmes ont une meilleure lisibilité des besoins en ressources et financent avec la connaissance de la finalité des fonds alloués. Dans ce contexte, l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience des fonds alloués est aisée.

Par contre, même si les services publics en charge de la lutte contre la malnutrition n'ont pas d'autres sources de financement, elles ont commencé à recourir au partenariat. Le CRDI, les OI et les ONG de la mobilisation des ressources considèrent le partenariat comme une piste majeure pour pouvoir obtenir les ressources dont on a besoin pour lutter contre la malnutrition. Ce qui comporte l'avantage d'étendre les ressources financières et de permettre à d'autres acteurs de s'intéresser à la lutte contre la malnutrition. Au Nouveau-Brunswick, les services et programmes de santé publique qui luttent contre la malnutrition ont commencé à développer des partenariats divers suite au plan d'action. Ces partenariats ont permis de réaliser une partie du travail de ces services et programmes afin de renforcer la lutte. Le CRDI, dans son guide de mobilisation des ressources d'Octobre 2010, recommande lui aussi des partenariats, car ils permettent d'impliquer davantage d'intervenants, facilitant ainsi l'atteinte des objectifs. La FAO et la PAM également ont développé dans le cadre de leur mission de lutte contre la malnutrition, un important réseau de partenaires qui leur permet, en plus de diversifier leurs sources de financement, d'obtenir des ressources variées.

✓ **Le développement organisationnel :**

Avant 2012, et face à la croissance de la prévalence d'obésité, les autorités sanitaires du Nouveau-Brunswick ont mis sur pied le programme dénommé « clinique MOTIVACTION » qui a pour mission de prendre en charge les patients de 0 à 19 ans, souffrant d'embonpoint ou d'obésité. En outre, depuis 1992, le programme initiative à la petite enfance a été mis en place, sous l'impulsion de la recommandation de l'OMS de mettre en œuvre des programmes « Amis des bébés » afin de

promouvoir l'allaitement maternel. Malgré ces actions, l'obésité persiste au Nouveau-Brunswick au point de constituer aujourd'hui une véritable « épidémie » avec des taux largement au dessus des 60%. Il faut noter que l'approche nutritionnelle d'alors, était axée sur la fourniture de soins et services à la demande des populations.

Face à cette augmentation de l'obésité et aux conséquences qu'elle laisse déjà entrevoir, les responsables de la santé publique ont procédé en 2012 à une révision de la stratégie d'intervention nutritionnelle. Ils ont donc réuni tous les intervenants potentiels dans la nutrition afin d'élaborer un cadre d'action avec une stratégie d'intervention qui est maintenant plus centrée sur la prise en charge populationnelle que sur les soins (même s'il demeure un aspect soin et prise en charge). Cette attitude s'inscrit dans ce qu'on a appelé le développement organisationnel.

En effet, les services et programmes de santé publique ont été obligés de réviser leur organisation, afin de répondre de manière plus optimale au problème de l'obésité. Ce processus est fondamental pour maximiser les ressources allouées ou disponibles pour la lutte contre la malnutrition. Comme l'indiquent le CRDI, et comme le font la FAO et le PAM, une révision de la stratégie d'intervention avec l'élaboration d'un plan d'action stratégique est nécessaire pour répondre efficacement aux problèmes de mobilisation de ressources.

→ **Les manquements dans la stratégie de mobilisation des ressources du Nouveau-Brunswick :**

Notre étude a eu des difficultés à faire ressortir les aspects communication et prospection de fournisseurs de ressources, ainsi que ceux du développement des relations. Cela s'explique en partie par la nature de la ressource mobilisée. Les intervenants dans la lutte contre la malnutrition au Nouveau-Brunswick dépendant de cette seule source de financement semblaient peu outillés pour susciter une communication en vue de sensibiliser les décideurs sur les besoins en ressources.

Nous avons pu noter lors de notre étude l'absence d'une unité de mobilisation de ressources pourtant fortement recommandée par le CRDI, les OI et les ONG de la mobilisation des ressources, afin de disposer d'un plan de mobilisation des ressources avec des objectifs clairs et des sources bien identifiées. Ce déficit de communication en faveur de la lutte contre la malnutrition peut aussi s'expliquer par le fait que la prise en charge de la malnutrition est incluse dans le grand groupe des services et programmes offerts par la santé publique. Alors que comparativement, notre étude a relevé que certaine problématique telle que la dépendance aux médicaments et drogues faisait l'objet d'un programme à part entier avec un financement spécifique.

En outre, l'étape de la réflexion en vue d'évaluer l'adéquation entre les ressources mobilisées et les objectifs fixés n'est pas accessible. Notre étude n'a pas trouvé de données sur cette étape, pouvant prouver qu'aucune analyse d'efficacité et d'efficacités n'est faite. Cependant le plan provincial de la santé 2013-2018 montre que les autorités du Nouveau-Brunswick se préoccupent de ces questions mais de façon générale et non pour le cas spécifique de la malnutrition. Ainsi nous pensons

que ces questions seront traitées à postériori. Les réponses à ces questions sont importantes pour s'assurer d'une bonne mobilisation des ressources.

V. PROGRAMME DE RENFORCEMENT DE CAPACITE EN MOBILISATION DES RESSOURCES

Au regard de notre étude et vu l'importance d'avoir des ressources pour améliorer l'état nutritionnel des populations, nous proposons pour la Côte d'Ivoire un programme de renforcement de capacité en mobilisation des ressources pour les professionnels du domaine.

Résumé :

Le programme de renforcement des capacités en mobilisation des ressources est un projet qui vise à contribuer à la mise en œuvre des recommandations des différentes initiatives en faveur de la nutrition dont la dernière en date est la CIN 2 qui s'est tenue en novembre 2014 à Rome. Ce projet s'adresse à tous les professionnels du secteur de la nutrition qui partagent le souci de renforcer la lutte contre la malnutrition mais qui manquent de ressources pour atteindre leurs objectifs. Il s'agit d'un programme de formation comportant plusieurs modules qui une fois dispensées permettront aux participants de posséder le savoir-faire nécessaire à la mobilisation efficace de ressources, nécessaires au renforcement de la lutte contre la malnutrition. Il s'appuie sur une approche pédagogique basée sur la théorie, la pratique et les échanges interactifs sur les expériences des participants.

Le public cible :

Nutritionniste, spécialiste en santé publique, spécialiste en nutrition publique, Agronome, gestionnaire de programmes (santé, nutrition, sécurité alimentaire et moyens de subsistance), personnel de structure travaillant dans le domaine de la nutrition.

Les objectifs :

1. Comprendre le concept de mobilisation des ressources et son importance dans la nutrition
 - a. Définir la mobilisation des ressources (MR)
 - b. Nommer les différentes composantes de la MR
 - c. Différencier les étapes de la MR
 - d. Enumérer les concepts qui sous-tendent la MR
2. Appliquer les principes du développement organisationnel pour élaborer un plan de mobilisation de ressources pour la lutte contre la malnutrition
 - a. Assimiler le concept de développement organisationnel
 - b. Comprendre la conduite du développement organisationnel
 - c. Décrire les différentes étapes de la planification d'une mobilisation de ressources
3. Utiliser une communication efficace pour influencer décideurs et bailleurs à investir dans la nutrition

- a. Définir les principes de communication
 - b. Connaître les notions d'influence, de lobbying et de pouvoir
 - c. Mémoriser les techniques de communication efficace pour convaincre
 - d. Maîtriser la négociation comme outil de communication
4. Appliquer les techniques de prospection et de développement relationnel pour trouver des partenaires pour la nutrition
- a. Connaître les différentes formes de partenariat
 - b. Connaître la prospection de partenariat
 - c. Cerner le développement relationnel

Les activités

- *Sessions de formation*

Les activités seront constituées pour l'essentiel de l'organisation de séances de formation. Ces sessions de formation se feront en présentiel ou à distance, en collaboration avec des institutions de formation reconnue formant des professionnels en nutrition publique. La méthode d'apprentissage comblera la méthode traditionnelle et la méthode par problème. Elle permettra aux participants de recevoir les connaissances théoriques nécessaires pour une bonne compréhension du sujet. Par la suite, l'acquisition des compétences en mobilisation des ressources se fera de manière autonome à travers le partage interactive entre participants des difficultés rencontrées dans leur travail quotidien, le tout dans une approche multidisciplinaire. Ces sessions de formation seront sanctionnées par des évaluations formatives et sommatives à la fin dès quelles, les participants obtiendront des notes intermédiaires et une note finale. Un diplôme ou un certificat sera remis aux participants ayant réussi les évaluations finales. Ceci devrait motiver d'avantage le public cible en leur montrant le sérieux donné à la formation.

- *Campagne Marketing*

Avant l'organisation des sessions de formation, une campagne marketing sera réalisée afin de capter l'attention du public cible et renforcer leur intérêt pour la question de la mobilisation des ressources. Elle se fera aussi bien de manière formelle qu'informelle afin de toucher le plus largement possible le public cible.

- *Recrutement des enseignants*

Un personnel enseignant qualifié sera recruté pour assurer la formation. Ce recrutement s'appuiera sur l'expérience et le réseau d'enseignants des institutions partenaires de la formation. Ces enseignants seront recrutés de préférence avec un niveau minimum de maîtrise ou master 2. Ce personnel devra par ailleurs refléter l'approche multidisciplinaire envisagée par ce programme. Le personnel enseignant sera donc composé à la fois d'enseignant de formation mais aussi des professionnels afin que le participant puisse profiter d'expérience de terrain et approcher ainsi un peu plus le sujet traité dans toutes ses dimensions : théorique et pratique.

Le suivi-évaluation

Un suivi-évaluation sera assuré dès le début du programme afin de relever les difficultés rencontrées pour sa mise en œuvre et les réussites qui pourront servir pour d'autres projets similaires. Un suivi du processus de la formation sera effectué depuis le recrutement des participants à la dispensation de la formation en passant par le recrutement du personnel enseignant. Ce suivi permettra d'identifier les manquements dans le processus qui nécessite un cadrage immédiat pour ne pas rater les objectifs visés. A la fin de chaque session les enseignants seront évalués pour s'assurer de leur performance et de leur acceptation par les participants. Le nombre d'inscrit sera suivi de manière régulière afin d'apprécier l'évolution de l'intérêt pour le programme. Une évaluation après les premières sessions sera réalisé afin d'apprécier le niveau de satisfaction des participants. Enfin, à terme, une évaluation d'impact pourra être réalisé pour s'assurer que ce programme a pu permettre de renforcer la mobilisation des ressources en faveur de la nutrition.

VI. CONCLUSION

La mobilisation est un sujet d'intérêt majeur de manière générale mais en particulier pour la nutrition. Beaucoup d'efforts sont engagés pour renforcer la nutrition et force est de constater que cela passe par la mobilisation efficace des ressources. Il est donc important de s'y intéresser car malgré toutes les bonnes intentions et les bonnes idées des différents acteurs du domaine, aucune de ces intentions et de ces idées ne prendra forme s'il manque les ressources.

Notre étude ne visait pas à trouver une recette magique de mobilisation de ressources mais à interpeller sur la nécessité d'avoir des personnes outillées aux techniques de mobilisation des ressources. Car bien qu'étant des professionnels de la nutrition, il est important de savoir comment faire pour disposer des moyens dont on a besoin pour atteindre nos objectifs. Cela malheureusement n'est pas inclus dans la formation des techniciens de la nutrition publique or ce savoir-faire est indispensable pour disposer des ressources nécessaires. Nous pensons donc qu'il est important que des pays comme la Côte d'Ivoire, qui ont pris des engagements internationaux pour de renforcer la nutrition, anticipe, à l'aide du modèle du Nouveau-Brunswick présenté dans cette étude et qui montre les conséquences d'une faible mobilisation des ressources sur la nutrition, la formation de ses cadres qui ont à charge le renforcement de la nutrition.

Ce travail peut enfin être enrichi avec une étude du contexte ivoirien afin d'adapter la solution proposée aux réalités contextuelles du pays.

VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Banque Mondiale. Replacer la nutrition au cœur du développement : une stratégie d'intervention à grande échelle. Québec (Canada) : Éditions Saint-Martin ; 2007.
2. Sandra Mutuma, Elodie Fremont, Adebukola Adebayo. L'AIDE À LA NUTRITION : Les financements permettant de renforcer la lutte contre la malnutrition peuvent-ils être évalués avec précision ?. Paris : ACF International ; 2012.
3. OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (page consulté le 29 mai 2014). Malnutrition : les défis, [en ligne]. <http://www.who.int/nutrition/challenges/fr/>.
4. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The double burden of malnutrition: case studies from six developing countries. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations ; 2006.
5. Kolcic I. Double burden of malnutrition: A silent driver of double burden of disease in low- and middle-income countries. J Glob Health. 2012 Dec ; 2(2).
6. Kruger HS, Puoane T, Senekal M, van der Merwe M-T. Obesity in South Africa: challenges for government and health professionals. Public Health Nutr. 2005 Aug ; 8(05).
7. Abubakari AR, Lauder W, Agyemang C, Jones M, Kirk A, Bhopal RS. Prevalence and time trends in obesity among adult West African populations: a meta-analysis. Obes Rev. 2008 Jul ; 9(4):297–311.
8. World Health Organization; UNICEF; UN System Standing Committee on Nutrition. WHO, UNICEF, and SCN informal consultation on community-based management of severe malnutrition in children. Food and Nutrition Bulletin. 2006 ; 27 Suppl 3.
9. FAO. La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture 2013. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture ; 2013
10. Agence de la santé publique du Canada, Institut canadien d'information sur la santé. Obésité au Canada : Rapport conjoint de l'agence de la santé publique du Canada et de l'institut canadien d'information sur la santé. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada ; 2011.
11. Chen Y, Copeland WK, Vedanthan R, Grant E, Lee JE, Gu D, et al. Association between body mass index and cardiovascular disease mortality in east Asians and south Asians: pooled analysis of prospective data from the Asia Cohort Consortium. BMJ Br Med J. 2013 ; 347.
12. Zhang X, Morrison-Carpenter T, Holt JB, Callahan DB. Trends in adult current asthma prevalence and contributing risk factors in the United States by state: 2000-2009. BMC Public Health. 2013 Dec ; 13:1156.
13. OCDE. L'obésité et l'économie de la prévention. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development ; 2010.

14. Sturm R, An R, Maroba J, Patel D. The Effects of Obesity, Smoking, and Excessive Alcohol Intake on Health Care Expenditure in a Comprehensive Medical Scheme. *S Afr Med J*. 2013 Sep ; 103(11):840–4.
15. Basdevant A. L'impact économique de l'obésité. *Les Trib la santé*. 2009 Feb ; n° 21(4) : 57–64.
16. FAO. La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture 2001. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture ; 2000.
17. OMS. Les dix premières années de l'organisation mondiale de la santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 1958.
18. Mouvement SUN. *Scaling Up Nutrition : a framework for action*. Rome : Scaling Up Nutrition Initiative ; 2011.
19. FAO. *Un guide pour la mobilisation des ressources*. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture ; 2012.
20. PAM. *Mobilisation des ressources dans un environnement en mutation*. Rome : Programme Alimentaire Mondiale ; 2010.
21. Mouvement SUN (Scaling Up Nutrition) [page consulté le 27 novembre 2014]. À propos [en ligne]. <http://scalingupnutrition.org/fr/propos>
22. INS Côte d'Ivoire [page consultée le 19 janvier 2015]. Bienvenue sur le site de l'institut national de la statistique (INS) de cote d'ivoire. <http://www.ins.ci/n/>
23. PNN. *Rapport du landscape analysis pour la Côte d'Ivoire juin 2010*. Abidjan : Programme National de Nutrition ; 2010.
24. OCHA. *Côte d'Ivoire 2013 : Besoins Humanitaires en phase de transition*. Abidjan : Bureau de la coordination des affaires humanitaires ; 2013.
25. Dictionnaire - Encyclopædia Universalis [en ligne]. Définition : Mobilisation [Consulté le 06 juillet 2014]. <http://www.universalis.fr/dictionnaire/>
26. International HIV/AIDS Alliance. *Un module de formation pour le renforcement des capacités des ONG / OBC Contenu du module de formation Contenu*. Brighton : International HIV/AIDS Alliance ; 2004.
27. CRDI, Venture For Fundraising. *Mobilisation de ressources : Un guide pour les organismes de recherche à but non lucratif*. Pasig : Venture for Fund Raising Inc. ; 2009.
28. Mouvement SUN. *Analyse des coûts des Plans des pays du Mouvement SUN*. Rome : Scaling Up Nutrition Initiative ; 2013.
29. Mariella Di Ciommo. *The Aid Financing Landscape for Nutrition*. Bristol : Development Initiatives ; 2013.

30. Frederick Winslow Taylor. The Principles of Scientific Management. Cosimo, Inc. New-York: Harper & Brother ; 1911.
31. Benoit Cordelier et Hélène Montagnac-Marie, « Conduire le changement organisationnel ? », Communication et organisation [En ligne], 2008, 33, mis en ligne le 01 juin 2011, [consulté le 12 novembre 2014]. Disponible sur Internet : <http://communicationorganisation.revues.org/411>.
32. Nicole Giroux, « Communication et changement dans les organisations », Communication et organisation [En ligne], 1993, 3, mis en ligne le 26 mars 2012, [consulté le 12 novembre 2014]. Disponible sur Internet : <http://communicationorganisation.revues.org/1615>.
33. Dictionnaire de français Larousse [en ligne]. Définitions : communication. [Consulté le 28 novembre 2014]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>.
34. Michèle Jouve. Communication: théories et pratiques. 3^e éd. : Editions Bréal ; 2000
35. Anne Guimard. La communication financière - Théorie et pratique. 4^e éd. Economica ; 2007.
36. Mancur Olson. Logique de l'action collective. Presses universitaires de France ; 1978.
37. Didier Lapeyronnie. Mouvements sociaux et action politique: Existe-t-il une théorie de la mobilisation des ressources?. Rev Française Sociol. 1988 Oct ; 29(4):593.
38. Bureau du médecin-hygiéniste en chef. L'obésité au Nouveau-Brunswick. Indicateurs de la santé du Nouveau Brunswick. 2012 juin ; (5) : 12.
39. ESANEF (Ecole des sciences des aliments, de nutrition et d'études familiales) [page consultée le 29 novembre 2014]. À propos [en ligne]. <http://www.umoncton.ca/umcm-fsssc-esanef/>.
40. GNB (Gouvernement du Nouveau-Brunswick) [page consultée le 29 novembre 2014]. À propos du Nouveau-Brunswick [en ligne]. http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/gateways/A_propos_du_NB.html.
41. Gouvernement du Canada – Santé Canada. Le système des soins de santé du Canada. Ottawa : 2011.
42. GNB (Gouvernement du Nouveau-Brunswick) – Ministère de la santé [page consultée le 29 novembre 2014]. Bureau du médecin-hygiéniste en chef (Division) [en ligne]. http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/contacts/dept_renderer.141.2281.html#mandat.
43. Assemblée législative du N-B. Loi sur les régies régionales de la santé. Fredericton : 2011.
44. Réseau de santé Vitalité [page consultée le 29 novembre 2014]. Qui sommes-nous? [en ligne]. <http://www.vitalitenb.ca/fr/le-reseau/qui-sommes-nous>.
45. Réseau de santé Vitalité [page consultée le 29 novembre 2014]. Service en nutrition [en ligne]. <http://www.vitalitenb.ca/fr/points-de-service/sante-publique/service-en-nutrition>.

46. Gouvernement du Canada – Ministère des Finances Canada. Soutien fédéral aux provinces et aux territoires. 2013 déc 17. Disponible sur Internet : <http://www.fin.gc.ca/fedprov/mtp-fra.asp#Nouveaux-Brunswick>.
47. GNB (Gouvernement du N-B) – Ministère de la santé. Rebâtir les soins de santé ensemble: Plan provincial de la santé 2013-2018. Fredericton : 2013.
48. Government of New Brunswick – Department of Health. Health: Annual report 2012-13. Fredericton : 2013.
49. Gouvernement du Canada – Agence de la santé publique du Canada [page consultée le 29 novembre 2014]. Promotion de la santé [en ligne]. <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/index-fra.php>.